



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA  
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

I encuentro  
científico virtual  
de la SCCALP

19 y 20 de Noviembre de 2020

VOL. LX ■ N° 252 ■ 2/2020

# Boletín de Pediatria



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA  
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

*Miembro de la Asociación Española de Pediatría*



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA  
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN  
*Miembro de la Asociación Española de Pediatría*



*Incluido en el Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS)*

JUNTA DIRECTIVA DE LA  
SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN

PRESIDENTE:	José Manuel Marugán de Miguelsanz
VICEPRESIDENTE ASTURIAS:	Gonzalo Solís Sánchez
VICEPRESIDENTE CANTABRIA:	María Jesús Cabero Pérez
SECRETARIA GENERAL:	Marianela Marcos Temprano
TESORERO:	Jesús María Andrés de Llano
PRESIDENTE DEL PATRONATO FESV:	Carlos Ochoa Sangrador
DIRECTOR DEL BOLETÍN:	Fernando Centeno Malfaz
DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB:	Hermenegildo González García
VOCALES:	
ATENCIÓN HOSPITALARIA:	Lorenzo Guerra Díez
ATENCIÓN PRIMARIA:	Gonzalo de la Fuente Echevarría
CIRUGÍA PEDIÁTRICA:	Alberto Sánchez Abuín
ASTURIAS:	Leticia Alcántara Canabal
ÁVILA:	José María Maíllo del Castillo
BURGOS:	Pedro Pablo Oyágüez Ugidos
CANTABRIA:	Montserrat Matilla Barba
LEÓN:	Ana Carro Serrano
PALENCIA:	José Elviro Fernández Alonso
SALAMANCA:	Beatriz Plata Izquierdo
SEGOVIA:	Leticia González Martín
VALLADOLID:	Ana María Vegas Álvarez
ZAMORA:	Cristina Soler Balda
RESIDENTES:	
ASTURIAS:	Clara González López
CANTABRIA:	Daniel Perez González
CASTILLA-LEÓN:	Margarita Castro Rey

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Servicio de Pediatría.  
Hospital Universitario Río Hortega  
C/ Dulzaina, 2  
47012 Valladolid  
Tel 983420400 (ext 85601; 85611; 85605)  
e-mail: boletin@sccalp.org

COMITÉ EDITORIAL DEL BOLETÍN DE PEDIATRÍA DE LA  
SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN

DIRECTOR FUNDADOR:	Ernesto Sánchez Villares†
DIRECTOR:	Fernando Centeno Malfaz (Valladolid)
SUBDIRECTOR:	Antonio Hedrera Fernández (Oviedo)
CONSEJO DE REDACCIÓN:	
	Victor Álvarez Muñoz (Oviedo) – <i>Cirugía Pediátrica</i>
	Juan Arnáez Solís (Burgos) – <i>Neonatología</i>
	María Jesús Cabero Pérez (Santander) – <i>Neumología Pediátrica</i>
	Ramón Cancho Candela (Valladolid) – <i>Neuropediatría</i>
	Alfredo Cano Garcinuño (Valladolid) – <i>Pediatría Hospitalaria</i>
	Ernesto Matías de Diego García (Santander) – <i>Cirugía Pediátrica</i>
	Carla Escribano García (Valladolid) – <i>Genética Clínica y Dismorfología</i>
	Hermenegildo González García (Valladolid) – <i>Hematología y Oncología Pediátricas</i>
	Lorenzo Guerra Díez (Santander) – <i>Urgencias pediátricas</i>
	María Soledad Jiménez Casso (Segovia) – <i>Cardiología Pediátrica</i>
	Santiago Lapeña López de Armentia (León) – <i>Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica</i>
	Venancio Martínez Suárez (Gijón) – <i>Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria</i>
	Gregorio de la Mata Franco (Burgos) – <i>Nefrología Pediátrica</i>
	Carlos Ochoa Sangrador (Zamora) – <i>Investigación y Pediatría Basada en la Evidencia</i>
	Elena Pérez Gutiérrez (Valladolid) – <i>Infectología Pediátrica</i>
	David Pérez Solís (Ávila) – <i>Pediatría Hospitalaria</i>
	Pablo Prieto Matos (Salamanca) – <i>Endocrinología Pediátrica</i>
	Corsino Rey Galán (Oviedo) – <i>Cuidados Intensivos Pediátricos</i>
	Marta Sánchez Jacob (Valladolid) – <i>Bioética y Pediatría Social</i>
	Gonzalo Solís Sánchez (Oviedo) – <i>Neonatología</i>
	Ricardo Torres Peral (Salamanca) – <i>Gastroenterología y Nutrición Pediátrica</i>
	Roberto Velasco Zúñiga (Valladolid) – <i>Urgencias pediátricas</i>

EDICIÓN Y PUBLICIDAD

ERGON CREACIÓN, SA.  
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)  
Tel. 91 636 29 30. Fax 91 636 29 31  
e-mail: estudio@ergon.es <http://www.ergon.es>

Soporte Válido. Ref. SVR nº 23  
ISSN (versión electrónica): 2340-5384  
ISSN (versión impresa): 0214-2597



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA  
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

## **XVI Premio JOSÉ DÍEZ RUMAYOR del BOLETÍN DE PEDIATRÍA**

Publicación Oficial de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León  
(SCCALP)

### **BASES DE LA CONVOCATORIA**

1. Se establece un Premio de 750 €\* destinado a recompensar el mejor trabajo publicado en el Boletín de Pediatría desde enero a diciembre del año 2020, ambos inclusive, dentro de las secciones de Revisiones, Originales y Casos Clínicos de la revista.
2. La selección del trabajo premiado será realizada por un jurado constituido por el Consejo de Redacción del Boletín de Pediatría y su Director o por un Comité en el que delegue, que deberá estar integrado por personas de reconocido prestigio científico.
3. El Jurado del Premio se reunirá previamente a la Reunión de Primavera de la SCCALP del año 2021 y se considerará constituido cuando estén presentes la mayoría de sus miembros. Los artículos publicados serán evaluados objetivamente siguiendo criterios de calidad, originalidad y presentación.
4. El Jurado podrá declarar desierto el Premio si considera que ninguno de los trabajos publicados reúne los requisitos necesarios para ser premiado.
5. El fallo del Jurado será inapelable, debiendo publicarse en la página web de la SCCALP y debiendo ser comunicado al autor o autores correspondientes por carta oficial desde la Secretaría de la Sociedad.
6. La entrega del Premio, por el Consejo de Redacción del Boletín de Pediatría, se hará con ocasión del acto de clausura de la Reunión de Primavera de la SCCALP del año 2021.

*\*Menos impuestos legalmente establecidos.*

## Sumario

---

### EDITORIAL

- 49 De cómo la COVID-19 nos enseñó a reinventarnos  
*J.L. Guerra Díez, G. de la Fuente Echevarría*

### PROGRAMA CIENTÍFICO

- 50 I Encuentro científico virtual de la SCCALP

### PONENCIAS

- 54 Avances en el tratamiento de la diabetes tipo 1 en la edad pediátrica  
*M.P. Bahillo Curieses*
- 58 Las otras caras de la COVID-19: síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS)  
*D. Salas-Mera, F. Gutiérrez-Larraya Aguado*

### COMUNICACIONES ORALES

- 62 Jueves 19 de noviembre
- 70 Viernes 20 de noviembre
- 78 Comunicaciones sin exposición

## Summary

---

### EDITORIAL

- 49 How COVID-19 taught us to reinvent ourselves  
*J.L. Guerra Díez, G. de la Fuente Echevarría*

### SCIENTIFIC PROGRAM

- 50 1<sup>st</sup> Virtual scientific meeting of SCCALP

### LECTURES

- 54 Advances in the treatment of type 1 diabetes in the pediatric age  
*M.P. Bahillo Curieses*
- 58 The other faces of COVID-19: pediatric multisystem inflammatory syndrome related to SARS-CoV-2 (SIM-PedS)  
*D. Salas-Mera, F. Gutiérrez-Larraya Aguado*

### ORAL COMMUNICATIONS

- 62 November, Thursday 19<sup>th</sup>
- 70 November, Friday 20<sup>th</sup>
- 78 Communications without exposure

## Editorial

### De cómo la COVID-19 nos enseñó a reinventarnos

J.L. GUERRA DÍEZ<sup>1</sup>, G. DE LA FUENTE ECHEVARRÍA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Vocal de Atención Hospitalaria de la SCCALP. <sup>2</sup>Vocal de Atención Primaria de la SCCALP.

La pandemia declarada en marzo por la OMS por el virus SARS-Cov-2 ha catapultado todos los proyectos de las sociedades científicas a la esfera virtual de su actividad. Las medidas de prevención y especialmente la distancia social, como dicen unos, o física como prefieren otros, ha generado un cambio de paradigma en nuestra forma de relacionarnos y formarnos. Éramos conscientes del desgaste físico y emocional al que habían sido y seguían siendo sometidos la mayor parte de profesionales sanitarios. En momentos de desaliento, la razón invitaba a la cancelación de todo acto no estrictamente necesario, focalizarnos en cuidar de nuestros pacientes y nuestras familias. Sin embargo, el corazón nos pedía sobreponernos, rebelarnos contra las adversidades y dejar a un lado el no poder y despejar el camino solo al deber.

En un escenario de cancelación de todas las actividades presenciales, desde la Junta Directiva de la SCCALP vigente se potenció y promocionó la posibilidad de realizar una reunión, con nuestros socios, que permitiera seguir actualizando nuestros conocimientos, y además, mantuviera ese espíritu de debut en la presentación de comunicaciones y pósters para los Médicos Internos Residentes de reciente incorporación.

Con mucha ilusión y más trabajo comenzó a desarrollarse una reunión sencilla a la vez que muy participativa, que garantizaba los nervios del directo a los ponentes, con posibilidad de interacción y debate. Éramos conscientes de que nos encontrábamos, en noviembre de 2020, con varios meses de pandemia, con muchos *webinars* a nuestras espal-

das y con la incertidumbre en nuestros puestos de trabajo sobre las posibilidades de contagio, o por la actividad que pudiéramos desempeñar.

Se diseñó un formato de dos días, con presentaciones *online* moderadas por los miembros de la Junta Directiva y dos ponencias, una inaugural realizada por la Dra. Bahílo, del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, que hizo una puesta al día de toda la actualidad relacionada con el tratamiento de la diabetes tipo I en la edad pediátrica, y la de clausura, que fue desarrollada por los doctores Gutiérrez-Laraya Aguado y Salas Mera, del Hospital Universitario La Paz, que aportaron una visión científica y muy personal de las distintas caras de la COVID-19. Respecto a las comunicaciones, recibimos más de 80, de las que fueron seleccionadas 32 para su presentación, todas con un bagaje de trabajo muy importante y que transpira en cada uno de los compañeros que las presentaron y que fueron vistas por muchos de nuestros compañeros y con el "minuto de oro" de más de 100 espectadores y con una media de 90 diarios.

Para nosotros, los organizadores, se superaron todas las expectativas, y nos ha servido de acicate para continuar trabajando a pesar de las circunstancias adversas sanitarias que nos rodean.

Gracias a todos por mantener activa esta Sociedad Científica Regional, y por compartir vuestro trabajo que culmina con la publicación de este número del *Boletín de Pediatría*, nuestra revista de cabecera. Es tiempo también para la esperanza y cada vez queda menos para reencontrarnos.

Correspondencia: José Lorenzo Guerra Díez  
Correo electrónico: guerdiez@gmail.com

© 2020 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León  
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

# I Encuentro científico virtual de la SCCALP 2020

## Programa científico

### JUEVES 19 DE NOVIEMBRE

17:00 PRESENTACIÓN

17:15 **Avances en el tratamiento de la diabetes tipo 1 pediátrica.**  
Pilar Bahíllo Curieses.  
*Sección de Endocrinología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*  
**Moderador:** José Manuel Marugán de Miguelsanz

17:35 Debate y preguntas

17:45 EXPOSICIÓN DE COMUNICACIONES ORALES  
**Primera sesión de comunicaciones**  
**Moderadora:** María Jesús Cabero Pérez

17:50 **Conocimientos en el manejo y control de la diabetes tipo 1 en la edad pediátrica.** Llosa Villa, Marina<sup>1</sup>; García García, Rebeca<sup>1</sup>; Martín Payo, Rubén<sup>2</sup>; Sánchez Martínez, Marta<sup>1</sup>; Portero Vallejo, Rocío<sup>3</sup>; Riaño Galán, Isolina<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias; <sup>2</sup>Universidad de Oviedo; <sup>3</sup>Hospital Universitario de Cruces.

17:57 **Educación diabetológica personalizada durante el uso de monitores continuos de glucosa: ¿Optimiza el control de la diabetes mellitus tipo 1 en pacientes pediátricos?** Megido Armada, Alba<sup>1</sup>; Alonso Rubio, Pablo<sup>2</sup>; Blázquez Gómez, Cristina Julia<sup>3</sup>; García García, Rebeca<sup>1</sup>; Mayoral González, Begoña; Huidobro Fernández, Pedro<sup>4</sup>; Huidobro Fernández, Belén<sup>5</sup>; Riaño Galán, Isolina<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias; <sup>2</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; <sup>3</sup>Hospital

Universitario Príncipe de Asturias; <sup>4</sup>Departamento de Estadística e Investigación Operativa y Didáctica de la Matemática; <sup>5</sup>Hospital Universitario de Cabueñes

18:04 **Alergias medicamentosas ¿Son todas las que están? ¿Están todas las que son?** García Barbero, Elena; Rodríguez del Rosario, Silvia; Marcos Temprano, Marianela; Palomares Cardador, Marta; Sánchez Sierra, Nazaret. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid*

18:11 **Doctora, después de provocar me cuesta respirar.** García Barbero, Elena; Rodríguez del Rosario, Silvia; Marcos Temprano, Marianela; Palomares Cardador, Marta. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid*

18:18 **Experiencia con denosumab en granuloma células gigantes.** Fernández Morán, Eva; Hernández Peláez, Lucía; García Suárez, Laura; Villegas Rubio, José Antonio; De Lucio Delgado, Ana. *Hospital Universitario Central de Asturias*

18:25 **Revisión de los informes médicos de los traslados neonatales.** Pérez Alba, Marta; Fernández Rodríguez, Helena; Álvarez Álvarez, Andrea; Rodríguez Fernández, Sandra; Rodríguez Lorenzo, Patricia; García Iglesias, Alba; Alvargonzález Fernández, Julia; Costa Romero, Marta. *Hospital Universitario de Cabueñes*

18:32 **Estudio de serie de casos de trombofilia primaria en Pediatría.** Aldana Villamañán, Ignacio<sup>1</sup>; Monasterio Bel, Jorge<sup>2</sup>; Herraiz Cristobal, Raquel<sup>1</sup>; Moreno Carrasco, José Luis<sup>1</sup>; González García, Hermenegildo<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid; <sup>2</sup>Hospital Universitario de Burgos

18:39 **Características de los pacientes subsidiarios de cuidados paliativos pediátricos en un hospital de segundo nivel.** Lozano Rincón, Lydia; García-Trevijano Cabetas, Loreto; Del Villar Guerra, Pablo; Carrón Bermejo, Marta; Brel Morenilla, María; Bartolomé Calvo, Gloria; Lavandera Gil, Inés; Domínguez. *Hospital General de Segovia*

### Segunda sesión de comunicaciones

*Moderador:* Gonzalo Solís Sánchez

18:50 **Las bicicletas son para verano (y los accidentes también).** Macías Panedas, Alba<sup>1</sup>; Soltero Carracedo, José Fernando<sup>1</sup>; Andrés Alberola, Irene<sup>2</sup>; González García, Carla<sup>1</sup>; Doval Alcalde, Iraia<sup>1</sup>; Cabanillas Boto, María<sup>1</sup>; Cantero Tejedor, Teresa<sup>1</sup>; Burón Lobo, Isidro<sup>1</sup>. <sup>1</sup>*Complejo Asistencial Universitario de Palencia*; <sup>2</sup>*Centro de Salud Los Jardinillos*

18:57 **Traumatismo craneoencefálico en neonatos.** Pérez Pérez, Alicia; González López, Clara; Alonso Losada, Daniel; Elola Pastor, Ana I; Vicente Martínez, Celia; Ibáñez Fernández, M Aleida; Suárez Rodríguez, Marta; Martín Ramos, Silvia. *Hospital Universitario Central de Asturias*

19:04 **Traslados neonatales interhospitalarios en el norte de España.** Pérez Pérez, Alicia; Elola Pastor, Ana Isabel; González López, Clara; Alonso Losada, Daniel; Vicente Martínez, Celia; Martín Ramos, Silvia; Ibáñez Fernández, María Aleida; Solís Sánchez, Gonzalo. *Hospital Universitario Central de Asturias*

19:11 **Impacto del confinamiento domiciliario por la COVID-19 sobre el control glucémico en pacientes con diabetes tipo 1.** Fernández Rodríguez, Helena; Pérez Alba, Marta; Rodríguez Lorenzo, Patricia; García Iglesias, Alba; Rodríguez Fernández, Sandra; Álvarez Álvarez, Andrea; Míguez Martín, Laura; Huidobro Fernández, Belén. *Hospital Universitario de Cabueñes*

19:18 **Utilidad del electroencefalograma en el manejo de una primera crisis epiléptica afebril.** Romero Espinoza, María Daniela; Vazquez Martín, Selma; Gutiérrez Zamorano, María; Castro Rey, Margarita del Carmen; Cenzano Ruiz, Sheila; Melero González, Alejandra; León, José Miguel; Carranza Ferrer, Jorge. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid*

19:25 **Experiencia piloto con el uso de la aplicación "Telegram®" en una consulta de Atención Primaria de Pediatría.** Álvarez Juan, Beatriz; Rodríguez Blanco, Silvia; Fuentes Martínez, Silvia; Tamargo Cuervo, Alejandra; De Castro Vecino, María del Pilar; Benavent Torres, Roger; Álvarez Fernández, Lucía; González Martínez, Soraya. *Complejo Asistencial Universitario de León*

19:32 **Evaluación de los pacientes con antecedente familiar de muerte súbita en la consulta de Cardiología Pediátrica de un hospital de tercer nivel.** González López, Clara; Pérez Pérez, Alicia; Alonso Losada, Daniel; Elola Pastor, Ana Isabel; Vicente Martínez, Celia; Martín Ramos, Silvia; Fernández Barrio, Bárbara Covadonga; Ibáñez Fernández, Aleida. *Hospital Universitario Central de Asturias*

19:39 **Utilidad de la ecografía clínica en Pediatría de Atención Primaria.** Álvarez Juan, Beatriz; Rodríguez Blanco, Silvia; Tamargo Cuervo, Alejandra; Robles Álvarez, Irene; Valdes Montejo, Irene; Benavent Torres, Roger; Álvarez Fernández, Lucía; González Martínez, Soraya. *Complejo Asistencial Universitario de León*

19:50 CLAUSURA

### VIERNES 20 DE NOVIEMBRE

17:00 **Las distintas caras de la COVID-19.** Diana Salas Mera y Federico Gutiérrez-Larraya Aguado. *Servicio de Cardiología Pediátrica. Hospital Universitaria La Paz. Madrid.*  
*Moderador:* Fernando Centeno Malfaz

17:20 Debate y preguntas

17:30 EXPOSICIÓN DE COMUNICACIONES ORALES  
**Primera sesión de comunicaciones**  
*Moderadora:* Marianela Marcos Temprano

17:35 **Evaluación de la satisfacción de las consultas telefónicas realizadas en un hospital de tercer nivel durante el período de confinamiento domiciliario en contexto de pandemia por COVID-19.** Quesada Colloto, Paula; Díaz García, Paula; Navarro Campo, Sandra;



- Jiménez Treviño, Santiago; Gutiérrez Martínez, José Ramón; Díaz Martín, Juan José. *Hospital Universitario Central de Asturias*
- 17:42 **Análisis asistencial durante la primera ola infección por SARS-CoV-2 en Urgencias de Pediatría.** Reyes Sancho, Sara; Fernández Marques, Margarita; Dragomirescu dragomirescu, Ioana; Giordano Urretabizkaya, Mariela Noel; González Martínez, Claudia; Mendez Sierra, Ariana; Guerra Díez, José Lorenzo; Cabero Perez, María Jesus. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*
- 17:49 **Motivos de consulta en Urgencias de Pediatría en rebrote COVID-19.** Baruque Rodríguez, Sara; Fernández Álvarez, Ramón; Alvargonzález Fernández, Julia; Rodríguez Lorenzo, Patricia; García Iglesias, Alba; Pérez Alba, Marta; Fernández Rodríguez, Helena; Rodríguez Fernández, Sandra. *Hospital Universitario de Cabueñes*
- 17:56 **Fiebre, abdomen, corazón... ¿Se trata de COVID?** Santos Lorente, Carolina; Pérez González, Daniel; López de Viñaspre Vera-Fajardo, María; Viadero Ubierna, María Teresa; Garde Basas, Jesús; Fernández Suárez, Natalia; Álvarez Álvarez, Cristina; Jiménez Montero, Beatriz. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*
- 18:03 **Actividad del Servicio de Urgencias Pediátricas antes y después del coronavirus.** Pérez Alba, Marta; Fernández Rodríguez, Helena; Álvarez Álvarez, Andrea; Rodríguez Fernández, Sandra; García Iglesias, Alba; Rodríguez Lorenzo, Patricia; Baruque Rodríguez, Sara; Fernández Álvarez, Ramón. *Hospital Universitario de Cabueñes*.
- 18:10 **Una meningoencefalomielitis de reciente descubrimiento.** López Salas, Eva; Obregón Asenjo, Miguel; Cuervas-Mons Tejedor, Maite; Morante Martínez, Diego; Iglesias Rodríguez, Mario; Urquiza Físico, José Luis; Valencia Ramos, Juan; Conejo Moreno, David. *Hospital Universitario de Burgos*
- 18:17 **Características de los ingresos por infección de orina durante 25 años en un hospital de segundo nivel.** Soltero Carracedo, José Fernando; Macías Panedas, Alba; González García, Carla; Doval Alcalde, Iraia; Barrio Alonso, María Paz; Cabanillas Boto, María;
- Rojo Fernández, Isabel; De La Torre Santos, Sara Isabel. *Complejo Asistencial Universitario de Palencia*
- 18:24 **Repercusión de la pandemia por COVID-19 en la actividad pediátrica en Atención Primaria.** Macías Panedas, Alba<sup>1</sup>; Andrés Alberola, Irene<sup>2</sup>; Soltero Carracedo, José Fernando<sup>1</sup>; Doval Alcalde, Iraia<sup>1</sup>; González García, Carla<sup>1</sup>; Moro Tapia, Elena<sup>2</sup>; Colinas Herrero, José Francisco<sup>2</sup>; Alberola López, Susana<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Centro Asistencial Universitario de Palencia; <sup>2</sup>Centro de Salud Los Jardínillos
- Segunda sesión de comunicaciones**  
Moderador: Jesús María Andrés de Llano
- 18:35 **Hipoprecimiento en paciente con deficiencia femoral focal proximal.** González Uribebarrea, Sara; Alonso Ferrero, Jair; Sánchez Sierra, María Nazaret; Torres Ballester, Irune; Fraile García, Laura; Bahillo Curieses, Pilar. *Unidad de Endocrinología Pediátrica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid*
- 18:42 **Tendencia de ingresos pediátricos urgentes en un hospital de segundo nivel en 25 años.** Soltero Carracedo, José Fernando; Macías Panedas, Alba; González García, Carla; Doval Alcalde, Iraia; Andrés Alberola, Irene; Sanz González, Alvaro; García Lorenzo, Raquel. *Complejo Asistencial Universitario de Palencia*
- 18:49 **Dificultades en la lactancia materna en maternidad en recién nacidos prematuros tardíos y a término precoces.** Zarandona Leguina, Saioa; De Frutos Martínez, María Cristina; Calleja Ibáñez, María; Sedano Silvestre, Silvia; López Salas, Eva; Fernández Pernía, Beatriz; Obregón Asenjo, Miguel; García Miralles, Laura Carlota. *Hospital Universitario de Burgos*
- 18:56 **Complejo esclerosis tuberosa. Revisión de los últimos 10 años en un hospital de tercer nivel.** Oreña Ansorena, Virginia<sup>1</sup>; García Fernández, Sonia<sup>2</sup>; Blanco Lago, Raquel<sup>2</sup>; Hedrera Fernández, Antonio<sup>2</sup>; Málaga, Ignacio<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla; <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias
- 19:03 **Síndrome nefrítico pediátrico: revisión de casos clínicos.** Cenzano Ruiz, Sheila; Gutiérrez Zamorano, María; Romero Espinoza,

- Daniela; Saéz García, Laura; Pino Vázquez, Asunción; González García, Hermenegildo; Urbaneja Rodríguez, Elena; Garrote Molpesceres, Rebeca. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid*
- 19:10 **Características de los traslados neonatales.** Pérez Alba, Marta; Fernández Rodríguez, Helena; Rodríguez Fernández, Sandra; Álvarez Álvarez, Andrea; García Iglesias, Alba; Rodríguez Lorenzo, Patricia; Alvargonzález Fernández, Julia; Costa Romero, Marta. *Hospital Universitario de Cabueñes*
- 19:17 **Características de la patología psiquiátrica valorada en el Servicio de Urgencias Pediátricas en los últimos 4 años en un hospital de tercer nivel.** Romano Medina, Alejandra; García Montero, María; Herrera Quirón, Lourdes; Castro Rey, Margarita; Izquierdo Herrero, Elsa; Carranza Ferrer, Jorge; Nieto Sánchez, Rosa María. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid*
- 19:24 **Revisión de los síndromes neurocutáneos en Pediatría en un hospital de tercer nivel.** Oreña Ansorena, Virginia<sup>1</sup>; García Fernández, Sonia<sup>2</sup>; Blanco Lago, Raquel<sup>2</sup>; Hedrera Fernández, Antonio<sup>2</sup>; Málaga, Ignacio<sup>2</sup>. <sup>1</sup>*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*; <sup>2</sup>*Hospital Universitario Central de Asturias*
- 19:30 CLAUSURA
- 19:45 ASAMBLEA DE SOCIOS

## Ponencia

# Avances en el tratamiento de la diabetes tipo 1 en la edad pediátrica

M.P. BAHÍLLO CUIESES

*Servicio de Pediatría. Endocrinología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid, España.*

### INTRODUCCIÓN

La diabetes tipo 1 es una enfermedad autoinmune caracterizada por la destrucción de las células beta pancreáticas, que conlleva a una disminución de funcionalidad de las mismas con la consiguiente insulinopenia. El tratamiento ha experimentado grandes cambios desde la introducción de nuevas insulinas y sobre todo desde la introducción y el avance de las nuevas tecnologías, habiendo cambiado totalmente el paradigma de atención del paciente pediátrico con diabetes tipo 1, persiguiéndose la consecución de un control metabólico óptimo. Cabe destacar también el papel importante de la educación diabetológica estructurada, reglada y continuada como coadyuvante a la tecnología para mejorar el control metabólico, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes. A continuación, se enumeran los principales avances en el tratamiento.

### AVANCES EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Han pasado ya casi 100 años desde el descubrimiento de la insulina por Banting y Best en 1921, lo cual cambió la perspectiva de tratamiento y el futuro de las personas con diabetes tipo 1, previamente abocadas a un fallecimiento precoz tras recibir dietas muy restrictivas en hidratos de carbono como única alternativa de tratamiento. Las insulinas han mejorado exponencialmente en los últimos años

destacando la aparición de los análogos de insulina de acción prolongada y los análogos de insulina de acción rápida. La introducción de las mismas ha permitido instaurar los tratamientos con múltiples dosis de insulina y pautas bolo-basal que remedian mejor la secreción pancreática fisiológica de insulina. En el último año se han introducido en pediatría los análogos de acción ultra-rápida de insulina (insulina faster aspart, Fiasp®) y está pendiente de aprobarse la insulina lispro ultra-rápida ya disponible en EE.UU. desde junio de 2020 (Lyunmjev®) las cuales permitirán imitar aún mejor el perfil fisiológico de insulina, disminuyendo las excursiones postprandiales y reduciendo los tiempos de espera en la administración de insulina.

Otra gran mejora son las nuevas formulaciones de glucagón. La administración de glucagón en hipoglucemia severa y según las formulaciones actuales, suponía un reto debido a su administración intramuscular sumado a la necesidad de su reconstitución previa a la administración. Gracias a las nuevas formulaciones existen formas más estables de glucagón que evitan la necesidad de su reconstitución (dasiglucagón) y que estarán disponibles en plumas precargadas y con autoinyector en un futuro próximo. Pero sin duda el gran avance es el glucagón de administración nasal (Baqsimi® de Lilly) que facilitará su administración por cuidadores y profesores en caso de hipoglucemia severa. El glucagón nasal está aprobado para niños mayores de 4 años por la UE en enero de 2020 pero está pendiente de negociación de precio. Estas nuevas formulaciones van a suponer un avance para

*Correspondencia:* M.P. Bahillo Curieses. Servicio de Pediatría. Endocrinología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Avenida Ramón y Cajal, 3. 47005 Valladolid.

*Correo electrónico:* mpbahillo@saludcastillayleon.es

© 2020 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

el tratamiento de la hipoglucemia severa, que sigue siendo un importante problema sobre todo en el ámbito escolar.

## AVANCES EN LA MEDICIÓN DE LOS NIVELES DE GLUCOSA

La medición de los niveles de glucemia capilar mediante tiras reactivas supuso un gran avance en el tratamiento de la diabetes. Sin embargo, la gran revolución y logro a nivel de innovación tecnológica lo constituyeron los sistemas de monitorización de glucosa intersticial (MGI), compuestos por un sensor que se inserta subcutáneamente cada 7-14 días según el modelo y un lector/receptor que en ocasiones es sustituido por una aplicación (app) instalada en un teléfono móvil. Existen dos tipos de sistemas de MGI:

- Sistemas de monitorización flash o intermitente de glucosa (MFG): Proporciona los valores de glucemia intersticial cuando acercamos el lector o el móvil, en el que previamente se ha descargado una app, al sensor. Cuando se escanea el sensor obtenemos el valor de glucosa junto con una gráfica de cómo ha estado la glucosa en las últimas horas y unas flechas de tendencia. Solo existe un dispositivo en el mercado que inicialmente no disponía de alarmas, aunque la nueva versión comercializada si dispone de ellas.
- Sistemas de monitorización continua de glucosa (MCG). Estos sistemas proporcionan de manera continua y en tiempo real el valor de glucosa, actualizando este valor cada cinco minutos y proporcionando gráficas y alarmas, junto a flechas ascendentes o descendentes que indican la tendencia. Algunos de ellos llevan asociada una app que permite acceso remoto a los datos de MCG.

Los sistemas de MGI han avanzado mucho en los últimos años, y han mejorado en precisión y exactitud. Algunos de ellos vienen calibrados de fábrica y otros precisan calibraciones con valores de glucemia capilar. En algunos, sus datos pueden incluso sustituir a las glucemias capilares para la toma de decisiones terapéuticas, dada su precisión, salvo en determinadas circunstancias.

## AVANCES EN LAS FORMAS DE ADMINISTRACIÓN DE INSULINA

Los dispositivos de administración de insulina han mejorado mucho desde las primeras jeringuillas reutilizables, hasta obtener las agujas de tamaño más pequeño y las plumas actuales que permiten incluso la administración de

medias unidades de insulina. Existen también puertos para la administración de insulina (Iport Advance de Medtronic® e Insuflon de Convatec®) que se insertan en el tejido celular subcutáneo durante 3-4 días y permiten la administración de insulina a su través, reduciendo de manera considerable el número de pinchazos. Pero la tecnología, también ha irrumpido con la aparición de plumas inteligentes o capuchones que acoplados a las plumas de insulina comercializadas (Insulclock®) las convierten en plumas inteligentes. Dichas plumas, a parte del suministro de insulina tienen otras funciones, como administrar dosis de insulina más pequeñas (de 0,1 en 0,1 UI a partir de 0,5 UI), informar sobre horarios y dosis suministradas o de la temperatura de la insulina pero sobre todo van asociadas a una app que permite la descarga de dichos datos, con creación de gráficos que permiten realizar un seguimiento adecuado, e incluso algunas llevan un calculador de bolo integrado que ayuda a calcular la dosis para la ingesta o las correcciones, teniendo en cuenta la insulina activa de la dosis previa. Pero sin duda, el gran avance en la administración de insulina lo constituyeron los infusores subcutáneos continuos de insulina más conocidos como bombas de insulina, los cuales permiten una administración de dosis más fisiológicas de insulina, pudiendo administrar dosis distintas e individualizadas en diferentes tramos horarios y remediando mejor la secreción fisiológica pancreática. Su formato y tamaño, ha cambiado mucho desde la primera bomba comercializada que tenía grandes dimensiones y precisaba incluso de un destornillador para administrar las dosis de insulina. Así ahora su tamaño y funcionalidad ha mejorado mucho en los últimos años, existiendo distintos modelos en el mercado que incluyen bombas “parche” y bombas con mando a distancia entre otros. Sin embargo, el mayor logro a nivel tecnológico, lo ha supuesto la asociación entre las bombas de insulina y los sistemas de monitorización de glucosa, permitiendo en primer lugar la aparición de bombas de insulina que contaban con un algoritmo que paraba la infusión de insulina en caso de hipoglucemia avanzando posteriormente a los sistemas que lograban detener la infusión de insulina antes de llegar a la hipoglucemia y reanudaban la infusión para evitar hiperglucemia de rebote. Pero sin lugar a duda, el mayor hito ha tenido lugar en los últimos años con la aparición de los sistemas automatizados de infusión de insulina o páncreas artificiales híbridos (sistemas de asa cerrada híbrida). Estos sistemas constan de tres componentes: una bomba de insulina, un sensor de monitorización intersticial de glucosa y un algoritmo incluido en un microprocesador que automatiza la infusión de insulina para mantener la glucemia en un objetivo predefinido. Se trata de sistemas híbridos porque aún requieren de la colaboración del

paciente que ha de realizar el contaje adecuado de hidratos de carbono y administrar el bolo de insulina necesario para la comida, requiriéndose también su intervención para el manejo del ejercicio. Estos sistemas automatizados se han perfeccionado con los últimos modelos, que además de las funciones anteriores administran bolos correctores de forma automática, permiten individualizar el objetivo glucémico acercándose a objetivos más estrictos y cuentan con bluetooth lo cual permite el acceso remoto a los datos de la infusión. En un futuro próximo no lejano, se conseguirán sistemas totalmente automatizados de infusión de insulina en los que no sea necesaria la colaboración del paciente anunciando ingestas ni ejercicio, es decir sistemas completos de asa cerrada (páncreas artificial), proyecto en el que ya están trabajando distintos grupos de científicos con muy buenos resultados sobre todo en la franja nocturna. También en un futuro dispondremos de bombas bihormonales que administren de forma simultánea insulina y glucagón, imitando mejor la secreción fisiológica pancreática y facilitando el control glucémico de los pacientes con diabetes tipo 1.

## CAMBIOS EN LOS PARÁMETROS DE CONTROL METABÓLICO

Desde el ensayo clínico DCCT (*Diabetes Control and Complications Trial*) la HbA<sub>1c</sub> surgió como el *gold standard* en el control metabólico de la diabetes tipo 1. Este ensayo clínico marcó un antes y después en el tratamiento de la diabetes demostrando que un tratamiento intensivo conseguía menores niveles de HbA<sub>1c</sub> que un tratamiento convencional, correlacionándose los niveles de HbA<sub>1c</sub> con las complicaciones a largo plazo. El DCCT demuestra que el tratamiento de la diabetes tipo 1 debe ser intensivo y precoz, siendo fundamental el buen control metabólico en los primeros diez años de enfermedad. Durante años, se ha realizado el seguimiento de los pacientes con diabetes tipo 1 mediante los cuadernos de glucemia que aportaban los pacientes con sus correspondientes anotaciones y la determinación de la HbA<sub>1c</sub> venosa o capilar. Sin embargo, la HbA<sub>1c</sub>, aunque se correlaciona muy bien con las complicaciones a largo plazo, tiene sus limitaciones, entre ellas que no nos informa de la variabilidad glucémica, ni de las excursiones glucémicas, ni de los patrones diarios, pudiendo estar su medición alterada en caso de determinadas enfermedades como la anemia. Con la aparición de los sistemas de MGI, se han incorporado nuevas medidas de control glucémico, tal y como refleja el Consenso Internacional de Monitorización Continua de Glucosa y más recientemente el Consenso Internacional del

Tiempo en Rango. Estos parámetros son el tiempo en rango (TIR) definido como el porcentaje de tiempo que la glucosa permanece entre 70-180 mg/dl, el tiempo por encima de rango (dividido en nivel 1 (180-250 mg/dl) y nivel 2 (por encima de 250 mg/dl)), el tiempo por debajo de rango (dividido en dos niveles: nivel 1 glucosa 70-55 mg/dl y en nivel 2 glucosa < 54 mg/dl), la media de glucosa, la desviación estándar de glucosa y el coeficiente de variación. Todos estos parámetros se incorporan a diario en el control de nuestros pacientes pediátricos y en sus correspondientes informes, junto a otros parámetros como son la HbA<sub>1c</sub> estimada o el indicador de gestión de glucosa (GMI). Por otro lado, a parte de estos parámetros, es fundamental el análisis de los gráficos de glucosa tanto diarios como el gráfico global correspondiente al periodo de descarga de los dispositivos, conocido como perfil ambulatorio de glucosa o AGP.

Tanto los sistemas de MIG como las bombas de insulina, especialmente los sistemas automatizados de infusión de insulina, han permitido la mejoría del control metabólico definido no solo por los niveles de HbA<sub>1c</sub> sino aumentando el tiempo en rango, disminuyendo las hipoglucemias y la variabilidad glucémica y lo que es también importante han permitido mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, permitiendo reducir la carga que supone la diabetes.

## AVANCES EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

La aparición de medidores de glucosa que permitían “volcar” sus datos en el ordenador mediante la conexión por un cable supuso un gran avance, superado sin duda por los dispositivos actuales muchos de los cuales vuelcan directamente los datos a plataformas o a la nube permitiendo el seguimiento remoto tanto por el profesional sanitario como por los propios cuidadores del niño. Según realizan la medición de glucosa, la mayoría de los sistemas van volcando directamente los datos a la nube a través de diversas plataformas. A estas plataformas tiene acceso el profesional sanitario, vinculando la cuenta de la consulta con la cuenta de cada uno de los pacientes, pero también tiene acceso el propio paciente. A través de estas plataformas se generan una gran variedad de informes que permiten analizar el control metabólico del paciente, realizando un entrenamiento del mismo de tal forma que se fomente su autonomía. Por otro lado, estos sistemas son fundamentales para la realización de consultas telemáticas, con la posibilidad de compartir datos, sistema que ha resultado de gran utilidad durante la pandemia covid19 y que ahora está permitiendo la implementación de las consultas telemáticas. La telemedicina servirá no solo



para el control de la diabetes, sino para la educación diabetológica, y contacto estrecho entre el profesional sanitario y el paciente pudiendo ahorrar tiempo y desplazamientos, así como ahorrar pérdida de horas escolares y de trabajo y evitando riesgos de contagio en épocas de epidemia.

Una de las mayores demandas de los padres de los niños con diabetes, era poder tener acceso en todo momento a los niveles de glucosa en tiempo real de sus hijos fundamentalmente durante el periodo escolar o durante el periodo de sueño. Esta demanda se hizo realidad con los sistemas de MCG ya que disponen de apps que permiten el acceso remoto a los datos siempre y cuando el niño lleve consigo un dispositivo electrónico con datos móviles al cual se van a volcar los datos de MCG y a su vez se van a transmitir a sus seguidores. Sin embargo, con los dispositivos de MFG estas necesidades no están totalmente cubiertas con las aplicaciones oficiales, siendo cubiertas a través del movimiento "Do it yourself" y el proyecto Nightscout, desarrollados ambos de manera independiente a las agencias reguladoras, y a través de los cuales los padres y cuidadores que deseen (ilimitados) tienen acceso las 24 horas a los datos del sensor. Para ello se utilizan dispositivos no homologados que se acoplan al sensor de MFG, convirtiéndola en una MCG y permitiendo un acceso remoto no solo cuando el niño hace un escaneo o lectura sino en la totalidad del tiempo teniendo acceso a una gráfica continua de glucosa. Los usuarios de este movimiento utilizan apps no homologadas por las casas comerciales, y además pueden utilizar la plataforma Nightscout para volcar los datos en la nube tanto de sensores como de bombas de insulina, permitiendo el acceso remoto desde cualquier dispositivo disponiendo de la url y con un número de seguidores ilimitado.

#### APPS, REDES SOCIALES, PACIENTE EXPERTO, PACIENTE EMPODERADO

Existen gran número de apps que facilitan el control de la diabetes, tanto para registro de datos, como para cálculo de raciones, cálculo de bolos, y análisis de comidas entre otras.

Por otro lado, en las consultas se fomenta la autonomía del paciente mediante el aprendizaje del análisis de los datos disponibles en plataformas y apps, y se fomenta el contacto con otros pacientes expertos con diabetes tipo 1, fundamentalmente a través de las redes sociales y blogs de pacientes expertos.

#### CONCLUSIÓN

El tratamiento de la diabetes tipo 1 pediátrica ha experimentado un profundo cambio en los últimos años en relación con la implementación de nuevas tecnologías que han permitido introducir nuevos parámetros de control metabólico y nuevas vías de seguimiento del paciente que permiten la mejora del control metabólico y de la calidad de vida.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Lachin JM, Orchard TJ, Nathan DM. DCCT/EDID Research Group. Update on cardiovascular outcomes at 30 years of the diabetes control and complications trial/epidemiology of diabetes interventions and complications study. *Diabetes Care*. 2014; 37: 39-43.
- Bahillo-Curienes MP, Borrachero-Guijarro JM. ¡Sueño cumplido! Acceso remoto a la monitorización continua de glucosa en la edad pediátrica. *Diabetes (Fundación SED)*. 2020; 62: 55-9.
- Battelino T, Danne T, Bergenstal RM, Amiel SA, Beck R, Biesler T, et al. Clinical targets for continuous glucose monitoring data interpretation: Recommendations from the international consensus on time in range. *Diabetes Care*. 2019; 42: 1593-603.
- Danne T, Nimri R, Battelino T, Bergenstal R, Close KL, de Vries JH, et al. International consensus on use of continuous glucose monitoring. *Diabetes Care*. 2017; 40: 1631-40.
- Barrio R. Advances in the treatment of pediatric type 1 diabetes. *An Pediatr (Barc)*. 2020 [En prensa]. doi: 10.1016/j.anpedi.2020.09.001.
- Barrio Castellanos R, Ros Pérez P. Tecnología en la diabetes tipo 1 en la edad pediátrica. *Pediatr Integral*. 2020; XXIV: 241-7.
- Bondía J. Páncreas artificial. *Rev Esp Endocrinol Pediatr*. 2020; 11 (Suppl 1): 8-13.

## Ponencia

# Las otras caras de la COVID-19: síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS)

D. SALAS-MERA, F. GUTIÉRREZ-LARRAYA AGUADO

*Servicio de Cardiología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

La infección por SARS-COV-2 suele tener un curso benigno en la población pediátrica. Los niños suponían entre el 0,8-4% del total de casos en series iniciales, aunque ese porcentaje actualmente se sitúa en torno al 10-12%<sup>(1)</sup> probablemente porque se están haciendo test microbiológicos a casos menos graves. Los síntomas predominantes de la infección en niños son la fiebre y la tos, y se calcula que hasta un 20% de casos son asintomáticos<sup>(2,3)</sup>. Aunque un pequeño porcentaje desarrolla formas graves de la enfermedad y requiere ingreso en cuidados intensivos, la mortalidad en este grupo de pacientes es mucho menor que la de los adultos<sup>(4)</sup>.

A principios de mayo de 2020 el Real Colegio de Pediatría y Salud Infantil de Reino Unido publicó una alerta ante un aumento preocupante de casos de niños previamente sanos que manifestaban cuadros clínicos con características similares a la enfermedad de Kawasaki y el síndrome del *shock* tóxico, con afectación gastrointestinal y hemodinámica, que requerían ingreso en intensivos y soporte vasoactivo. La mayoría de estos pacientes tenía una prueba microbiológica positiva para SARS-COV2 o un contacto epidemiológico estrecho. Tras los primeros 8 pacientes del hospital Evelina de Londres reportados en una carta en el Lancet el 6 de mayo de este año<sup>(5)</sup> se publicaron otras series en países europeos<sup>(6,7)</sup> y, posteriormente, siguiendo el curso de la pandemia, en Estados Unidos<sup>(8,9)</sup>, país que ha publicado las mayores series de este síndrome esta la fecha. Todos estos países tienen en común una alta incidencia de infección por SARS-COV-2,

con aparición de los primeros casos de niños con SIM-PedS unas 4-6 semanas tras el pico regional de la pandemia.

¿Y qué características clínicas tiene este cuadro? Su incidencia es aproximadamente de 2 casos por cada 100.000 niños; suele afectar a pacientes en edad escolar con una mediana de edad de 8 a 11 años, aunque con un rango de 0 a 20 años, con ligero predominio en varones (en torno a un 60%); y, como se ha expuesto previamente, suele aparecer con unas semanas de retraso respecto al pico de la pandemia en una determinada región, lo que sugiere que se trata de una respuesta inflamatoria tardía.

La fiebre es una constante en estos pacientes, suele ser elevada y de varios días de evolución. La afectación gastrointestinal también es muy frecuente, con síntomas como dolor abdominal, náuseas, vómitos o diarrea en un 80% de los casos. Un porcentaje importante de pacientes presenta afectación cardiovascular, fundamentalmente disfunción miocárdica y *shock* con necesidad de soporte vasoactivo, siendo menos frecuente la afectación coronaria. También presentan algunas características clínicas similares a la enfermedad de Kawasaki, fundamentalmente exantema, hiperemia conjuntival no supurativa y afectación de la mucosa oral, aunque también se han descrito adenopatías cervicales y afectación de manos y pies.

En cuanto a la afectación cardiaca, el ECG suele ser inespecífico, pudiendo mostrar voltajes bajos y/o alteraciones del segmento ST y de la onda T sugestivos de

*Correspondencia:* Diana Salas-Mera. Servicio de Cardiología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Paseo de la Castellana, 261. 28046 Madrid.  
*Correo electrónico:* diana.salas@salud.madrid.org

© 2020 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León  
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

miopericarditis, diversos grados de bloqueo aurículo-ventricular y raramente arritmias. En el ecocardiograma puede objetivarse disfunción ventricular de diversa gravedad, insuficiencias valvulares (fundamentalmente mitral) y derrame pericárdico. En cuanto a la afectación coronaria, lo más frecuente es visualizar las arterias coronarias con hiperrefringencia de sus paredes y aspecto de ectasia leve difusa con Z-score normales, siendo más infrecuentes los aneurismas coronarios.

A nivel analítico destaca un hemograma con linfopenia, neutrofilia y plaquetopenia inicial que suele evolucionar a trombocitosis una vez pasada la fase aguda, elevación muy significativa de reactantes de fase aguda (incluida la procalcitonina, en ausencia de infección bacteriana), elevación de fibrinógeno, dímero D y marcadores miocárdicos, hiponatremia e hipoalbuminemia.

En las pruebas microbiológicas, aunque un porcentaje de casos presenta PCR de SARS-COV-2 positiva en nasofaringe, lo más habitual es que esta sea negativa y el paciente tenga una prueba serológica con IgG positiva (lo que ocurre en el 80-99% de los casos)<sup>(10)</sup>.

Aunque el SIM-PedS presenta ciertas características comunes con la enfermedad de Kawasaki, también presenta diferencias fundamentales: suele afectar a niños más mayores, con una mediana de edad de 8-11 años, mientras que la enfermedad de Kawasaki es rara en mayores de 5 años; afecta más frecuentemente a población hispana y de raza negra, con ausencia de casos publicados en China, Japón y Corea del Sur, donde la enfermedad de Kawasaki es más frecuente; estos pacientes no suelen cumplir criterios clínicos de enfermedad Kawasaki completa y presentan con mayor frecuencia afectación gastrointestinal y *shock* (vs un 5% de pacientes con Kawasaki<sup>(11)</sup>); y en estudios inumopatológicos se ha visto que, mientras que la enfermedad de Kawasaki muestra un perfil de citocinas más relacionado con arteritis y enfermedad coronaria, el del SIM-PedS es más sugestivo de afectación endotelial difusa<sup>(12)</sup>.

Sobre el manejo de estos pacientes, la AEP ha publicado un documento de consenso basado en las recomendaciones de un grupo multidisciplinar de especialistas<sup>(13)</sup>. A nivel general, dado que el diagnóstico de este síndrome se basa en criterios clínicos, analíticos y microbiológicos y/o epidemiológicos (siguiendo las definiciones de caso de la OMS, los CDC norteamericanos o el real colegio de Pediatría de Reino Unido), es importante que los pediatras que trabajan en servicios de Urgencias tengan un alto índice de sospecha para identificar los casos con síntomas sugestivos y pedir analítica con marcadores inflamatorios y cardiacos que va a apoyar el diagnóstico.

Todos los pacientes con sospecha de este síndrome deben ingresar para observación, preferiblemente en un centro donde sea posible un abordaje multidisciplinar con pediatras generales e infectólogos, reumatólogos y cardiólogos pediátricos. Y en caso de inestabilidad hemodinámica debe gestionarse el traslado precoz a un centro con cuidados intensivos pediátricos y disponibilidad de valoración cardiológica urgente.

En el tratamiento de estos pacientes aún no existen evidencias sólidas, por lo que se emplean fármacos inmunomoduladores extrapolando la experiencia con cuadros inflamatorios similares. En general, el tratamiento se basa en medidas de soporte y antibioterapia empírica en espera de resultados microbiológicos; tratamiento inmunomodulador con gammaglobulina intravenosa como primera línea, corticoides sistémicos a pacientes de alto riesgo de aneurismas coronarios y otros fármacos biológicos como anakinra, tocilizumab o infliximab para casos refractarios; ácido acetilsalicílico a dosis antiinflamatoria a pacientes que cumplan criterios de enfermedad de Kawasaki pasando una vez que el paciente está afebril a dosis antiagregante que se mantiene en general 6 semanas; y anticoagulación para pacientes con factores de riesgo. El papel de los fármacos antivirales es limitado, ya que la mayoría de estos pacientes se encuentran en una fase tardía de la infección con PCR negativa y serología positiva; en pacientes graves con evidencia de infección activa podría valorarse remdesivir.

La tabla 1 resume las características de los pacientes con SIM-PedS atendidos en el hospital La Paz durante la primera ola de la pandemia (con fecha de ingreso entre el 18 de abril y el 4 de mayo de 2020). Se trata de 10 pacientes con características similares a las de otras series publicadas: una mediana de edad de 7,5 años, predominio de varones (70%), necesidad de ingreso en cuidados intensivos pediátricos en un 80% y afectación gastrointestinal de algún tipo (dolor abdominal, náuseas o vómitos) en el 100% de los casos. Todos los pacientes han tenido una evolución favorable y se encuentran actualmente en domicilio, con normalización de la función cardiaca y de las coronarias en el seguimiento de todos los casos que presentaron alteraciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Situación de COVID-19 en España a 12 de noviembre de 2020. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII)
2. Götzinger F, Santiago-García B, Noguera-Julían A, Lanaspá M, Lancelli L, Calò Carducci FI, et al. COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020; 4: 653-61.



**TABLA I.** CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SIM-PEDS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID) DURANTE MAYO Y ABRIL DE 2020.

Edad, sexo	Fecha ingreso	Clínica	CIP	Afectación cardiaca / DVA	Tratamiento	SARS-CoV-2
9 a, V	18/04	Fiebre, <b>dolor abdominal</b> , <b>diarrea</b> , exantema, hiperemia conjuntival, edema en manos	Sí (5d)	Sí, FEVI 45% / ADR y NOR	ATB, gammaglobulina, AAS, CE IV tocilizumab, anticoagulación	IgG +
13 a, V	20/04	Fiebre, <b>diarrea</b> , exantema, hiperemia conjuntival, edema en manos	Sí (4d)	No / NOR +	ATB, gammaglobulina, AAS, CE IV, tocilizumab, HDQ, anticoagulación, remdesivir,	PCR +
12 a, V	27/04	Fiebre, <b>diarrea</b> , <b>vómitos</b> , exantema, hiperemia conjuntival	Sí (4d)	Sí (disquinesia TIV y CD hiperrefringente) / NOR	ATB, gammaglobulina (x2), AAS, CE IV, anticoagulación	IgG e IgM +
13 a, V	29/04	Fiebre, <b>dolor abdominal</b> , <b>vómitos</b> , exantema, hiperemia conjuntival	Sí (3d)	Sí, FEVI 40-45% / ADR y NOR	ATB, gammaglobulina, AAS, anticoagulación	IgG +
6 a, M	30/04	Fiebre, <b>dolor abdominal</b> , <b>diarrea</b> , exantema, hiperemia conjuntival, fisuración labios	Sí (2d)	No, mínimo derrame pericárdico	ATB, gammaglobulina, AAS, anticoagulación	IgG e IgM +
9 a, V	01/05	Fiebre, <b>dolor abdominal</b> , hiperemia conjuntival, disnea	Sí (4d)	Sí, ectasia CI (Z+3) / NOR	ATB, gammaglobulina (x2), AAS, CE IV, anticoagulación	IgG +
4 a, V	02/05	Fiebre, <b>dolor abdominal</b> , exantema	No	No	ATB, gammaglobulina, AAS	IgG +
4 a, M	04/05	Fiebre, <b>vómitos</b> , exantema, hiperemia conjuntival, edema en manos y pies, fisuración labios	Sí	Sí, ectasia CI (Z+3) / ADR y NOR	ATB, gammaglobulina (x2), AAS, CE IV, anticoagulación	IgG e IgM +
6 a, M	04/05	Fiebre, <b>dolor abdominal</b> , <b>vómitos</b> , exantema, hiperemia conjuntival,	No	No	Gammaglobulina, AAS	IgG +
5 a, V	04/05	Fiebre, <b>dolor abdominal</b> , <b>vómitos</b> , exantema, hiperemia conjuntival, edema en manos y pies, fisuración labios	Sí (5d)	Sí, FEVI 40-45% y ectasia CI (Z+3) / ADR y NOR	ATB, gammaglobulina, AAS, anakinra, anticoagulación	IgG +, IgM dudosa

*CIP: Cuidados Intensivos Pediátricos. DVA: drogas vasoactivas. V: varón. M: mujer. FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo. ADR: adrenalina. NOR: noradrenalina. TIV: tabique interventricular. CD: coronaria derecha. CI: coronaria izquierda. Z: Z-score. ATB: antibioterapia. CE IV: corticoides intravenosos. AAS: ácido acetilsalicílico.*

- Hoang A, Chorath K, Moreira A, Evans M, Burmeister-Morton F, Burmeister F, et al. COVID-19 in 7780 pediatric patients: A systematic review. *E Clinical Medicine*. 2020; 24: 100433
- Shekerdemian LS, Mahmood NR, Wolfe KK, Riggs BJ, Ross CE, McKiernan CA, et al; International COVID-19 PICU Collaborative. Characteristics and outcomes of children with coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection admitted to US and Canadian Pediatric Intensive Care Units. *JAMA Pediatr*. 2020; 174: 868-73.
- Riphagen S, Gomez X, Gonzalez-Martinez C, Wilkinson N, Theocharis P. Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2020; 395: 1607-8.
- Verdoni L, Mazza A, Gervasoni A, Martelli L, Ruggeri M, Ciuffreda M, Bonanomi E, D'Antiga L. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. *Lancet*. 2020; 395: 1771-8.
- Belhadjer Z, Méot M, Bajolle F, Khraiche D, Legendre A, Abakka S, et al. Acute Heart Failure in Multisystem Inflammatory Syndrome in Children in the Context of Global SARS-CoV-2 Pandemic. *Circulation*. 2020; 142: 429-36.
- Kaushik S, Aydin SI, Derespina KR, Bansal PB, Kowalsky S, Trachtman R, et al. Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associated with Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection (MIS-C): A Multi-institutional Study from New York City. *J Pediatr*. 2020; 224: 24-9.
- Feldstein LR, Rose EB, Horwitz SM, Collins JP, Newhams MM, Son MBF, et al; Overcoming COVID-19 Investigators; CDC COVID-19 Response Team. Multisystem inflammatory

- syndrome in U.S. children and adolescents. *N Engl J Med*. 2020; 383: 334-6.
10. Simon Junior H, Sakano TMS, Rodrigues RM, Eisencraft AP, Carvalho VEL, Schwartsman C, Reis AGADC. Multisystem inflammatory syndrome associated with COVID-19 from the pediatric emergency physician's point of view. *J Pediatr (Rio J)*. 2020 [En prensa]. doi: 10.1016/j.jpmed.2020.08.004.
  11. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, Burns JC, Bolger AF, Gewitz M, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: A scientific statement for health professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 2017; 135: e927-99.
  12. Consiglio CR, Cotugno N, Sardh F, Pou C, Amodio D, Rodriguez L, et al. The immunology of multisystem inflammatory syndrome in children with COVID-19. *Cell*. 2020; 183: 968-81.
  13. García-Salido A, Antón J, Martínez-Pajares JD, Giralt Garcia G, Gómez Cortés B, Tagarro A; Grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría para el Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico vinculado a SARS-CoV-2. Documento español de consenso sobre diagnóstico, estabilización y tratamiento del síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS). *An Pediatr (Barc)*. 2020 [En prensa]. doi: 10.1016/j.anpedi.2020.09.005.

## Comunicaciones Orales

### Jueves 19 de noviembre – Sesión 1

*Moderadora: María Jesús Cabero Pérez*

#### CONOCIMIENTOS EN EL MANEJO Y CONTROL DE LA DIABETES TIPO 1 EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

*Llosa Villa, Marina<sup>1</sup>; García García, Rebeca<sup>1</sup>; Martín Payo, Rubén<sup>2</sup>; Sánchez Martínez, Marta<sup>1</sup>; Portero Vallejo, Rocío<sup>3</sup>; Riaño Galán, Isolina<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>2</sup>Universidad de Oviedo. <sup>3</sup>Hospital Universitario de Cruces.

**Objetivo.** Analizar si un mayor nivel de conocimientos de los pacientes y/o progenitores se relaciona con un mejor control (HbA<sub>1c</sub>) y manejo de la diabetes.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal de pacientes con DM1 seguidos en la Unidad de Diabetes Infantil de un hospital terciario, que acudieron a consulta entre octubre 2019 y enero 2020. Para la recogida de datos se empleó una estrategia compuesta: revisión de historia clínica y realización de un cuestionario de conocimientos sobre DM1. En función de la HbA<sub>1c</sub> se clasificaron en 3 grupos: mal control (HbA<sub>1c</sub> > 7,5), control aceptable (HbA<sub>1c</sub> entre 7-7,5) y control óptimo (HbA<sub>1c</sub> < 7). Los datos se expresan como media (DE).

**Resultados.** Se reclutaron 86 pacientes (47,7% niños), de 12,22 (3,2) años y con 4,45(2,63) años desde el diagnóstico, 24% vivían en familia monoparental. El 64% usaban el sistema flash y el 66% recibían múltiples dosis de insulina. Se observaron diferencias significativas (p < 0,001) en la puntuación final del cuestionario de conocimientos entre aquellos con mal control frente a los que tenían control óptimo o aceptable (d-Cohen= 0,924). Los pacientes y/o cuidadores con mayor nivel de conocimientos, tenían mejor control metabólico valorado mediante HbA<sub>1c</sub> venosa y por mayor tiempo en rango (p= 0,01). Los que asistieron a campamentos educativos (35%) tienen mejores conocimientos y mejor

control metabólico. El tipo de monitorización influye en los conocimientos y el control, con mejores resultados los que tienen monitorización continua. En la adolescencia se observa un empeoramiento del control.

**Conclusiones.** Un mayor nivel de conocimientos de los pacientes y/o progenitores se relaciona con un mejor control y manejo de la diabetes. La asistencia a campamentos educativos ayuda a aumentar los conocimientos sobre la enfermedad y mejorar el control metabólico. El tipo de monitorización y de tratamiento puede influir en el nivel de conocimientos y en el control metabólico.

#### EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA PERSONALIZADA DURANTE EL USO DE MONITORES CONTINUOS DE GLUCOSA: ¿OPTIMIZA EL CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN PACIENTES PEDIÁTRICOS?

*Megido Armada, Alba<sup>1</sup>; Alonso Rubio, Pablo<sup>2</sup>; Blázquez Gómez, Cristina Julia<sup>3</sup>; García García, Rebeca<sup>1</sup>; Mayoral González, Begoña<sup>1</sup>; Huidobro Fernández, Pedro<sup>4</sup>; Huidobro Fernández, Belén<sup>5</sup>; Riaño Galán, Isolina<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>2</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. <sup>3</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias. <sup>4</sup>Departamento de Estadística e Investigación operativa y Didáctica de la Matemática. <sup>5</sup>Hospital Universitario de Cabueñes.

**Objetivo.** Valorar si una educación estructurada centrada en el uso y comprensión de los sistemas de medición continua de glucosa intersticial (MCG) mejora el control metabólico de niños y adolescentes con Diabetes mellitus tipo 1 (DM1).

**Materiales y métodos.** Estudio de intervención en pacientes pediátricos con DM1 que portan un MCG sistema FreeStyle Libre y que son seguidos en consultas externas de Diabetes infantil de un hospital de tercer nivel. Se analizan las variables de control metabólico antes y a los 6 meses

de haber recibido una educación destinada a interpretar la información que proporciona el sensor. Recibieron educación de manera individual *vs* grupal de forma aleatoria. Fueron extraídas de la historia clínica: edad, sexo, IMC, duración de la enfermedad, edad al diagnóstico y valores capilares de HbA1c; otras se obtuvieron de los informes de la plataforma Libreview: glucemia media, tiempo en rango (70-180 mg/dl), número y porcentaje de tiempo en hipoglucemia (TH) (< 70 mg/dl, < 54 mg/dl) e hiperglucemia (> 180 mg/dl, > 250 mg/dl), indicador de gestión de glucosa (GMI), coeficiente de variación y nº de lecturas de glucemia intersticial. Se obtuvo consentimiento de todos los participantes.

**Resultados.** 66 pacientes (53M%), con una media de edad de 12,4 (3,44) años y mediana de tiempo desde el debut de 4,02 (3,18) años. La mediana de HbA1c capilar inicial fue 6,90%, GMI 7,85%. El porcentaje de TH < 70 mg/dl se redujo de manera significativa a los 6 meses de seguimiento ( $p=0,02$ ). No se obtuvieron diferencias en el resto de variables de manera general ni en función del tipo de intervención.

**Conclusiones.** La disminución del porcentaje de TH < 70 mg/dl tiene una gran importancia clínica. La formación centrada en el uso de MCG, sea individual o grupal, resulta fundamental para optimizar el control metabólico en pacientes pediátricos con DM1.

*Proyecto financiado por la Fundación Ernesto Sánchez Villares.*

**ALERGIAS MEDICAMENTOSAS ¿SON TODAS LAS QUE ESTÁN? ¿ESTÁN TODAS LAS QUE SON?** *García Barbero, Elena; Rodríguez del Rosario, Silvia; Marcos Temprano, Marianela; Palomares Cardador, Marta; Sánchez Sierra, Nazaret. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Objetivos.** Analizar los fármacos implicados en reacciones alérgicas medicamentosas durante la infancia. Describir los resultados obtenidos en la prueba de exposición controlada (PEC) y el proceso diagnóstico en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Se realizó estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes valorados en consulta de Neumoalergia Infantil desde julio de 2014 a febrero de 2020 con diagnóstico de sospecha de alergia medicamentosa. Los datos se recogieron de las historias clínicas mediante el programa Jimena4.

**Resultados.** Obtuvimos una muestra de 497 pacientes remitidos por sospecha de alergia medicamentosa, siendo un 52,31% mujeres (n= 260) y 47,63% varones (n= 237). La sospecha de alergia a amoxicilina fue la primera causa de derivación suponiendo un 70,82 % (n= 352) del total, seguido

de amoxicilina-clavulánico en un 12,47% (n= 62). Se realizó PEC a un 87,7% (n= 436) de los pacientes, todos con pruebas cutáneas negativas. Fue positiva en tan solo un 5,63% (n= 28), dudosa en 0,8% (n= 4) y negativa en la mayoría (81,16%). El fármaco más frecuente en PEC positiva fue amoxicilina en un 64,28% (n= 18), seguido de AINES en un 25% (n= 7). Un 4,5% de los pacientes derivados por sospecha de alergia a betalactámicos tuvieron PEC positiva (n= 19) mientras que el porcentaje fue superior para AINES (15,2%). En el grupo PEC negativas el fármaco mayoritario fue amoxicilina en un 73,76% (n= 298).

**Conclusiones.** A pesar de que la alergia a medicamentos es poco prevalente en niños constituye una de los motivos más frecuentes de derivación a consulta de Alergia Infantil. El escenario más frecuente es un exantema inespecífico en contexto infeccioso coincidiendo con la toma de fármacos, siendo los betalactámicos y los AINES los más frecuentes. El diagnóstico se basa en una historia clínica exhaustiva y en la prueba de exposición controlada, quedando la determinación de IgE y las pruebas cutáneas cada vez más relegadas.

**DOCTORA, DESPUÉS DE PROVOCAR ME CUESTA RESPIRAR.** *García Barbero, Elena; Rodríguez del Rosario, Silvia; Marcos Temprano, Marianela; Palomares Cardador, Marta. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** La reacción de hipersensibilidad a antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) más frecuente se relaciona con la inhibición de la COX-1 (mecanismo no inmunológico). Los fármacos más frecuentemente implicados son ibuprofeno y paracetamol. Diferenciamos tres fenotipos: enfermedad respiratoria exacerbada por AINES (EREA), enfermedad cutánea exacerbada por AINES (ECEA) y urticaria-angioedema inducido por AINES (UAIA). La UAIA es la más frecuente, siendo el resto excepcionales. En este trabajo presentamos un caso de EREA, exacerbación respiratoria tras provocación oral con ibuprofeno.

**Caso clínico.** Paciente de 13 años remitido a consulta de Neumoalergia infantil por edema palpebral bilateral y sensación de disnea tras 12 horas de la toma de ibuprofeno comprimido 400 mg por odinofagia. No asoció urticaria, tos ni otros síntomas sistémicos. Resolución espontánea en horas sin tratamiento. Cuatro meses después presentó segundo episodio de edema palpebral a las 2-3 h de tomar ibuprofeno por dolor de tobillo. Refiere además síntomas rinoconjuntivales en primavera. No antecedente de asma ni dermatitis atópica. Tolera paracetamol, nunca ha probado otros AINES. Se realizan pruebas cutáneas (prick e intradermorreacción)

con resultado negativo para AINEs. Se realiza prueba de exposición controlada con ibuprofeno realizando espirometría previa con valores dentro de la normalidad. Tras alcanzar dosis terapéutica, inicia súbitamente sensación de dificultad respiratoria con exploración física y constantes normales. Se realiza espirometría postPEC objetivando disminución del FEV1 en un 24,9% respecto a la previa. Resolución del cuadro con antihistamínicos y salbutamol inhalado.

**Conclusiones.** El asma inducida por AINEs es excepcional en la edad pediátrica, aunque aumenta en frecuencia durante la adolescencia. Se trata de una reacción adversa derivada del mecanismo de acción farmacológico siendo característico que las pruebas cutáneas sean negativas. Es dependiente de la potencia y dosis del fármaco y es necesario la provocación oral para su diagnóstico. Los inhibidores selectivos de COX-2 constituyen una alternativa terapéutica.

**EXPERIENCIA CON DENOSUMAB EN GRANULOMA CÉLULAS GIGANTES.** *Fernández Morán, Eva; Hernández Peláez, Lucía; García Suárez, Laura; Villegas Rubio, José Antonio; De Lucio Delgado, Ana. Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Introducción.** El granuloma de células gigantes (GCG), lesión ósea benigna localmente agresiva, se localiza fundamentalmente en mandíbula o maxilar. Su etiología es desconocida aunque se ha relacionado con procesos reparativos tras traumatismo o inflamación. El 75% de GCG aparece en menores de 30 años, habiéndose descrito en niños lesiones más agresivas y recidivantes. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. En lesiones de gran tamaño donde la cirugía sería muy mutilante, se han probado moléculas que actúan contra la capacidad proliferativa de estas lesiones, como el denosumab, un anticuerpo monoclonal humano inhibidor del RANK ligando. Este anticuerpo monoclonal, de administración subcutánea, presenta entre sus efectos secundarios alteraciones del metabolismo fosfo-cálcico y osteonecrosis.

**Caso clínico.** Niño de 12 años remitido a Pediatría por tumefacción malar de 24 horas de evolución, sin otra sintomatología asociada. En la exploración destaca una masa en región maxilar izquierda, junto con abombamiento y eritema en encía superior ipsilateral. Ante estos hallazgos se realiza TAC craneo-facial, observándose una lesión expansiva de 35 x 39 x 23 mm en borde alveolar del maxilar que condiciona adelgazamiento de la cortical del seno maxilar e invasión parcial del meato inferior de fosa nasal izquierda. Tras biopsia de la lesión, se diagnostica de granuloma de células gigantes. Dada la extensión, se decide tratamiento con Deno-

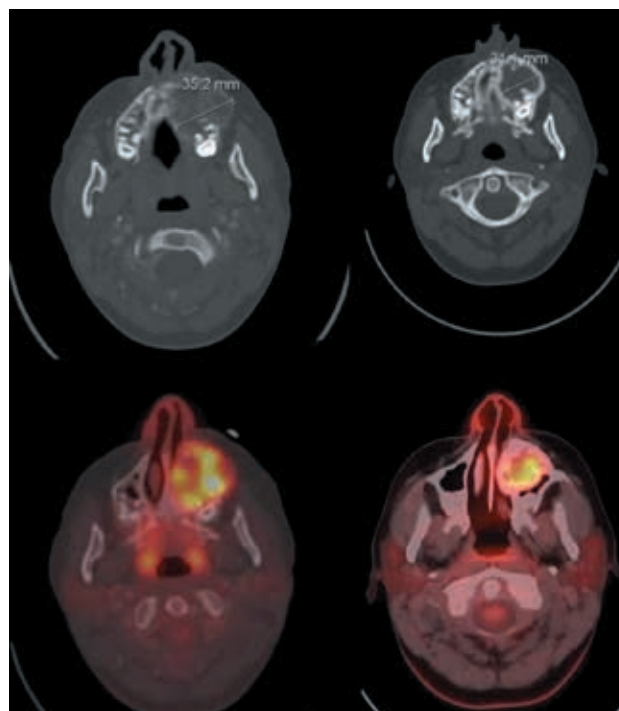


Figura 1.

sumab para disminuir la morbilidad postquirúrgica. Tras recibir diez dosis de denosumab, se ha objetivado respuesta parcial en PET-TC de control, con disminución de tamaño y captación metabólica. Ha presentado hipocalcemia leve y transitoria. (Figura 1).

**Conclusiones:**

- Importancia del abordaje multidisciplinar en este tipo de pacientes para acordar el manejo apropiado.
- Mostrar la utilidad de Denosumab en pacientes donde la morbilidad quirúrgica esperable sea alta.
- Seguimiento exhaustivo del metabólico fosfo-cálcico y de signos de osteonecrosis en pacientes con tratamiento con Denosumab.

**REVISIÓN DE LOS INFORMES MÉDICOS DE LOS TRASLADOS NEONATALES.** *Pérez Alba, Marta; Fernández Rodríguez, Helena; Álvarez Álvarez, Andrea; Rodríguez Fernández, Sandra; Rodríguez Lorenzo, Patricia; García Iglesias, Alba; Alvargonzález Fernández, Julia; Costa Romero, Marta. Hospital Universitario de Cabueñes.*

**Introducción.** El informe médico es un documento de marcada importancia clínico-legal. Debe asegurar una buena transmisión de la información entre profesionales.



**Objetivos.** Evaluar la información descrita en los informes médicos de los pacientes trasladados.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo y analítico de las variables clínicas extraídas a partir de los informes médicos de alta de 46 neonatos trasladados entre enero de 2018 y septiembre de 2020 desde una UCIN III-A a una UCIN III-B del hospital de referencia. Se valoran 34 variables repartidas en 6 ítems: antecedentes personales, monitorización y asistencia respiratoria, pruebas complementarias, tratamiento e información de personal sanitario implicado. Se puntuó cada variable (1 = cumplimentado, 0 = no cumplimentado). Se estimó la puntuación máxima posible y, se obtuvo una puntuación total y para cada ítem del informe.

**Resultados.** Los ítems mejor cumplimentados fueron los antecedentes médicos (cumplimentado en el 95% de los informes) y las pruebas complementarias (74%). En el 60% de los informes se recogen los signos vitales al ingreso, pero solo en el 43% al alta. En el 10 % de los informes de aquellos que precisaban soporte respiratorio no figura ni la posición del tubo ni los parámetros ventilatorios. Los accesos venosos disponibles figuran en el 85%, en la mitad la composición del suero y en un tercio el ritmo. Las dosis de los fármacos administrados figuran en el 62 %, pero la hora solo en el 32%. El consentimiento informado fue verbal en todos los casos. Se encuentran diferencias significativas en la cumplimentación de los informes en función de la gravedad del paciente, pero no en función de la hora del traslado.

**Conclusiones.** Existen carencias en la elaboración del informe médico que deben ser tenidas en consideración para mejorar la calidad de la asistencia.

**ESTUDIO DE SERIE DE CASOS DE TROMBOFILIA PRIMARIA EN PEDIATRÍA.** *Aldana Villamañán, Ignacio<sup>1</sup>; Monasterio Bel, Jorge<sup>2</sup>; Herraiz Cristóbal, Raquel<sup>1</sup>; Moreno Carrasco, José Luis<sup>1</sup>; González García, Hermenegildo<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>2</sup>Hospital Universitario de Burgos.

**Objetivo.** Estudio descriptivo de niños con trombofilia primaria, analizando en los niños con trombosis las formas de presentación, análisis de factores de trombofilia adquirida en el período neonatal y fuera de él.

**Pacientes y métodos.** Revisión retrospectiva de todos los pacientes que fueron diagnosticados trombofilia primaria en el período 1998-2017. Se describen variables clínicas y el tipo de trombofilia detectada y se analizan los factores de trombofilia adquirida en los casos de trombosis.

**Resultados.** Fueron diagnosticados de trombofilia primaria 47 niños, 29 mujeres (61,7%), mediana de edad de 5,5

años. Diez de los pacientes presentaron trombosis (21,3%), siendo el estudio familiar por trombofilia en la familia el motivo más frecuente de estudio (35 casos, 75,5%). Se diagnosticaron 21 niños con trombosis y de ellos en 10 pacientes se encontró trombofilia primaria (47,6%). En los 35 niños sin trombosis como motivo de estudio predominó el Factor V de Leiden 21 casos (60%), seguidos de mutación de la protrombina G20210A en 5 casos (14,3%) y de déficit de proteína C en 5 casos (14,3%). Ninguno de los niños presentó episodios trombóticos evolutivos. En los casos de trombosis se describen y analizan, además de la trombofilia primaria encontrada, los factores de trombofilia adquirida y las patologías de base encontradas, siendo en el período neonatal las más frecuentes la hipoxia neonatal, prematuridad, sepsis y catéter central y fuera del período neonatal patologías de base significativas como el cáncer y su tratamiento, catéter central, infección, autoinmunidad, cardiopatía y anticoagulante lúpico.

**Conclusiones.** En nuestro hospital se diagnostica una media de un caso al año de trombosis en población pediátrica (1/30.000). La trombofilia primaria aislada no es suficiente para que un niño presente trombosis, siendo muy frecuente en la infancia que se sumen varios factores de trombofilia adquirida y patología de base importante.

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.** *Lozano Rincón, Lydia; García-Trevijano Cabetas, Loreto; Del Villar Guerra, Pablo; Carrón Bermejo, Marta; Brel Morenilla, María; Bartolomé Calvo, Gloria; Lavandera Gil, Inés; Domínguez Bernal, Eva María.* Hospital General de Segovia.

**Introducción.** Con el descenso de la mortalidad infantil, las enfermedades incurables y la discapacidad han aumentado. Esto ha supuesto un desarrollo exponencial de los cuidados paliativos pediátricos (CPP) en los últimos años. En nuestro hospital se está desarrollando un modelo de gestión de CPP. El objetivo de este estudio es presentar las características de los pacientes subsidiarios de CPP en un hospital de segundo nivel.

**Métodos.** Estudio descriptivo de los pacientes de nuestro área asistencial subsidiarios de entrar en el programa de CPP. Se seleccionaron niños entre 0 y 14 años con patología de base subsidiaria de CPP. Se describieron las características basales, edad al diagnóstico, ingresos en planta o UCI, así como necesidades especiales y comorbilidades.

**Resultados.** Se incluyeron 29 pacientes candidatos (0-14

años). 58,6% fueron varones. El 44,8% pertenece al grupo 3 de la clasificación de la ACT seguido por el grupo 4 (20,6%). Las enfermedades neurológicas son las más frecuentes en nuestro área. Son portadores de gastrostomía el 38%, 20% precisan oxigenoterapia domiciliaria y solo una paciente porta traqueostomía. 41% presentan comorbilidad neurológica secundaria a su patología de base. Todos los pacientes ingresaron en alguna ocasión, siendo los problemas respiratorios el principal motivo. 41% precisaron ingreso en UCI. Todos los pacientes son atendidos tanto en atención primaria como en los centros de referencia y 5 de ellos están en seguimiento por atención domiciliaria. 2 pacientes precisaron hospitalización a domicilio, gestionada por CP de adultos. Fallecieron 3 pacientes (2 en domicilio, atendiendo la fase de agonía).

**Conclusiones.** Los CPP son una necesidad, debiendo ser accesible en todas las áreas geográficas. La creación de planes de CPP supone un impacto positivo para el niño y las familias. Es necesario conocer las necesidades individuales, así como contar con informes de los centros de referencia para una atención integrada.

## Jueves 19 de noviembre – Sesión 2

*Moderador: Gonzalo Solís Sánchez*

**LAS BICICLETAS SON PARA VERANO (Y LOS ACCIDENTES TAMBIÉN).** *Macías Panedas, Alba<sup>1</sup>; Soltero Carracedo, José Fernando<sup>1</sup>; Andrés Alberola, Irene<sup>2</sup>; González García, Carla<sup>1</sup>; Doval Alcalde, Iraia<sup>1</sup>; Cabanillas Boto, María<sup>1</sup>; Cantero Tejedor, Teresa<sup>1</sup>; Burón Lobo, Isidro<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Complejo Asistencial Universitario de Palencia. <sup>2</sup>Centro de Salud Los Jardillos.

**Objetivo.** La distribución de las altas hospitalarias por accidente con bicicletas que requieren ingresos con carácter de urgencia es motivo de interés en todos los sistemas sanitarios. El objetivo de nuestro estudio es conocer las características de dichos ingresos en un Hospital General entre los años 1993-2017.

**Población y métodos.** Se analizan las altas en un Hospital General de Área (Grupo 2) de pacientes con código E826 de la CIE-9 en el informe de alta. Se recoge la información a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del registro de altas hospitalarias.

**Resultados.** Sobre un total de 410.218 altas totales, 449 tuvieron relación con las bicicletas. De ellas 168 fueron niños menores de 15 años. En el análisis de regresión de Joinpoint para evaluar la tendencia en el periodo analizado se observa un punto de cambio de tendencia en el año 1995 ( $p < 0,05$ ). El Porcentaje anual de cambio (PAC) en el período 1995-2007 fue de 2,2% (0,4 a 4%;  $p < 0,01$ ). Se observa un ritmo circanual ( $p < 0,0001$ ) con acrofase en agosto. Por grupos de edad, no se encontraron diferencias respecto al ámbito de residencia (62% urbanos), tipo de ingreso (96% urgentes), tipo de alta (98% domicilio), día de ingreso, día de alta o procedimientos quirúrgicos en extremidad superior. Se encontraron diferencias entre sexos (varones 75% en niños y 86% en adultos;  $p = 0,003$ ), mes de ingreso ( $p < 0,001$ ), lesiones craneofaciales (niños 61% vs 44% en adultos;  $p < 0,001$ ) y procedimientos quirúrgicos en extremidades superiores (niños 2% vs adultos 12%  $p < 0,001$ ). La estancia en días fue de  $2,9 \pm 4$  días en niños vs  $6,8 \pm 9$  días en adultos ( $p < 0,001$ ). (Figura 1)

**Conclusiones.** Existen cambios en la tendencia. Existe ritmo circanual con valores máximos en agosto. Los niños presentan más lesiones craneofaciales y de extremidades superiores que los adultos.

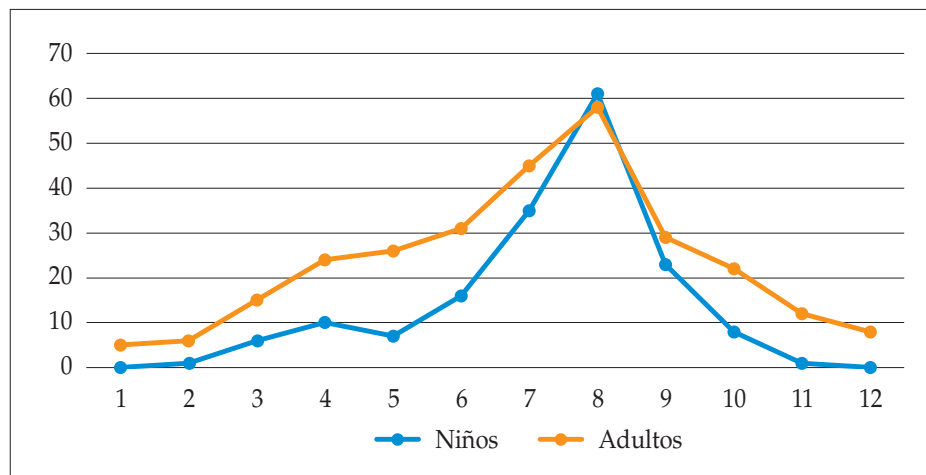


Figura 1.

**TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN NEONATOS.** *Pérez Pérez, Alicia; González López, Clara; Alonso Losada, Daniel; Elola Pastor, Ana I; Vicente Martínez, Celia; Ibáñez Fernández, M Aleida; Suárez Rodríguez, Marta; Martín Ramos, Silvia.* Hospital Universitario Central de Asturias.

**Objetivos.** El traumatismo craneoencefálico (TCE) es motivo de consulta frecuente en urgencias pediátricas. En la etapa neonatal existe mayor susceptibilidad de lesión intracraneal por las características anatómicas. Se revisan características epidemiológicas, y abordaje diagnóstico y terapéutico del TCE en neonatos en nuestro centro.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Incluye todos los pacientes menores de un mes que consultaron en Urgencias Pediátricas o ingresaron en Neonatología de un Hospital de tercer nivel, con diagnóstico de TCE, entre el 1 de enero de 2015 y el 31 de diciembre de 2019.

**Resultados.** Las consultas por TCE en neonatos suponen un 2,2% de los TCE en menores de un año. Se obtuvieron 13 pacientes, media de edad de 15,3 días de vida. Uno de ellos por golpe contra un objeto y el resto secundarios a caídas accidentales. El (84,6%, 11 pacientes) fueron asintomáticos. Dos pacientes presentaron síntomas (irritabilidad y disminución de las tomas). Se realizó radiografía craneal a 10 pacientes; cinco de ellos precisaron TAC posterior por sospecha de fractura en radiografía, confirmándose fractura en 3 (23% del total) y hemorragia intracraneal en 4 (30%). Uno de los neonatos precisó Resonancia magnética para descartar patología congénita tras hallazgo incidental en la radiografía. Ingresaron 12 (92%) pacientes; de ellos, 3 en UCI Neonatal. Un paciente fue intervenido para drenaje de hematoma epidural; en el resto se realizó manejo conservador. Media de ingreso de 1,5 días y mediana de 1 día. No se observaron secuelas en ninguno de ellos.

**Conclusiones.** En nuestro medio los TCE en neonatos son poco frecuentes. La mayoría son asintomáticos, un pequeño porcentaje presentan fractura craneal (23%). El tratamiento quirúrgico es poco frecuente. La radiografía craneal no parece aportar grandes beneficios, ya que en la mayoría de los casos requiere otra prueba de imagen para confirmar fractura.

**TRASLADOS NEONATALES INTERHOSPITALARIOS EN EL NORTE DE ESPAÑA.** *Pérez Pérez, Alicia; Elola Pastor, Ana Isabel; González López, Clara; Alonso Losada, Daniel; Vicente Martínez, Celia; Martín Ramos, Silvia; Ibáñez Fernández, María Aleida; Solís Sánchez, Gonzalo.* Hospital Universitario Central de Asturias.

**Objetivo.** Analizar las características de traslados neonatales interhospitalarios en una región del norte de España.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Se incluyen pacientes neonatales trasladados desde los hospitales comarcales y privados hasta el hospital regional de referencia, entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2018, en una comunidad autónoma del norte de España con una importante crisis demográfica. Se miden variables epidemiológicas y clínicas (edad gestacional, peso al nacimiento, edad en el momento del traslado, sexo, causa del traslado, hospital de origen, necesidad de ventilación mecánica durante el ingreso, días totales de ingreso y evolución final).

**Resultados.** Se incluyen 136 pacientes (56 mujeres y 80 varones), lo que supone un traslado cada 5 días, el 1,8% de los 7.563 neonatos nacidos en los hospitales emisores y el 14,4% de los ingresos neonatales del hospital receptor. El 63,2% ingresaron en la unidad de cuidados intensivos neonatales y el 36,7% en la sala de cuidados intermedios neonatales. Un 20,6% eran prematuros (menores de 37 semanas) y un 2,9% grandes prematuros (menores de 32 semanas). Peso medio al nacimiento 2.983 g (mediana 3.045 g), el 20,6% eran menores de 2.500 g. Edad media al traslado de 5 días, mediana de 1. El 46,3% trasladados en las primeras 24 horas de vida. Causas más frecuentes de traslado: Respiratoria (25%), neurológica (14,7%), digestiva (13,2%) e infecciosa (12,5%). Un 38% precisaron soporte ventilatorio. Tiempo medio de ingreso 9,5 días (mediana de 6 días). El 1,4% fueron éxitus durante el ingreso.

**Conclusiones.** Los traslados neonatales interhospitalarios son relativamente frecuentes en nuestra región, siendo el distrés respiratorio y los problemas neurológicos las causas más frecuentes. El análisis de la regionalización de la asistencia neonatal resulta especialmente importante en regiones con escasa natalidad debido a la crisis demográfica.

**IMPACTO DEL CONFINAMIENTO DOMICILIARIO POR LA COVID-19 SOBRE EL CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1.** *Fernández Rodríguez, Helena; Pérez Alba, Marta; Rodríguez Lorenzo, Patricia; García Iglesias, Alba; Rodríguez Fernández, Sandra; Álvarez Álvarez, Andrea; Míguez Martín, Laura; Huidobro Fernández, Belén.* Hospital Universitario de Cabueñes.

**Objetivos.** El confinamiento domiciliario causado por la pandemia mundial de la COVID-19, supuso un cambio en la rutina de pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes. Nuestro objetivo es analizar el impacto de dicho



confinamiento en el control glucémico de pacientes pediátricos con diabetes tipo 1.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, descriptivo en el que se incluyeron pacientes pediátricos con diabetes tipo 1 que utilizaban medidor continuo de glucosa (flash o tiempo real). Se compararon datos de los 14 días previos al inicio del confinamiento (29/02-13/03 de 2020) con un período equivalente tras 8 semanas de confinamiento (25/04-09/05 de 2020). Los resultados se expresan en media (DE). Se consideró diferencia significativa si  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Se estudiaron 21 pacientes (52,4% varones), 15 recibían tratamiento con múltiples dosis y 6 infusión subcutánea continua de insulina. La edad media fue de 10,5 años (3,0) con una duración media de la diabetes de 3,95 años (3,5). El GMI (indicador de manejo de glucosa) descendió de 7,1% (0,6) a 6,9% (0,6). El CV (coeficiente de variación) disminuyó de 33,2% (6,6) a 30,2% (8,2). El TIR (tiempo en rango) aumentó del 66,0% (7,2) al 71,7% (17,2). El tiempo en hiperglucemia  $> 250$  y  $181 - 250$  mg/dl disminuyó de 8,0% (8,7) a 6,2% (8,6), y de 23,7% (10,3) a 20,1% (11,3), respectivamente. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo en hipoglucemia

**Conclusiones.** Durante el período de confinamiento se optimizó el control glucémico de los pacientes, con una mejoría del TIR sin aumento del tiempo en hipoglucemia y con disminución de la variabilidad.

**UTILIDAD DEL ELECTROENCEFALOGRAMA EN EL MANEJO DE UNA PRIMERA CRISIS EPILÉPTICA AFEBRIL.** *Romero Espinoza, María Daniela; Vazquez Martín, Selma; Gutiérrez Zamorano, María; Castro Rey, Margarita del Carmen; Cenzano Ruiz, Sheila; Melero González, Alejandra; León, José Miguel; Carranza Ferrer, Jorge. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Objetivos.** Determinar el rendimiento diagnóstico del EEG, en pacientes con primera crisis epiléptica afebril.

**Método.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes valorados en el Servicio de Urgencias Pediátricas con una primera crisis afebril entre 2010-2018. Revisión de historias clínicas.

**Resultados.** 55 pacientes (28 hombres, 27 mujeres). Media de edad 4 años. El 25% menores de 1 año. Según el tipo de crisis 43% fueron generalizadas seguido de un 22% focales. La duración del episodio fue  $< 5$  minutos en el 93%. Se realizó EEG en todos los pacientes, obteniendo alteraciones en  $n = 25$  casos, rendimiento diagnóstico del EEG inicial del 45%. En 22 casos se realizó EEG precoz (primeras 24 horas) de los cuales presentaron alteraciones  $n = 12$  (54%). En los

33 casos restantes con EEG tardío (posterior a las primeras 24 horas), se evidenciaron alteraciones en  $n = 13$  (39%). De los 30 pacientes sin alteraciones en el EEG inicial, se realizó un segundo EEG en 19 pacientes, pudiendo encontrar anomalías epileptiformes en 5 casos (9%), aumentando el rendimiento diagnóstico del EEG al 54%. Finalmente fueron diagnosticados de epilepsia 24 pacientes (44%), el 25% de ellos presentaron estudio por EEG sin alteraciones.

**Conclusiones.** El rendimiento del EEG ante una primera crisis afebril aumenta cuando este se realiza de manera precoz ( $< 24$  horas del episodio). Ante un paciente con alta sospecha clínica es útil repetir el estudio con EEG en caso de normalidad durante el estudio inicial.

**EXPERIENCIA PILOTO CON EL USO DE LA APLICACIÓN "TELEGRAM" EN UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PEDIATRÍA.** *Álvarez Juan, Beatriz; Rodríguez Blanco, Silvia; Fuentes Martínez, Silvia; Tamargo Cuervo, Alejandra; De Castro Vecino, María del Pilar; Benavent Torres, Roger; Álvarez Fernández, Lucía; González Martínez, Soraya. Complejo Asistencial Universitario de León.*

**Introducción.** Las redes sociales son una de las formas de comunicación definitorias del mundo actual. Su empleo en la práctica médica puede resultar muy útil, teniendo siempre presentes las implicaciones éticas y legales que supone. Presentamos una experiencia piloto (previa a la pandemia), para resolver dudas médicas de un cupo de 950 niños de un área urbana, con el uso de la aplicación "Telegram".

**Experiencia y resultados.** Aprovechando el cambio de profesional asignado, se entrega en la primera consulta una hoja informativa explicando el uso de la aplicación. Fue utilizada por 88 familias, para un total de 256 consultas sobre la salud de 105 niños. Se solventaron 24 problemas de citaciones; 17 dieron el resultado de interconsultas, 11 comunicaron ingreso o valoración en Urgencias y 6 la evolución de un paciente visto recientemente. 5 pacientes comunicaron que llegaban tarde, 3 pidieron ser atendidos sin cita, 9 avisaron que no iban a acudir y 2 solicitaron un informe. Destacamos 18 mensajes de agradecimiento, 1 solicitud de difusión sobre una asociación de pacientes y 2 consultas de pacientes fuera del cupo. La pediatra informó en 2 ocasiones sobre la realización de una charla, dio resultados de 3 pruebas complementarias, preguntó en 61 ocasiones por la evolución de pacientes y se disculpó una vez por la espera sufrida por una paciente con patología de base.

**Comentario.** Nuestra experiencia con el uso de esta aplicación ha sido muy satisfactoria. Los padres expresa-

ron disminución de la ansiedad y aumento de confianza en el profesional. A la pediatra le produce satisfacción profesional, sintiendo que es una manera de estar más cerca de sus pacientes y resolver con tranquilidad muchas cuestiones que en ocasiones la vorágine de la consulta no permite. Se disminuyen las consultas presenciales, lo cual es muy útil en la situación epidemiológica actual.

**EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES CON ANTECEDENTE FAMILIAR DE MUERTE SÚBITA EN LA CONSULTA DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.** *González López, Clara; Pérez Pérez, Alicia; Alonso Losada, Daniel; Elola Pastor, Ana Isabel; Vicente Martínez, Celia; Martín Ramos, Silvia; Fernández Barrio, Bárbara Cavadonga; Ibáñez Fernández, Aleida.* Hospital Universitario Central de Asturias.

**Introducción.** Es necesario realizar una evaluación cardiológica cuando existen antecedentes de muerte súbita en familiares de primer grado. El objetivo de este trabajo es describir la evaluación y el manejo de los pacientes con antecedente familiar de muerte súbita en cardiología pediátrica de un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes atendidos por antecedente familiar de muerte súbita entre septiembre de 2019 y febrero de 2020. El análisis estadístico descriptivo se realizó mediante SPSS.

**Resultados.** Se incluyeron 66 pacientes, lo que supuso el 4,2% de las consultas realizadas por esta sección. El 56,1% de los pacientes eran mujeres, con edad media de 8,3 años  $\pm$  4,3 DE y edad media en la primera consulta de 5,3 años  $\pm$  3,6 DE. En cuanto a los casos de muerte súbita, el 62,7% eran hombres con 31,7  $\pm$  13,5 DE de edad media, siendo tíos de los niños el parentesco más frecuente. La principal sospecha diagnóstica a estudio y su frecuencia se recogen en la tabla I. Se diagnosticó un paciente de QT largo tipo 2 y se encontraron 10 pacientes portadores de variantes genéticas probablemente patogénicas (cinco para QT largo, uno para Brugada y cuatro para miocardiopatía hipertrófica) y un portador de una variante de significado incierto. Un paciente estaba pendiente de realización de prueba de provocación farmacológica para síndrome de Brugada en el momento del estudio. Se descartó patología en tres pacientes que no eran portadores de la variante genética patogénica familiar.

**Conclusiones.** El antecedente familiar de muerte súbita no es un motivo de consulta infrecuente en cardiología

TABLA I.

Patología	Nº de casos	Porcentaje (%)
QT largo	14	20,9
Sd. Brugada	11	16,4
Miocardiopatía hipertrófica	11	16,4
Miocardiopatía arritmogénica	8	11,9
HTP	4	6,0
Miocardiopatía dilatada	2	3,0
Aneurisma aorta	2	3,0
Miocardiopatía no compactada	1	1,5
Bloqueo AV completo	1	1,5
Wolf-Parkinson-White	1	1,5
Desconocida	11	16,4

pediátrica, precisando evaluación cardiológica y seguimiento. Sin embargo, se logran pocos diagnósticos concluyentes en el seguimiento durante la edad pediátrica.

**UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA.** *Álvarez Juan, Beatriz; Rodríguez Blanco, Silvia; Tamargo Cuervo, Alejandra; Robles Álvarez, Irene; Valdes Montejo, Irene; Benavent Torres, Roger; Álvarez Fernández, Lucía; González Martínez, Soraya.* Complejo Asistencial Universitario de León.

**Introducción.** La ecografía se ha consolidado como técnica imprescindible en casi todos los ámbitos médicos. Mediante la exposición de 3 casos de una consulta de Pediatría de Atención Primaria, pretendemos ilustrar su utilidad.

**Casos clínicos. Caso 1:** Niño de 10 años con tos productiva de 10 días y febrícula en los últimos 2. Dudosa hipoventilación en base pulmonar izquierda que corresponde ecográficamente con incipiente consolidación, por lo que se inicia azitromicina. Por aumento de fiebre acuden a Urgencias y se mantiene tratamiento tras confirmar radiográficamente la consolidación y realizar analítica con aumento de reactantes y leucocitosis sin neutrofilia. Su pediatra repite ecografía tras 24 horas, con aumento de la consolidación y mínimo derrame (Figura 1A), por lo que asocia amoxicilina con resolución. **Caso 2:** Niña de 11 años que apoya la mano derecha en una caída y es valorada en Urgencias Hospitalarias donde realizan radiografía informada como normal. Acude a su pediatra 3 días después por persistencia de dolor radial distal y moderada impotencia funcional.

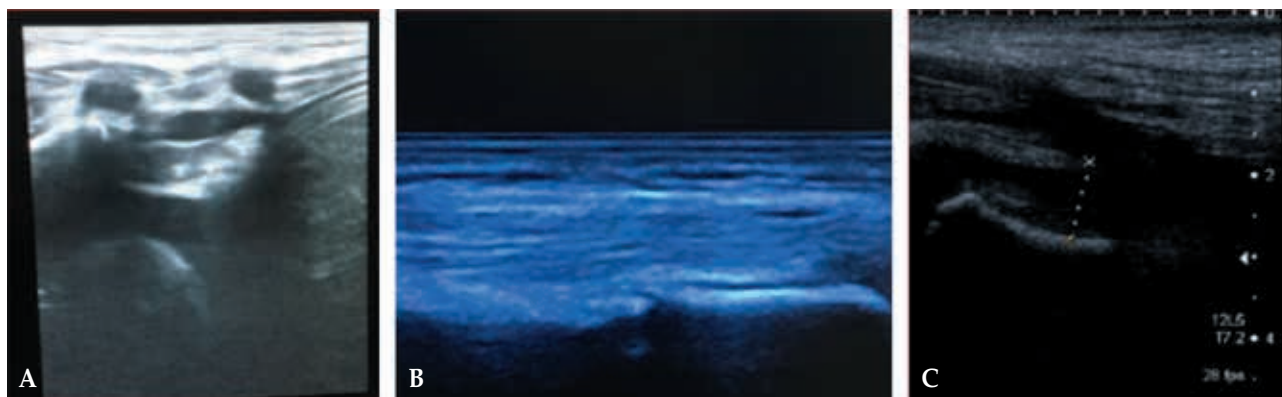


Figura 1.

Se realiza ecografía músculo-esquelética en la consulta, observando ruptura de la cortical del radio (Figura 1B). Ante la sospecha de fractura se deriva a Urgencias donde es confirmada radiológicamente, colocando férula. **Caso 3:** Niña de 5 años con cojera no traumática y afebril de 3 días; limitación a la rotación externa de la cadera derecha y derrame de 0,5 cm objetivado ecográficamente (Figura 1C); se pauta reposo relativo y antiinflamatorios con sospecha de sinovitis transitoria. Evolución algo tórpida, con resolución tras 4 semanas, en las que se realizó seguimiento clínico y ecográfico.

**Conclusiones.** La ecografía clínica se enmarca perfectamente en el objetivo de la Atención Primaria al aumentar el rendimiento diagnóstico, orientar la actitud terapéutica e incluso minimizar las derivaciones. Consideramos que la formación continua a este respecto sería una medida coste-efectiva, útil y bien recibida por profesionales y pacientes.

#### Viernes 20 de noviembre – Sesión 1

*Moderadora: Marianela Marcos Temprano*

**EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LAS CONSULTAS TELEFÓNICAS REALIZADAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE EL PERÍODO DE CONFINAMIENTO DOMICILIARIO EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19.** *Quesada Colloto, Paula; Díaz García, Paula; Navarro Campo, Sandra; Jiménez Treviño, Santiago; Gutiérrez Martínez, José Ramón; Díaz Martín, Juan José. Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Objetivo.** Analizar el nivel de satisfacción de las familias de pacientes pediátricos a los que se les realizó una consulta

telefónica durante el período de confinamiento domiciliario por pandemia Covid-19.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, observacional, transversal. Se obtuvo el consentimiento del Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias (referencia 2020.204). Se incluyeron niños entre 0 y 18 años seguidos en consultas externas de Digestivo, Nutrición y Neumología pediátricas de un hospital de tercer nivel que tenían una cita programada entre el 16 de Marzo y el 11 de Mayo de 2020. Se realizaron encuestas por vía telefónica, previo consentimiento verbal por parte del tutor que había realizado la consulta telefónica. Se recogieron datos sociodemográficos del paciente y del adulto contactado. Se realizó una encuesta de respuestas cerradas, siendo 1 la mínima puntuación y 10 la máxima, en relación con la satisfacción percibida en diferentes aspectos de la consulta telefónica.

**Resultados.** Se realizaron un total de 318 encuestas (61,5% de las consultas programadas). La media de edad de los pacientes fue de 8 años (57,5% varones). En el 86% de los casos la encuestada fue la madre. La calificación media otorgada al preguntar sobre cómo de adecuado consideraban este modo de consulta durante de crisis por Covid-19 fue de 9,49 puntos (IC95% 9,37-9,62). Al comparar la consulta telefónica con la presencial, el 43% consideró que la consulta telefónica era peor, el 48% igual y el 9% mejor. La calificación media en cuanto al trato recibido por parte del profesional fue de 9,82 puntos (IC95% 9,75-9,87) y la satisfacción global de las consultas fue de 9,60 puntos (IC95% 9,49-9,69).

**Conclusiones.** Las consultas telefónicas han resultado una solución útil y satisfactoria para la atención de pacientes ambulatorios durante la pandemia por SARS- COV-2. Estas consultas pueden suponer una nueva forma de trabajo que disminuya las visitas a consultas externas de pacientes seleccionados.

**ANÁLISIS ASISTENCIAL DURANTE LA PRIMERA OLA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.** *Reyes Sancho, Sara; Fernández Marqués, Margarita; Dragomirescu Dragomirescu, Ioana; Giordano Urretabizkaya, Mariela Noel; González Martínez, Claudia; Méndez Sierra, Ariana; Guerra Díez, José Lorenzo; Cabero Pérez, María Jesús. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.*

**Introducción.** La declaración de pandemia por SARS-CoV-2 y la limitación de movilidad, y la distancia física ha podido influir en la actividad desarrollada en las urgencias pediátricas. El objetivo fue analizar la actividad y presión asistencial durante la primera ola epidémica. Determinar si existen diferencias respecto a los motivos de asistencia.

**Metodología.** Seleccionado estudio transversal retrospectivo de la actividad durante el mes de abril de 2020 y su comparación respecto al 2019.

**Resultados.** Respecto al número total de episodios urgentes se produjo un descenso del 72,99%, con diferencias en el porcentaje de pacientes respecto a la edad, con predominio de los menores de cinco años (2019 < 5 años: 53,51%; 2020 < 5 años 47,92%). Los motivos más frecuentes fueron: fiebre, traumatismos, problemas digestivos, alergia/dermatológicos y cuadros respiratorios. En el caso de la fiebre, traumatismo y problemas digestivos presentaron porcentajes superiores en el año 2020, mientras que las alteraciones de vías aéreas superiores y los problemas dermatológicos presentaron un porcentaje menor. Destaca el incremento porcentual de las quemaduras e intoxicaciones. La tasa de ingreso hospitalario en 2020 se incrementó hasta un 7,25% respecto al 4,40% de 2019.

**Conclusiones.** Se ha producido una disminución marcada de la presión asistencial durante la primera ola de pandemia. Es destacable la disminución del porcentaje de niños menores de 5 años respecto al 2019. No existen diferencias marcadas en cuanto a la patología demandada.

**MOTIVOS DE CONSULTA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA EN REBROTE COVID-19.** *Baruque Rodríguez, Sara; Fernández Álvarez, Ramón; Alvargonzález Fernández, Julia; Rodríguez Lorenzo, Patricia; García Iglesias, Alba; Pérez Alba, Marta; Fernández Rodríguez, Helena; Rodríguez Fernández, Sandra. Hospital Universitario de Cabueñes.*

**Introducción.** En la primera ola COVID se detectó un descenso del número de pacientes atendidos en Urgencias y un retraso en su asistencia, lo que conllevó atender a pacientes con patologías más evolucionadas. Ante el rebrote de la

pandemia de COVID-19, queremos conocer las características de los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias de Pediatría de un hospital de segundo nivel.

**Objetivos:**

- Describir los motivos de consulta.
- Determinar las características epidemiológicas de los pacientes.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes menores de 14 años que acuden a un Servicio de Urgencias de Pediatría de un hospital de segundo nivel en Octubre de 2020.

**Resultados.** Durante el período de estudio acudieron 547 pacientes, con una mediana de edad de 4 años (RIC  $\pm$  7), la mayor parte de ellos menores de 2 años. El 58,7 % (321) fueron varones. Durante el turno de tarde-noche consultaron 2/3 de los pacientes (70,8 %, 387). El 67,5% (369) fueron clasificados en triaje como nivel IV de prioridad, presentando un triángulo de evaluación pediátrica (TEP) estable el 80,8% (442) del total. El motivo de consulta más frecuente fue la sintomatología respiratoria sin fiebre (34,7 %, 190). Tan solo ¼ de los pacientes acudieron por fiebre asociada o no a otra sintomatología (23,9%, 131). Se realizó PCR para SARS-CoV-2 en la mitad de pacientes (49,2 %, 269). Las PCR positivas supusieron el 2,6 % (7). De ellas, 5 se correspondían con pacientes con síntomas respiratorios sin fiebre. Ingresaron un 5,9 % (32) del total.

**Conclusiones:**

- Un tercio de los pacientes acuden por sintomatología respiratoria sin fiebre.
- La mayoría de visitas a Urgencias fueron de menores de 2 años.
- Se realizó PCR a la mitad de los pacientes. Solo 7 fueron positivas.
- Se deberían replantear las indicaciones de realización de PCR.

**FIEBRE, ABDOMEN, CORAZÓN... ¿SE TRATA DE COVID?** *Santos Lorente, Carolina; Pérez González, Daniel; López de Viñaspre Vera-Fajardo, María; Viadero Ubierna, María Teresa; Garde Basas, Jesús; Fernández Suárez, Natalia; Álvarez Álvarez, Cristina; Jiménez Montero, Beatriz. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.*

**Introducción.** Las experiencias clínicas nos obligan a describir cuadros previamente desconocidos, aún con mayor empeño cuando se trata de situaciones de gravedad o de gran trascendencia social. En el contexto de la pandemia por COVID-19 se demuestra una vez más la importancia de la



TABLA I. RESUMEN DE TRATAMIENTOS DURANTE EL INGRESO

Tratamiento	Duración
OAF	3 días
Vancomicina + Levofloxacino	7 días
Noradrenalina	24 horas
Milrinona	4 días
Furosemida	10 días
Hidroxyclorequina vo	6 días
Metilprednisolona iv	23 días [continuación al alta]
Gammaglobulina iv	2 dosis
Enoxaparina	8 días

colaboración multidisciplinar y multicéntrica como modo de aprendizaje global.

**Caso clínico.** Niño de 8 años sin antecedentes de interés, acude a urgencias por fiebre de 4 días de evolución, dolor abdominal, vómitos y diarrea. Presenta un TEP alto (shock descompensado) destacando a la exploración un abdomen agudo no justificado mediante pruebas de imagen. Tratamiento de soporte con actitud expectante inicial, en pocas horas empeoramiento clínico con hipotensión, taquicardia, aumento de RFA y de marcadores de daño miocárdico y ecocardiograma compatible con miocarditis. Padre refiere cuadro de anosmia 2-3 semanas antes. En el contexto de pandemia por COVID-19 se plantea diagnóstico de síndrome hiperinflamatorio multisistémico vinculado a SARS-Cov-2 (SIM-PedS). Pruebas microbiológicas en muestras respiratorias, sangre, heces y orina negativas, salvo IgG SARS-Cov2. A nivel inmunológico elevación de IL6. Recibe tratamiento de soporte con drogas vasoactivas (noradrenalina, milrinona), diuréticos (furosemida), antibioterapia de amplio espectro, gammaglobulinas, metilprednisolona, enoxaparina e hidroxyclorequina. Se desestima tocilizumab ante buena evolución con el tratamiento inicial descrito (Tabla I). Muy buena evolución global con normalización ecocardiográfica a los 7 días y RM cardiaca normal a las 2 semanas. Alta sin precisar tratamiento cardiológico, continuando seguimiento en consulta de Cardiología Infantil, sin incidencias. Realizado estudio de SARS-Cov-2 a los convivientes con IgG positiva en el padre y el hermano, que había estado asintomático.

**Conclusiones.** El SIM-PedS es un síndrome emergente grave, caracterizado por hiperinflamación y disfunción orgánica. La rápida notificación a nivel mundial de los casos que fueron apareciendo fue clave para su rápida sospecha y manejo. Nuestro paciente evolucionó favorablemente, como la mayoría de los casos descritos.

**ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS ANTES Y DESPUÉS DEL CORONAVIRUS.** Pérez Alba, Marta; Fernández Rodríguez, Helena Álvarez Álvarez, Andrea; Rodríguez Fernández, Sandra; García Iglesias, Alba; Rodríguez Lorenzo, Patricia; Baruque Rodríguez, Sara; Fernández Álvarez, Ramón. Hospital Universitario de Cabueñes.

**Introducción.** La llegada del coronavirus supuso un descenso en el número total de urgencias atendidas en los servicios de urgencias de pediatría durante los meses del confinamiento.

**Objetivos.** Comparar respecto al año 2019:

- El número total de urgencias atendidas en un servicio de urgencias de pediatría.
- Las diferencias en la gravedad/prioridad en el triaje.
- El número de ingresos derivados de esta asistencia.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo mediante el análisis de las variables cualitativas extraídas a partir de los datos registrados en el cuadro de mandos del Hospital. Se comparan proporciones mediante la chi-cuadrado.

**Resultados.** En el período de marzo a mayo del 2019 se atendieron un total de 4.995 urgencias, mientras que en el mismo período del año 2020 fueron tan solo 1.352 (Figura 1). El número de urgencias totales ha disminuido un 73%. Cabría esperar que, dado el estado de alarma, la mayoría de los pacientes atendidos fuesen graves (triados como rojos y naranjas a su llegada). Sin embargo, el porcentaje de pacientes graves se mantiene constante, respecto al año anterior, entorno al 4% (Figura 2). Tampoco ha habido diferencias estadísticamente significativas en el número de ingresos respecto al año previo. Los pacientes graves tienen un 90% de posibilidades de acabar hospitalizados y/o ser trasladados a un centro de referencia.

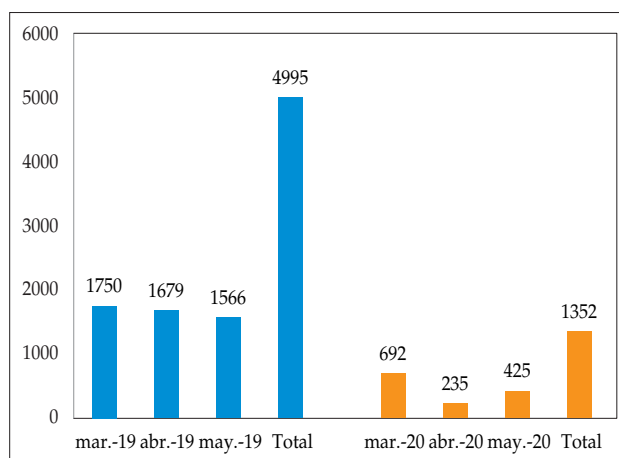


Figura 1. Número de pacientes atendidos.

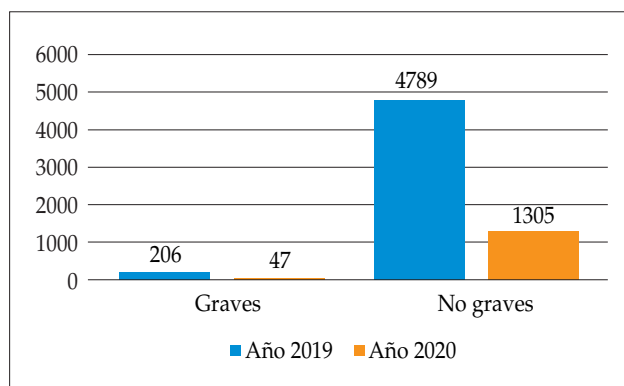


Figura 2. Pacientes graves/año.

**Conclusiones.** Ha disminuido el número total de urgencias en pediatría. Se mantiene constante la proporción de pacientes graves, así como el número de ingresos.

**UNA MENINGOENCEFALOMIELITIS DE RECIENTE DESCUBRIMIENTO.** López Salas, Eva; Obregón Asenjo, Miguel; Cuervas-Mons Tejedor, Maite; Morante Martínez, Diego; Iglesias Rodríguez, Mario; Urquiza Físico, José Luis; Valencia Ramos, Juan; Conejo Moreno, David. Hospital Universitario de Burgos.

**Introducción.** La astrocitopatía GFAP (glial fibrillary acidic protein) autoinmune es una patología autoinmune del sistema nervioso central definida por primera vez en 2016. Cursa como una meningoencefalomielitis aguda o subaguda con presencia de autoanticuerpos IgG contra la proteína GFAP que habitualmente responde a corticoides. El diagnóstico, junto con la autoinmunidad, se apoya en la citoquímica inflamatoria del líquido cefalorraquídeo (LCR) y en la resonancia magnética (RM) cerebral-medular, con un patrón característico de realce lineal radial periventricular con gadolinio.

**Caso clínico.** Paciente mujer de 13 años ingresada en hospital de origen por cuadro de una semana de evolución consistente en cefalea, fiebre, vómitos y parestesias-paresia de predominio en hemicara y extremidad superior derechas. Durante el ingreso se agrava su estado general y se realizan: pruebas de imagen cerebral, normales; citoquímica del LCR, con datos inflamatorios; y electroencefalograma (EEG), sugestivo de encefalopatía aguda difusa. Se inicia antibioterapia y aciclovir intravenosos y se traslada a la unidad de cuidados intensivos pediátrica donde, ante la persistencia de la clínica, se realizan: despistaje infeccioso vírico y bac-

teriano, incluyendo micobacterias, con resultado negativo; punción lumbar en dos ocasiones, con datos inflamatorios y presión elevada; EEG de forma seriada, persistiendo enlentecimiento sin actividad epileptiforme, con mejoría progresiva; estudio oftalmológico, objetivándose papiledema bilateral; y RM cerebral-medular con contraste, con hipercaptación meníngea en cordón medular, bulbo y mesencéfalo. Tras el alta por mejoría clínica, el estudio de autoinmunidad revela presencia de anticuerpos IgG-GFAP en LCR, sugestiva de astrocitopatía GFAP autoinmune.

**Conclusiones.** La astrocitopatía GFAP autoinmune es una entidad de reciente descubrimiento poco común en edad pediátrica que requiere estudios adicionales sobre su etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento. En fase aguda responde a corticosteroides a dosis altas, no administrados en este caso al tratarse de un diagnóstico posterior. Los cursos recurrentes requieren un tratamiento más prolongado con corticoides orales e inmunosupresores.

**CARACTERÍSTICAS DE LOS INGRESOS POR INFECCIÓN DE ORINA DURANTE 25 AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.** Soltero Carracedo, José Fernando; Macías Panedas, Alba; González García, Carla; Doval Alcalde, Iraia; Barrio Alonso, María Paz; Cabanillas Boto, María; Rojo Fernández, Isabel; De la Torre Santos, Sara Isabel. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

**Objetivo.** Analizar las características de todos los ingresos por infección de orina en nuestro hospital entre 1993-2017.

**Material y métodos.** A través del Conjunto Mínimo Básico de Datos, se accedió a la información referente a todos los ingresos por infección de orina, en nuestro centro, entre los años 1993-2017. Se estudiaron las siguientes variables: diagnóstico principal, tipo de germen, sexo, ámbito, tipo de ingreso, tipo de alta, edad, estancia en días, y se compararon las variables hidronefrosis respecto al sexo, y hematuria respecto al sexo. Se realizó un análisis de estadística descriptiva y mediante el modelo de regresión log-lineal de Joinpoint se evaluó la tendencia a lo largo de este tiempo.

**Resultados.** La población de estudio incluye un total de 834 pacientes hospitalizados por infección de orina. El diagnóstico principal fue infección urinaria (ITU) en el 73,3% de los casos. El germen más frecuente fue *E. coli* (46,2%). El 59,2% de los casos eran mujeres. La mayoría de los pacientes (73,6%) precedía de ámbito urbano. El 98,6% de los casos tuvo un ingreso urgente y un 98,4% fue dado de alta a su domicilio. La media de edad fue de 2,38 años,

con una mediana de estancia de 4 días. El 80% de los casos de hidronefrosis corresponden a varones, y la hematuria también fue más frecuente en varones (71,4%). El análisis de regresión muestra una tendencia ligeramente ascendente desde el año 1993 al 2017, sin ser estadísticamente significativa.

**Conclusión.** La ITU está producida en la mayoría de los casos por *E. coli*, en nuestro centro; siendo más frecuente en niños menores de 3 años y en mujeres. En nuestra muestra existe una mayor frecuencia de hidronefrosis y hematuria en varones. Se ha observado un ligero ascenso no significativo de ingresos por ITU en nuestro hospital en los últimos años.

**REPERCUSIÓN DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA ACTIVIDAD PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA.** Macías Panedas, Alba<sup>1</sup>; Andrés Alberola, Irene<sup>2</sup>; Soltero Carracedo, José Fernando<sup>1</sup>; Doval Alcalde, Iraia<sup>1</sup>; González García, Carla<sup>1</sup>; Moro Tapia, Elena<sup>2</sup>; Colinas Herrero, José Francisco<sup>2</sup>; Alberola López, Susana<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Centro Asistencial Universitario de Palencia. <sup>2</sup>Centro de Salud Los Jardinillos.

**Objetivo.** La pandemia por COVID-19 ha supuesto un desafío para el sistema sanitario y un cambio drástico en el día a día de los Centros de Salud. Nuestro objetivo ha sido conocer la repercusión de la pandemia por Covid 19 en la actividad pediátrica en Atención Primaria.

**Pacientes y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de la actividad de pediatría en un Centro de Salud urbano durante los meses de enero a septiembre de 2019 y 2020. Se realiza aleatorización estratificada para elegir semana y día. La información recogida se extrae del programa Medora. Se recogen las variables: fecha de consulta, fecha de nacimiento, sexo, patología crónica, tipo y motivo de consulta, hospitalización reciente y patología por Covid 19. Se realiza un análisis de estadística descriptiva, tablas de contingencia con chi-cuadrado, *t* de Student y regresión logística binaria.

**Resultados.** La muestra está constituida por 1.172 consultas, 593 en 2019 y 579 en 2020. No existen diferencias significativas entre ambos años en el número global de consultas, distribución por sexos, edad ( $5 \pm 4,5$  años), pacientes con patología crónica y hospitalización reciente. Existen diferencias significativas en el tipo de consulta ( $p < 0,001$ ) con disminución de la consulta a demanda/urgencia, aumento de la consulta telefónica/no presencial (OR= 6,7) siendo la actividad programada similar en ambos años. Respecto al motivo de consulta ( $p < 0,001$ ) destaca una disminución en la patología respiratoria (14% vs 9%) y un aumento en las

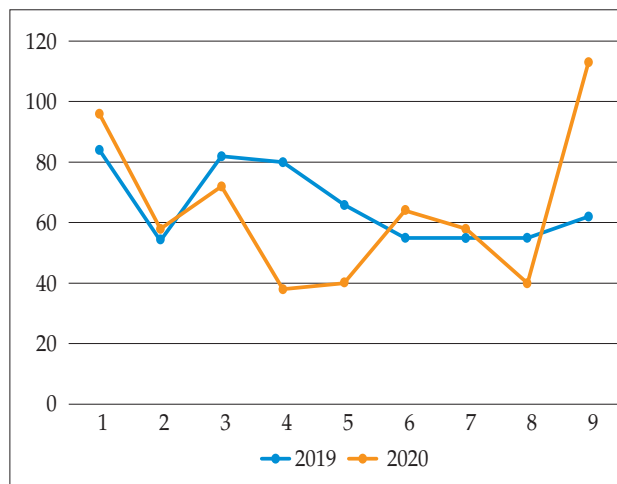


Figura 1.

consultas administrativas (12% vs 29%). La distribución por meses muestra diferencias significativas ( $p < 0,001$ ) con un descenso en 2020 en abril, mayo y agosto y un ascenso en septiembre (Figura 1).

**Conclusión.** Globalmente, la atención sanitaria pediátrica se ha mantenido durante la pandemia con una potenciación de la telemedicina. Se aprecia un descenso durante los meses duros del confinamiento.

## Viernes 20 de noviembre – Sesión 2

*Moderador: Jesús María Andrés de Llano*

**HIPOCRECIMIENTO EN PACIENTE CON DEFICIENCIA FEMORAL FOCAL PROXIMAL.** González Uribelarrea, Sara; Alonso Ferrero, Jair; Sánchez Sierra, María Nazaret; Torres Ballester, Irune; Fraile García, Laura; Bahillo Curieses, Pilar. Unidad de Endocrinología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción.** La deficiencia femoral focal proximal (DFFP) es una anomalía congénita rara. Se ha relacionado con diabetes mellitus, hipoxia, irradiación, infecciones virales, toxicidad química o traumatismo entre las 4 y 8 semanas de gestación. Suele ser unilateral (85-90%). Existen distintos grados de afectación (Clasificación de Aitken). La radiografía es fundamental para su identificación y descripción, así como para evaluar otros defectos asociados.

**Caso clínico.** Varón de 12 años remitido a la consulta para valoración de crecimiento. Antecedentes familiares:

Talla diana 171,6 cm. Madre tratada con rGH desde los 13 a los 15 años por déficit parcial de GH. Antecedentes personales: Embarazo controlado, apendicectomía en el primer trimestre. Cesárea a término por presentación podálica. Somatometría normal al nacimiento. Dismetría de extremidades inferiores (EEII) realizándose ecografía cerebral y abdominal normales, y serie ósea con fémur izquierdo corto. Se diagnostica de DFFP tipo B de Aitken. Recibe tratamiento ortopédico y es intervenido a los 5 años por dismetría de 20 cm entre EEII. Exploración física: talla 133cm (-2,9 DS), resto antropometría normal, Tanner 1, dismetría de EEII, no dismorfias. Exploraciones complementarias: Edad ósea 11 años 4 meses, analítica sanguínea completa con IGF-1 139 ng/ml (-2,4 DS), IGBP3, prolactina y hormonas tiroideas normales, hormonas sexuales prepuberales, estímulo GH con clonidina con respuesta normal de GH, serología celíaca negativa, resonancia hipofisaria normal. Ante pronóstico de talla desfavorable con disminución marcada de la velocidad de crecimiento, se solicitó tratamiento con GH fuera de indicación, iniciándose a los 15 años y 7 meses con buena respuesta al mismo.

**Conclusiones.** Son pocos los casos recogidos en la literatura de DFFP y la mayoría se diagnostican prenatalmente. Es importante el tratamiento ortopédico y/o quirúrgico para favorecer un crecimiento normal. Nuestro paciente a pesar del tratamiento recibido presentó un hipocrecimiento que evolucionó favorablemente con GH. No existen casos descritos hasta la fecha que asocien DFFP e hipocrecimiento.

**TENDENCIA DE INGRESOS PEDIÁTRICOS URGENTES EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN 25 AÑOS.** Soltero Carracedo, José Fernando; Macías Panedas, Alba; González García, Carla; Doval Alcalde, Iraia; Andrés Alberola, Irene; Sanz González, Alvaro; García Lorenzo, Raquel. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

**Introducción.** La distribución de las urgencias hospitalarias que requieren ingresos con carácter de urgencia es motivo de interés en todos los sistemas sanitarios. Conocer su tendencia y distribución temporal permite planificar mejor la asistencia.

**Objetivo.** Conocer la tendencia, análisis temporal y características de los ingresos pediátricos urgentes en un Hospital de Segundo Nivel entre 1993-2017.

**Población y métodos.** Se analizan las altas en un Hospital General de Área (Grupo 2) de pacientes mayores de 7 días y menores de 15 años en las que su ingreso se realizó con carácter urgente. Se recoge la información a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del registro de altas hospitalarias.

**Resultados.** Sobre un total de 41.0218 altas totales, 45.710 fueron en menores de 15 años (32.109 ingresaron con carácter urgente). En el análisis de regresión de tendencias se observan puntos de cambio de tendencia en los años 2001, 2011 y 2014 ( $p < 0,05$ ) con valores inferiores en el año 2017. Se observa un ritmo circanual ( $p < 0,0001$ ) con acrofase el 2 de febrero (Figura 1). El 72% de los casos son de procedencia urbana. El 57% son varones y el destino del alta fue a su domicilio en el 97,5%. El

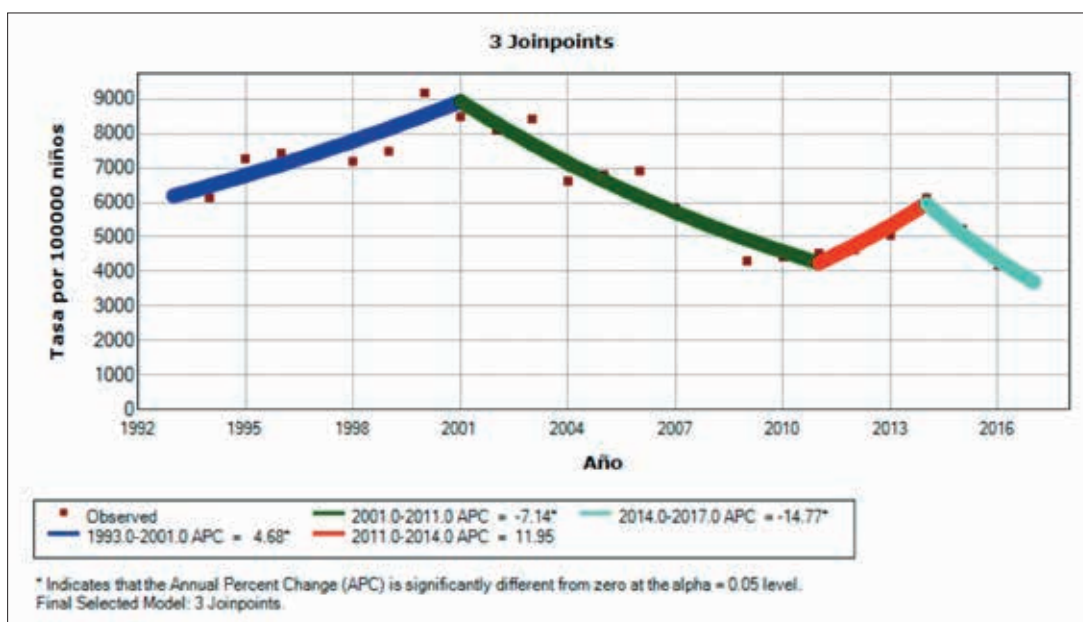


Figura 1.



Servicio de Pediatría atendió al 82% de los casos, Cirugía al 8%, Traumatología el 4,7% y ORL el 1,5%. La edad mediana fueron 2 años y la estancia en días de 2 días. Las categorías diagnósticas más frecuentes fueron enfermedades del aparato digestivo (30,7%), respiratorio (16,1%) y ORL (15,7%).

**Conclusiones.** Existe cambios en la tendencia de hospitalización en pacientes pediátricos que precisaron ingreso hospitalario urgente con valores inferiores al final del período de estudio. Existe ritmo circanual con valores máximos el 2 de febrero. Las enfermedades del aparato digestivo suponen un tercio de las altas.

**DIFICULTADES EN LA LACTANCIA MATERNA EN MATERNIDAD EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS TARDÍOS Y A TÉRMINO PRECOCES.** *Zarandona Leguina, Saioa; De Frutos Martínez, María Cristina; Calleja Ibáñez, María; Sedano Silvestre, Silvia; López Salas, Eva; Fernández Pernía, Beatriz; Obregón Asenjo, Miguel; García Miralles, Laura Carlota. Hospital Universitario de Burgos.*

**Introducción.** Muchos recién nacidos (RN) sin complicaciones, con edad gestacional (EG) superior a 35 semanas, permanecen tras el parto en Maternidad junto a sus padres. Sin embargo, los RN prematuros son más susceptibles de enfermedades de transición y dificultades para la lactancia materna (LM).

**Objetivo.** Analizar si en la Maternidad de nuestro hospital existen diferencias en la tasa de LM exclusiva (LME) según la EG, e identificar otros factores que puedan influir en el establecimiento de la misma.

**Pacientes y métodos.** Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron todos los RN ingresados en la Maternidad durante 6 meses (julio-diciembre 2019). Se recogieron datos perinatales (EG, peso al nacer y al alta, sexo, tipo de parto, inicio de LM en la primera hora de vida, tipo de LM durante el ingreso y días de ingreso), estratificados por EG: 35-36<sup>+6</sup>; 37-37<sup>+6</sup>; 38-38<sup>+6</sup>; 39-39<sup>+6</sup>; 40-40<sup>+6</sup>;  $\geq 41$ . Se consideró LME la alimentación con leche propia (al pecho o extraída) durante todo el ingreso.

**Resultados.** Se incluyeron 756 RN (26: 35-36<sup>+6</sup>; 46: 37-37<sup>+6</sup>; 128: 38-38<sup>+6</sup>; 207: 39-39<sup>+6</sup>; 238: 40-40<sup>+6</sup>; 111:  $\geq 41$ ). No hubo diferencias en paridad materna, sexo y porcentaje de pérdida ponderal. Los RN pretérmino (35-36<sup>+6</sup>) y a término precoces (37-37<sup>+6</sup> y 38-38<sup>+6</sup>) mostraron tasas de LME (42,3%, 45,6% y 62,5% respectivamente) significativamente menores que el resto de grupos de EG (75,4%, 71,9%, 65,8% respectivamente);  $p < 0.05$ . La tasa de cesáreas fue superior en los grupos pretérmino, 37-37<sup>+6</sup>s y  $\geq 41$ s ( $p < 0.05$ ), con retraso en el inicio de la LM e ingreso más prolongado relacionado.

**Conclusiones.** Los RN prematuros tardíos y a término precoces presentan más dificultades para LME en Maternidad, asociada a su inmadurez y mayor tasa de cesáreas. Es importante corregir el retraso en el inicio de la LM asociado a cesárea y prestar especial apoyo a la LM en estos grupos de EG.

**COMPLEJO ESCLEROSIS TUBEROSA. REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.** *Oreña Ansorena, Virginia<sup>1</sup>; García Fernández, Sonia<sup>2</sup>; Blanco Lago, Raquel<sup>2</sup>; Hedrera Fernández, Antonio<sup>2</sup>; Málaga, Ignacio<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Objetivo.** Realizar una revisión de los pacientes diagnosticados de esclerosis tuberosa (ET) en los últimos 10 años en la consulta de Neuropediatría en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas digitalizadas de los pacientes pediátricos (0-14 años) diagnosticados de ET en la consulta de Neuropediatría en los últimos 10 años. Se recogieron datos epidemiológicos, hallazgos en neuroimagen, comorbilidades asociadas, afectación renal, tratamiento y complicaciones.

**Resultados.** Se diagnosticaron 6 pacientes de ET en los últimos 10 años. La edad media al diagnóstico fue de 22 meses. La mitad de los pacientes fueron mujeres. 4 de cada 6 presentaban epilepsia de los cuales 2 tenían antecedente de síndrome de West y los otros 2 presentaban una epilepsia focal sintomática. El 50% presentaron una epilepsia farmacorresistente. El 50% estaban a tratamiento con everolimus y en 2 de los 6 se objetivaron tumores de células gigantes subependimarios (SEGA) en la resonancia cerebral (RMc). El 50% presentaban trastorno de conducta. 3 de los 6 casos presentaban alteraciones en la RMc. El 60% presentaban angiomiolipomas renales.

**Conclusiones.** La ET es una enfermedad habitualmente asociada a epilepsia farmacorresistente y trastornos de conducta. Un alto porcentaje de los casos pueden desarrollar SEGA objetivándose disminución de los mismos con el tratamiento con everolimus el cual también se utiliza en ocasiones para el tratamiento coadyuvante de la epilepsia.

**SÍNDROME NEFRÍTICO PEDIÁTRICO: REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS.** *Cenzano Ruiz, Sheila; Gutiérrez Zamorano, María; Romero Espinoza, Daniela; Saéz García, Laura; Pino Vázquez, Asunción; González García, Hermenegildo; Urbaneja Rodríguez, Elena; Garrote Molpeceres, Rebeca. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** El síndrome nefrítico (SN) se caracteriza por hematuria, HTA e insuficiencia renal de diverso grado. Su principal causa en niños es la glomerulonefritis posinfecciosa aguda (GNAPI), frecuentemente por *S. pyogenes*.

**Objetivos.** Analizar la etiología, tratamiento y evolución de los pacientes diagnosticados de SN.

**Material/métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de las características clínico-epidemiológicas, terapéuticas y evolutivas de los niños ingresados por SN en un centro terciario entre 2016-2019.

**Resultados.** Se registraron 6 pacientes con SN [83% (5) niños, 17% (1) niñas]. Mediana etaria: 4 años (2-7). *Síntoma cardinal:* hematuria 83% (5). EF: 100% presentaban buen estado general, 83% (5) cumplían criterios de HTA según la *Task-Force*, 67% (4) tenían edemas. Ninguno presentaba anemia [Hb 11,4 g/dl (10,9-12,4)]. Un 33% (2) cumplía criterios RIFLE de DRA con cifras de urea de 49,5 mg/dl (45,2-92,7), creatinina 0,55 mg/dl (0,5-0,8)]. El sistemático/sedimento urinario mostró hematuria con hematíes dismórficos en todos. Un 50% (3) presentó acidosis metabólica al ingreso, eran pacientes con fiebre alta, con hemocultivo negativo. El frotis faríngeo fue positivo para *Entero-rinovirus* en el 50% (3). En todos se descartó ITU (urocultivo negativo). *Estudio inmunológico:* C3 disminuido de forma aislada y transitoria en el 83% (5), estudio de autoanticuerpos negativo en todos. Ecográficamente se objetivó hiperecogenicidad difusa en un 33% (2). Con diagnóstico de SN secundario a GNAPI los pacientes fueron tratados inicialmente de forma conservadora, precisando terapia antihipertensiva 83% (5), antibioterapia 67% (4). Un 33% (2) presentaron insuficiencia renal aguda con oliguria, edemas e HTA de difícil manejo, precisando ingreso en UCIP durante 4 días (3-5), un 17% (1) hemodialfiltración 6 horas. Evolución posterior favorable.

**Conclusiones.** El amplio uso de antibioterapia en niños ha hecho que actualmente se objetive un aumento de casos de GNAPI secundarios a patógenos distintos del *S. pyogenes*, principalmente virus, como *Entero-rinovirus* y *virus de la gripe*. Por tanto, resulta fundamental tener en cuenta otras etiologías en el diagnóstico de esta patología.

**CARACTERÍSTICAS DE LOS TRASLADOS NEONATALES.** Pérez Alba, Marta; Fernández Rodríguez, Helena; Rodríguez Fernández, Sandra; Álvarez Álvarez, Andrea; García Iglesias, Alba; Rodríguez Lorenzo, Patricia; Alvar González Fernández, Julia; Costa Romero, Marta. Hospital Universitario de Cabueñes.

**Introducción.** El transporte neonatal se lleva a cabo de diferentes maneras en función de la región en la que nos

encontremos. Se revisan los traslados acontecidos en los dos últimos años desde una UCIN III-A a una UCIN III-B del hospital de referencia.

**Objetivos.** Conocer las características clínicas-epidemiológicas de los pacientes trasladados.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y analítico de las variables extraídas a partir de la revisión de las historias clínicas de los pacientes trasladados desde enero de 2018 hasta septiembre de 2020.

**Resultados.** Se trasladaron 46 pacientes. La edad gestacional media fue  $36,1 \pm 5$  DS (un tercio menores de 32 semanas). No hubo diferencias en cuanto al sexo, pero sí respecto a la edad en el momento del traslado (22 días en los prematuros frente a las primeras horas de vida en los nacidos a término ( $p < 0,0001$ )). En cuanto al motivo de traslado más frecuente: en los prematuros fue la valoración quirúrgica por sospecha de enterocolitis necrotizante, y en los nacidos a término, la valoración de tratamiento con hipotermia activa por riesgo de encefalopatía hipóxico-isquémica. El 40% de los neonatos precisaron soporte respiratorio (23% VM invasiva y 16% CPAP) pero solo en el 15% se administró sedo-analgésia. El 80% de los pacientes estaban a dieta absoluta y portaban venoclisis. El 80% de los traslados fueron urgentes y el resto programados. El 95% de los traslados fueron realizados por un pediatra (15% neonatólogo). Retornaron un tercio de los pacientes; aquellos que no precisaron hipotermia activa o los derivados a centros extracomunitarios.

**Conclusiones.** Existen diferencias en función de la edad gestacional en cuanto a los motivos de traslados, siendo la valoración de iniciar hipotermia activa o la valoración quirúrgica los más frecuentes.

**CARACTERÍSTICAS DE LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA VALORADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.** Romano Medina, Alejandra; García Montero, María; Herrera Quirón, Lourdes; Castro Rey, Margarita; Izquierdo Herrero, Elsa; Carranza Ferrer, Jorge; Nieto Sánchez, Rosa María. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción.** Se considera urgencia psiquiátrica a toda alteración del pensamiento, sentimiento o de las acciones que requieren una intervención terapéutica inmediata. En los últimos años se han convertido en un motivo creciente de consulta.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes con alteraciones psiquiátricas valorados

en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid desde enero de 2017 a octubre de 2020. Recogida de datos mediante revisión de historias clínicas, análisis con Microsoft Excel®.

**Resultados.** Fueron valorados 189 pacientes (76 varones, 113 mujeres). La mediana de edad fue de 10,5 años [RIC 9-13]. Acudieron con los servicios de emergencias sanitarias 56 pacientes (29,6%). El 39,7% (75 casos) presentaba algún problema psiquiátrico, de los cuales 57 (76%) estaban tomando algún tratamiento de base. Se detectó un evento precipitante en 170 casos (89,9%), siendo la separación de los progenitores el más frecuente (19,6%), seguido de las discusiones a nivel familiar/escolar (14,3%) y de los problemas en pacientes institucionalizados (7,4%). Se realizaron pruebas complementarias en 39 casos (20,6%), el electrocardiograma la más frecuente en 23 de ellos. Precisarón tratamiento de urgencia tan solo 20 casos (10,6%). Fueron valoradas por el psiquiatra de guardia 91 situaciones (48,1%). El tiempo de estancia en urgencias fue inferior a 3 horas en el 64%. Preciando ingreso el 15,34% y siendo dados de alta a domicilio el 85,18%. De los diagnósticos codificados los más frecuentes fueron: crisis de ansiedad 103 casos (54,49%), alteración de la conducta 34 casos (17,9%) y trastornos de la conducta alimentaria (16,64%).

**Conclusiones.** Los síntomas psiquiátricos son cada vez más prevalentes en la población infantil desde etapas más tempranas, suponiendo hasta el 1% de la patología valorada en un servicio de urgencias. Por ello es importante conocerlos y proporcionar una asistencia adecuada desde los servicios de urgencias.

#### REVISIÓN DE LOS SÍNDROMES NEURO CUTÁNEOS EN PEDIATRÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

*Oreña Ansorena, Virginia<sup>1</sup>; García Fernández, Sonia<sup>2</sup>; Blanco Lago, Raquel<sup>2</sup>; Hedrera Fernández, Antonio<sup>2</sup>; Málaga, Ignacio<sup>2</sup>.* <sup>1</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias.

**Objetivo.** Realizar una revisión de los síndromes neurocutáneos actualmente en seguimiento en la consulta de Neuropediatría en un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas digitalizadas de los pacientes pediátricos (0-14 años) diagnosticados de síndromes neurocutáneos que actualmente continúan en seguimiento en la consulta de Neuropediatría. Se recogieron datos epidemiológicos, hallazgos en neuroimagen, patología asociada y complicaciones de los diferentes síndromes.

**Resultados.** Se recogieron 87 pacientes con síndromes neurocutáneos actualmente en seguimiento de los cuales 77 eran neurofibromatosis tipo 1 (NF1), 6 complejo esclerosis tuberosa (CET), 2 Sturge Weber (SW), 1 incontinencia pigmenti y 1 síndrome de Legius. El 48% eran mujeres, la edad media al diagnóstico fueron 3,5 años y la edad media de la muestra fue de 9,3 años. El 66% de los pacientes diagnosticados de CET presentaban discapacidad intelectual (DI) y el 50% trastorno de conducta (TC). El 8% de los casos de NF1 presentaban epilepsia, así como 4 de los 6 casos de CET y 1/4 de los Sturge Weber. Un 22% de nuestros pacientes presentaban algún trastorno de aprendizaje asociado, encontrándose el mayor porcentaje en la NF1. Un 40% presentaban alteraciones en la RM craneal, un 30% no se habían realizado y en otro 30% no se encontraron alteraciones.

**Conclusiones.** Los síndromes neurocutáneos son una patología relativamente frecuente en la consulta de Neuropediatría. La mayoría de estos pacientes presentan comorbilidades neurológicas asociadas lo cual requiere una evaluación exhaustiva así como un tratamiento multidisciplinar de los mismos.

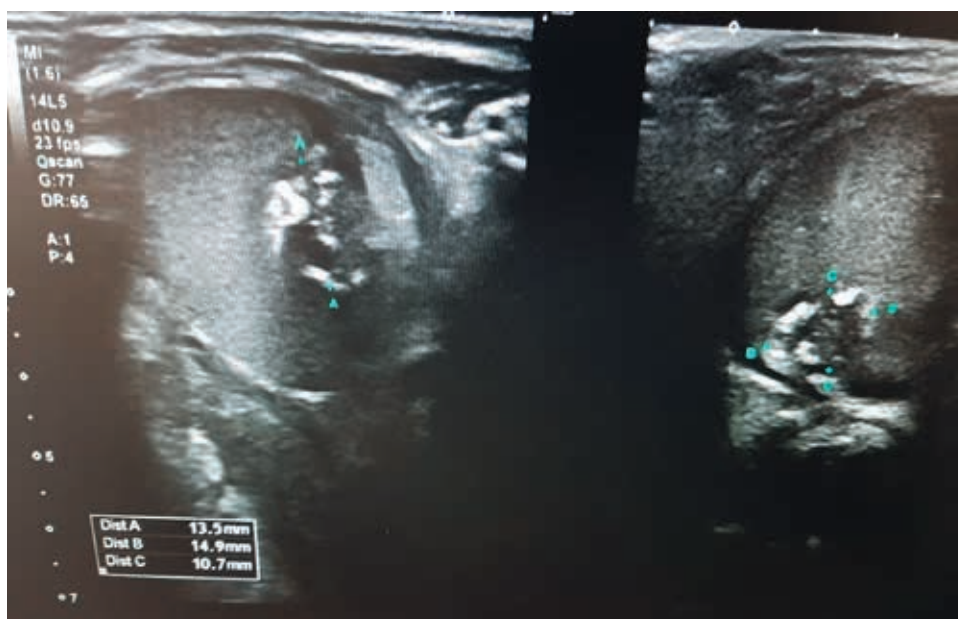
#### Comunicaciones sin exposición

**ABORDAJE DEL RECIÉN NACIDO CON MICROFTALMIA O ANOFTALMIA CONGÉNITA.** *García Miralles, Laura Carlota<sup>1</sup>; Bernués López, Elena María<sup>1</sup>; González García, Carla<sup>2</sup>; López Salas, Eva<sup>1</sup>; Gajate Paniagua, Nuria María<sup>1</sup>; Bustamante Hervás, Carmen<sup>1</sup>; Garrido Barbero, María<sup>1</sup>; Arnáez Solís, Juan<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Hospital Universitario de Burgos. <sup>2</sup>Hospital General Río Carrión.

**Objetivos.** Diseñar un algoritmo de manejo diagnóstico-terapéutico para pacientes con microftalmia o anoftalmia congénitas.

**Material y métodos.** Revisión de la bibliografía publicada acerca de la microftalmia y anoftalmia congénitas.

**Conclusiones.** La micro y anoftalmia son entidades poco frecuentes pero con grandes repercusiones clínicas para el paciente. Por su origen embriológico pueden asociarse con otras malformaciones orgánicas, principalmente a nivel del sistema nervioso central. Es importante evaluar de forma global al paciente, realizando una minuciosa exploración física y neurológica, una prueba de imagen cerebral y un estudio genético orientado. El abordaje inicial debe ser interdisciplinar e incluir una valoración oftalmológica. En función de los hallazgos encontrados, se puede completar el



**Figura 1.** Ecografía abdominal: se observa lesión hipocogénica y ovalada compatible con hemorragia suprarrenal.

estudio con otras pruebas como ecocardiografía o ecografía renal. Ambas entidades conllevan un fracaso del desarrollo orbital, con especial relevancia los primeros años de vida. Es por ello fundamental, valorar las características biométricas oculares (Longitud axial ocular y hendidura palpebral) que nos permiten en el caso de la microftalmia clasificarla en leve, moderada o grave. El nivel de gravedad va a determinar la precocidad de iniciar el tratamiento con espaciadores oculares que permiten un desarrollo progresivo de la cavidad orbitaria. Por otro lado, no podemos olvidarnos de la capacidad visual. La valoración de la integridad ocular con un fondo de ojo, la realización de potenciales visuales y la capacidad del recién nacido de orientarse ante estímulos visuales nos pueden aproximar a conocer si existe capacidad visual. Tanto si se objetiva capacidad visual como si hay duda, los espaciadores terapéuticos de estos pacientes deben ser transparentes, permitiendo que llegue el estímulo luminoso a la retina y que se pueda seguir desarrollando la función visual. Por tanto, el manejo terapéutico óptimo combina las características biométricas oculares con la capacidad visual del recién nacido para determinar la precocidad y el tipo de tratamiento.

**ANEMIA Y MASA ABDOMINAL EN UN NEONATO A TÉRMINO.** *Elola Pastor, Ana Isabel; Pérez Pérez, Alicia; González López, Clara; Vicente Martínez, Celia; Alonso Losada, Daniel; Lareu Vidal, Sonia; García López, Enrique. Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Caso clínico.** Neonato mujer de dos días de vida que presenta en la exploración rutinaria llamativa palidez cutánea. Como antecedentes neonatales: gestación a término, ecografías prenatales normales, parto eutócico, Apgar 7/9. Ante palidez cutánea se realiza una analítica (Hb 11,6 g/dl, Hcto 33,5%, PCR 1,2 mg/dl e IL6 75 pg/dl); una radiografía de tórax (normal) y una ecografía de abdomen en la que se observa lesión heterogénea de 35x26 mm, hipocogénica, sin registro Doppler, sospechosa de hemorragia suprarrenal (HS) (Figura 1). Tras dicho hallazgo, la paciente es dada de alta y citada en consultas de neonatología a los 12 días. En la ecografía de control se observa aumento de la lesión (51x36 mm) que ejerce efecto masa sobre el polo superior del riñón, sin descartar la posibilidad de neuroblastoma quístico. Se ingresa para estudio. Durante el ingreso se constata febrícula y orinas turbias. Se realiza una analítica con Hb de 9,7 mg/dl y PCR de 17,9 mg/dl. Se recoge un hemocultivo y una muestra de orina estéril, siendo esta positiva para *E. coli* multisensible. La paciente recibe tratamiento antibiótico con ampicilina y gentamicina 11 días con buena evolución. En los siguientes hemogramas se detecta una anemia progresiva (7,3 mg/dl). Dado que la anemia es bien tolerada y la ITU responde al ATB, se inicia tratamiento con eritropoyetina. En el diagnóstico diferencial: el estudio de catecolaminas en orina resulta normal y ecografías abdominales seriadas confirman una HS. La paciente recibe tratamiento semanal con EPO con normalización progresiva de la Hb y reducción de la HS.

**Comentario.** La HS es una entidad poco frecuente que ocurre generalmente en RN con peso adecuado y a término.



La presencia de ictericia neonatal es el dato clínico más llamativo y la palpación de masa abdominal es poco frecuente. La ITU como manifestación de HS se ha descrito en varios casos en la literatura.

**ANGIOEDEMA HEREDITARIO: EVOLUCIÓN 8 AÑOS TRAS EL DIAGNÓSTICO.** *Bartolomé Calvo, Gloria; Cas-trillo Bustamante, Sara; Santana Rodríguez, Carlos; Lozano Rincón, Lydia; Brel Morenilla, María; Lavandera Gil, Inés; Carrón Bermejo, Marta; Valladares Díaz, Ana Isabel. Hospital General de Segovia.*

**Introducción.** El angioedema hereditario (AEH) es una patología rara de origen genético, caracterizada por episodios recurrentes de edema subcutáneo y submucoso tras factores desencadenantes sin respuesta a tratamientos habituales. Debido a un déficit del factor C1 inhibidor aumentando la permeabilidad vascular. Se diagnostica por la clínica, C1 inhibidor y estudio genético. En ataque agudo, recibir C1 inhibidor iv (Berinert), icatibant. Se está investigando la eficacia de lanadelumab (biológico) como profilaxis de los ataques agudos.

**Caso clínico.** Presentamos la evolución de un niño de 8 años diagnosticado en nuestro Servicio a los 11 meses de edad, sin antecedentes familiares, que consultó por edema facial, tras ingesta de lentejas, sin responder a corticoides y antihistamínicos. Estudio analítico: niveles bajos de C1 inhibidor y su actividad. Confirmado genéticamente: mutación del SERPING1 (mutación de novo). Durante la época de lactante presenta varios episodios de edema facial, sin factor desencadenante claro, en el último año ha presentado 6 episodios afectando manos y pies algunos de ellos tras traumatismos que se autolimitaban en 24 horas y en los últimos dos años ha precisado tres ingresos en UCIP por dos episodios de edema de úvula importante y por invaginación intestinal secundaria a edema intestinal. Excepto en los episodios autolimitados, ha tenido que acudir al Servicio de Urgencias Hospitalario para administración de Berinert. Ante la gravedad de los episodios en el último año se facilita Icatibant a la familia por la posibilidad de administración sc. Incluido en ensayo clínico con Lanadelumab.

**Conclusiones.** Enfermedad importante por su potencial gravedad lo que hace necesario la búsqueda de fármacos profilácticos. Sospechar ante edema prolongado, incluso sin antecedentes familiares. Importante conocer la forma de actuar. El paciente debe tener información de su enfermedad, tratamiento, factores desencadenantes y forma de obtener el tratamiento de urgencia.

**ANISOCORIA DE INSTAURACIÓN AGUDA Y ETIOLOGÍA INESPERADA.** *Fuentes Martínez, Silvia; Fernández Rodríguez, Ana Noelia; Rodríguez Fernández, Alia Isabel; Fernández García, Alba; González Rodiño, Lucía; Álvarez Robles, Irene; Álvarez Fernández, María Lucía; Ocaña Alcober, Carlos. Complejo Hospitalario Universitario de León.*

**Introducción.** Ante la aparición brusca de una midriasis unilateral arreactiva urge realizar una adecuada anamnesis y exploración física que permita descartar datos de alarma. Las posibilidades diagnósticas ante este hallazgo son variadas, incluyendo desde causas neurológicas, infecciones, traumatismos, patología oftalmológica o administración de fármacos.

**Caso clínico.** Niña de 6 años, que acude por anisocoria de inicio súbito, mientras jugaba en el jardín, de dos horas de evolución. Como antecedentes personales, niña con parálisis cerebral infantil por encefalopatía hipóxico-isquémica neonatal, portadora de válvula de derivación ventrículo-peritoneal por hidrocefalia. En la exploración, se objetivaba midriasis arreactiva de ojo derecho con pupila izquierda de tamaño medio, y reactiva. Resto de exploración neurológica similar al estado basal de la paciente. Se solicita TAC craneal en el que se observan imágenes similares a última prueba de imagen, realizada el año previo, sin alteraciones nuevas. Se realiza radiografía de tórax para valorar trayecto de la válvula de derivación, sin observarse anomalías. Es valorada por oftalmología quien descarta patología ocular e indica la posibilidad de anisocoria por contacto local con plantas de estRamónio. Se cita para revisión en una semana, con resolución de la clínica.

**Discusión.** La anisocoria es el tamaño desigual de las pupilas. La causa más frecuente es la anisocoria fisiológica, con pupilas reactivas. Ante una instauración aguda es vital descartar causas graves y que pueden requerir tratamiento urgente, como pueden ser la meningitis, encefalitis, accidentes vasculares encefálicos o cuadros de hipertensión intracraneal. Es prioritario realizar una anamnesis detallada, que incluya tiempo de evolución, síntomas acompañantes y antecedente de administración de fármacos como el bromuro de ipratropio nebulizado o los colirios oftalmológicos. En nuestro caso, se trataba de una paciente con patología neurológica previa, lo que dificultaba la interpretación de la exploración neurológica, por lo que se realizaron estudios adicionales.

**ANTECEDENTE FAMILIAR DE MUERTE SÚBITA, A PROPÓSITO DE UN CASO.** *González López, Clara; Pérez Pérez, Alicia; Alonso Losada, Daniel; Elola Pastor, Ana Isa-*

*bel; Vicente Martínez, Celia; Martín Ramos, Silvia; Ibáñez Fernández, Aleida; Fernández Barrio, Bárbara Covadonga. Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Introducción.** En los pacientes con familiares con diagnóstico de muerte súbita es necesaria una evaluación cardiológica, con variable rentabilidad diagnóstica según estudios previos.

**Caso clínico.** Paciente de 12 años que derivado a cardiología pediátrica por antecedente familiar de muerte súbita (tío materno, pendiente de estudio en el momento de la derivación). Además del antecedente familiar que motivaba la consulta, su madre estaba afectada de Wolf-Parkinson-White. Como único antecedente personal de interés, había sido seguido en esta consulta previamente a los 8 años por disnea y dolor torácico con el esfuerzo físico, con exploración física, electrocardiograma y ecocardiograma sin hallazgos patológicos, siendo dado de alta tras seguimiento y resolución de la clínica. En el momento de la consulta, practica deporte de forma regular (fútbol federado) sin incidencias. Se repiten exploración física, electrocardiograma y ecocardiograma, sin cambios respecto al previo y se inicia seguimiento. En la revisión dos años más tarde, aporta diagnóstico de miocardiopatía arritmogénica del tío materno fallecido, siendo este portador de una variable probablemente patogénica de PKP2 al igual que la madre del paciente. Se repite ECG observando onda T invertida de V1 a V3 y registro holter con fases prolongadas de taquicardia sinusal y extrasistolia ventricular con ocasional bigeminismo. En resonancia magnética nuclear se observa acinesia regional del ventrículo derecho y fracción de eyección disminuida. Estos hallazgos apoyan el diagnóstico de miocardiopatía arritmogénica al cumplir tres criterios mayores. Continúa a seguimiento en la unidad con recomendación de evitación estricta de la actividad física.

**Comentarios.** Aunque muchas de las patologías implicadas en la muerte súbita tienen una penetrancia relacionada con la edad por lo que se realizan pocos diagnósticos concluyentes durante la edad pediátrica, es importante realizar valoración minuciosa y seguimiento de los niños, incluso si no se observan inicialmente hallazgos patológicos.

**APENDICITIS DEL MUÑÓN APENDICULAR. UNA CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO EN URGENCIAS.** *Fernández Marqués, Margarita; Dragomirescu Dragomirescu, Ioana; Díaz Fernández, Paula; Reyes Sancho, Sara; Torre González, Teresa; López Fernández, Cristina. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.*

**Introducción y objetivos.** La apendicitis del muñón es la inflamación del tejido apendicular remanente tras una apendicetomía incompleta. Esta es debida a la identificación errónea de la base apendicular o la unión ceco-apendicular y puede producirse de forma precoz tras la cirugía o incluso décadas más tarde. Nuestro objetivo es dar a conocer esta entidad poco común derivada de una de las patologías más frecuentemente quirúrgicas en pediatría.

**Caso clínico.** Dos adolescentes de 14 y 15 años acuden a urgencias por dolor abdominal continuo en fosa iliaca derecha (FID) de 24 y 48 horas de evolución, sin fiebre, vómitos ni otra clínica acompañante. Como antecedente personal común, ambos habían sido sometidos a apendicetomía laparoscópica en los 7 y 17 meses previos respectivamente. A la exploración física llama la atención un abdomen doloroso a la palpación en FID con defensa y signos de irritación peritoneal. Como pruebas complementarias se realiza hemograma y bioquímica con leve aumento de proteína C-reactiva en el segundo paciente (3,7 mg/dL), sin otras alteraciones. La ecografía en ambos casos objetiva una estructura tubular con base en ciego aumentada de tamaño con cambios inflamatorios en la grasa circundante, compatible con apendicitis del muñón apendicular. En el primer paciente, dada la escasa afectación clínico-analítica y el difícil acceso quirúrgico al muñón se realiza tratamiento conservador con antibioterapia; en el segundo se realiza intervención quirúrgica, confirmándose el diagnóstico de apendicitis aguda flemonosa con peritonitis aguda en la anatomía patológica. Ambos pacientes presentan evolución favorable.

**Conclusión.** La apendicitis del muñón es una patología infrecuente y potencialmente grave que debe incluirse en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en los servicios de urgencias pediátricas. Debemos sospecharla en pacientes con antecedente de apendicetomía que consultan por dolor en hemiabdomen derecho y presentan exploración física compatible con apendicitis aguda.

**ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA. REVISIÓN DE CASOS.** *Rodríguez del Rosario, Silvia; García Barbero, Elena; Sanchez Sierra, Nazaret; Marcos Temprano, Marianela; Palomares Cardador, Marta; Marugán de Miguelsanz, José Manuel. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** La Aspergilosis Broncopulmonar Alérgica (ABPA) es una entidad rara, casi exclusiva de pacientes con fibrosis quística (FQ). Entre el 2-10% presentan brotes de ABPA. Ocasiona exacerbaciones refractarias al tratamiento

habitual. Su diagnóstico es difícil por la similitud con otras complicaciones y se basa en criterios clínicos, radiológicos y analíticos. La IgE total y específica frente a *Aspergillus fumigatus* constituyen los criterios más importantes. Su tratamiento es corticoterapia sistémica y antifúngicos. Se presentan tres casos de pacientes con FQ y criterios de ABPA.

**Caso clínico. Caso 1:** Varón heterocigoto (F508del/S945) con colonización crónica por SAMS. Exacerbación respiratoria en marzo de 2017 objetivándose aislamiento de *Aspergillus*. Mejoría tras antibioterapia iv. En abril, ante aumento de IgE total y específica inicia tratamiento con itraconazol y corticoterapia oral sustituyéndose posteriormente por corticoide iv. **Caso 2:** Varón heterocigoto (F508del/N1303K) con colonización crónica por SAMS y SARM. Múltiples exacerbaciones entre 2015 y 2017 con escasa respuesta a tratamiento. En junio de 2016 aislamiento de *Aspergillus* y en julio por empeoramiento de la función pulmonar inicia itraconazol y corticoterapia oral con mejoría posterior. **Caso 3:** Mujer homocigota F508del, colonización crónica por SAMS. Ingreso en 2019 por exacerbación respiratoria con aislamiento de SAMS, VRS y sensibilización elevada a *Aspergillus*. Ante clínica refractaria a antibioterapia se inician megabolos de corticoide iv e itraconazol con mejoría. Nuevo episodio en mayo de 2020 con pruebas complementarias compatibles en ausencia de aislamiento de *Aspergillus* en esputo.

#### Conclusiones:

- Los criterios diagnósticos de la ABPA son poco sensibles y la sintomatología es común a la de otras complicaciones propias de la FQ.
- Debe sospecharse en los pacientes con exacerbaciones que no responden al tratamiento habitual.
- Es necesario un alto índice de sospecha para una actuación precoz que evite el deterioro de la función pulmonar y la aparición de fibrosis.

#### CALPROTECTINA FECAL: IMPORTANCIA DE LA INTERPRETACIÓN SEGÚN EL ESCENARIO CLÍNICO.

*Aguiar Jar, Paula<sup>1</sup>; Granda Gil, Elena<sup>1</sup>; Sánchez Moreno, Marina Ginesa<sup>2</sup>; Vegas Álvarez, Ana María<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>2</sup>Hospital Costa del Sol, Marbella.

**Introducción.** La calprotectina fecal (CF), proteína leucocitaria, es un biomarcador sensible y fiable para detectar inflamación mucosa intestinal. Sin embargo, debido a su baja especificidad y valores variables según la edad (hasta los 4 años más elevados y no comparables con adultos), en su petición e interpretación es importante tener en cuenta el contexto clínico del paciente.

**Casos clínicos. Caso 1:** Niña de 11 años con dolor abdominal (DA) y diarrea con sangre desde hace 2 meses acompañada de signos de alarma (febrícula intermitente y pérdida de peso). Reactantes de fase aguda (RFA) y CF (577 mg/kg) elevados. Ileocolonoscopia: Enfermedad de Crohn. **Caso 2:** Niña de 13 años. Ingresos por DA de 3 meses de evolución, más intenso en el último mes acompañado de deposiciones alternantes sin productos patológicos. Fiebre desde hace 8 horas. No otros síntomas. CF levemente elevada (67 mg/kg); resto de estudios normales. Buena evolución con CF repetida normal. Diagnóstico: Síndrome de intestino irritable. **Caso 3:** Niña de 4 años, deposiciones con sangre y moco desde hace 5 meses. DA postprandial sin otros síntomas. CF: 394 mg/kg. RFA normales. Colonoscopia: Pólipo juvenil rectosigmoideo. **Caso 4:** Lactante de 4 meses. Lactancia materna exclusiva. Deposiciones mucosanguinolentas. No repercusión nutricional. CF levemente elevada para su edad (210 mg/kg). Diagnóstico: Alergia no Ig E mediada a Proteínas leche de vaca (Proctocolitis alérgica).

**Conclusión.** La CF es un marcador de inflamación intestinal de gran utilidad en la monitorización del tratamiento de la Enfermedad inflamatoria intestinal. Su interpretación está condicionada por la edad y contexto clínico del paciente, representando también una herramienta útil para orientar sobre trastorno orgánico o funcional.

**CARACTERÍSTICAS DE LOS INGRESOS POR LESIONES OCULARES EN UN HOSPITAL DE NIVEL 2 EN UN PERÍODO DE 24 AÑOS.** *Macías Panedas, Alba<sup>1</sup>; Soltero Carracedo, José Fernando<sup>1</sup>; Andrés Alberola, Irene<sup>2</sup>; González García, Carla<sup>1</sup>; Doval Alcalde, Iraia<sup>1</sup>; Villagómez Hidalgo, Francisco Joaquín<sup>1</sup>; Sanz González, Álvaro<sup>1</sup>; Sanz Hospital, Luis<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Complejo Asistencial Universitario de Palencia. <sup>2</sup>Centro de Salud Los Jardinillos.

**Objetivo.** La distribución de las altas hospitalarias por lesiones y heridas oculares que requieren ingresos son poco conocidas. El objetivo de nuestro estudio es conocer las características de dichos ingresos en un Hospital General entre los años 1993-2017.

**Población y métodos.** Se analizan las altas en un Hospital General de Área (Grupo 2) de pacientes con códigos correspondientes con lesiones oculares (870x-871x) de la CIE-9 en el informe de alta. Se recoge la información a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del registro de altas hospitalarias. Se realiza comparaciones entre menores de 15 años y adultos.

**Resultados.** Sobre un total de 410.218 altas totales, 343 tuvieron relación con lesiones oculares. De ellas 39 fueron niños menores de 15 años. Se realizaron comparaciones entre los niños y adultos no encontrándose diferencias respecto al sexo (80% varones) ámbito de residencia (53% urbanos), tipo de ingreso (98% urgentes), tipo de alta (97% domicilio), día de ingreso y día de alta, lesiones intencionales de otras personas, indeterminadas por accidente, tráfico, caídas, lesiones craneofaciales, procedimientos sobre párpados, cornea, esclera, ni extracción de cuerpos extraños. La edad en los niños fue de  $7,2 \pm 4$  años frente a los  $48 \pm 4$  años de adultos. La estancia en los niños fue de  $4 \pm 4$  días frente a  $7 \pm 6$  días en adultos ( $p=0,005$ ). Las lesiones se presentan en mayor frecuencia en los meses de verano.

**Conclusiones.** Los ingresos hospitalarios de menores de 15 años con heridas oculares suponen el 10% del total. Su estancia media es inferior a la de los adultos. No existen diferencias destacables para la mayoría de las variables analizadas.

**CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN RECIÉN NACIDO CON CRIBADO MEDIANTE PULSIOXIMETRÍA POSITIVO.** *García Fernández, Sonia<sup>1</sup>; Fernández Barrio, Bárbara<sup>1</sup>; Oreña Ansorena, Virginia<sup>2</sup>; Fernández Morán, Eva<sup>1</sup>; Corujo Murga, Pablo<sup>1</sup>; Fernández Castiñeira, Sara<sup>1</sup>; Arias Llorente, Rosa Patricia<sup>1</sup>; Ibáñez Fernández, Aleida<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>2</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

**Introducción.** El cribado de cardiopatías congénitas mediante pulsioximetría ha ayudado al diagnóstico precoz de las mismas. En el hospital de tercer nivel donde sucede el **Caso clínico.** ante el que nos encontramos se realiza a todos los recién nacidos. El drenaje pulmonar anómalo es una de las patologías que pueden provocar un cribado de cardiopatía congénita positivo. Se trata del drenaje de una o varias venas pulmonares en la aurícula derecha o en sus afluentes venosos. En muchas ocasiones en esta patología existe una comunicación interauricular asociada. Su prevalencia es del 1-2% de todas las cardiopatías congénitas.

**Caso clínico.** Lactante mujer de 2 semanas de vida con ingreso previo a las 17 horas de vida en Cuidados Intermedios por test de cribado de cardiopatía congénita positivo que acude a consultas externas de cardiología pediátrica para control de ductus arterioso persistente, foramen oval permeable y presiones pulmonares fisiológicamente elevadas (realizados varios ecocardiogramas durante su ingreso en neonatología con gran interferencia acústica del ductus). En dicho control

se realiza nuevo ecocardiograma en donde se aprecia ductus arterioso permeable grande con repercusión hemodinámica que no presentaba al alta del ingreso en neonatología (dilatación de cavidades izquierdas, con insuficiencia mitral), comunicación interauricular (CIA) tipo ostium secundum izquierda-derecha y sospecha de drenaje venoso pulmonar anómalo con presiones pulmonares en rango superior para su edad. Dada la interferencia acústica del ductus se solicitó angiotac para valorar arco aórtico en donde se objetiva un drenaje venoso anómalo tipo II con signos de hipertensión pulmonar, ductus permeable de gran calibre 6 mm y CIA de aproximadamente 13 mm. Se decide trasladar al Hospital Infantil La Paz para realización de intervención quirúrgica.

**Conclusiones.** Es importante realizar un diagnóstico prenatal y postnatal muy precoz de los defectos cardíacos congénitos debido a su gravedad y las consecuencias que pueden tener un diagnóstico tardío de los mismos.

**CAUSA INFRECUENTE DE DISNEA EN PEDIATRÍA.** *Sáez García, Laura María; Marcos Temprano, Marianela; Bartolomé Cano, María Luisa; Alonso Ferrero, Jair; Ramos Cancelo, María Isabel; Bermúdez Barrezuela, Lorena; García Barbero, Elena; Garrote Molpeceres, Rebeca.* Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción.** La disnea en pediatría es un síntoma difícil de valorar. El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una causa infrecuente de disnea, y hace falta un alto nivel de sospecha para su diagnóstico.

**Casos clínicos.** **Caso n°1** (Figura 1): Niña de 8 años afecta angiomatosis múltiple que ingresa con diagnóstico de sepsis por *Streptococcus pyogenes*. Al sexto día inicia disnea y dolor costal súbitos. En la radiografía torácica aparece condensación en LMD. En base al deterioro clínico pese a tratamiento farmacológico y oxigenoterapia se sospecha TEP confirmándose mediante ecocardiograma y angioTAC torácico. La Eco-doppler de MMII descartó trombosis venosa profunda (TVP). Se inicia tratamiento con heparina sódica y posteriormente Enoxaparina. Actualmente recibe acenocumarol. **Caso n°2** (Figura 2): Mujer de 17 años afecta de Fibrosis quística con colonización crónica por *Staphylococcus aureus*, y portadora en ese momento de PICC para antibioterapia endovenosa de exacerbación respiratoria. Durante el ingreso presenta desaturación y dolor torácico súbitos; en la radiografía torácica se evidencia ocupación de lóbulo inferior izquierdo por bronquiectasias, con ECG y ecocardiograma normales; en ecodoppler de MSI se objetiva TVP humeral izquierda; Dímero D > 20.000; en angioTAC torácico



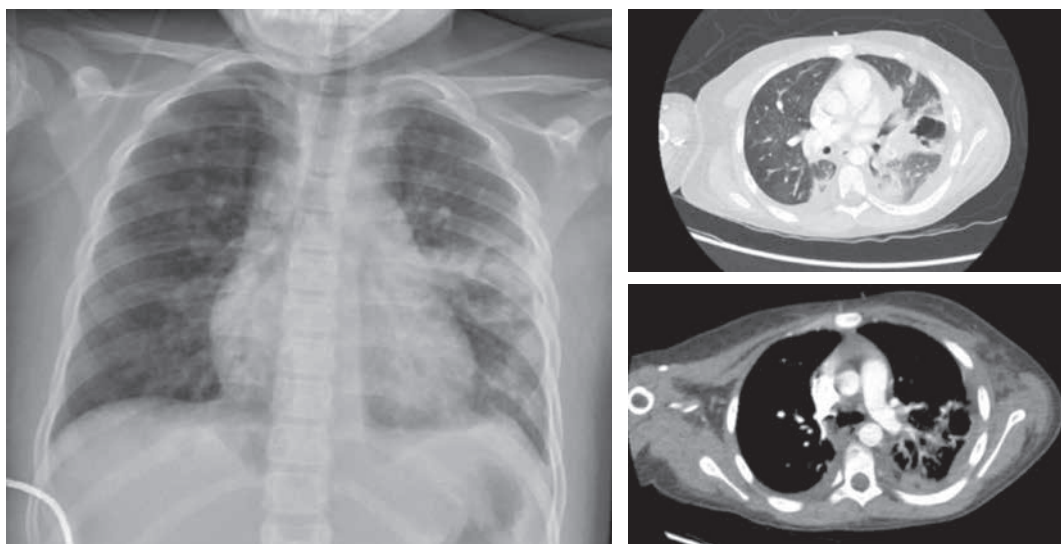


Figura 1.

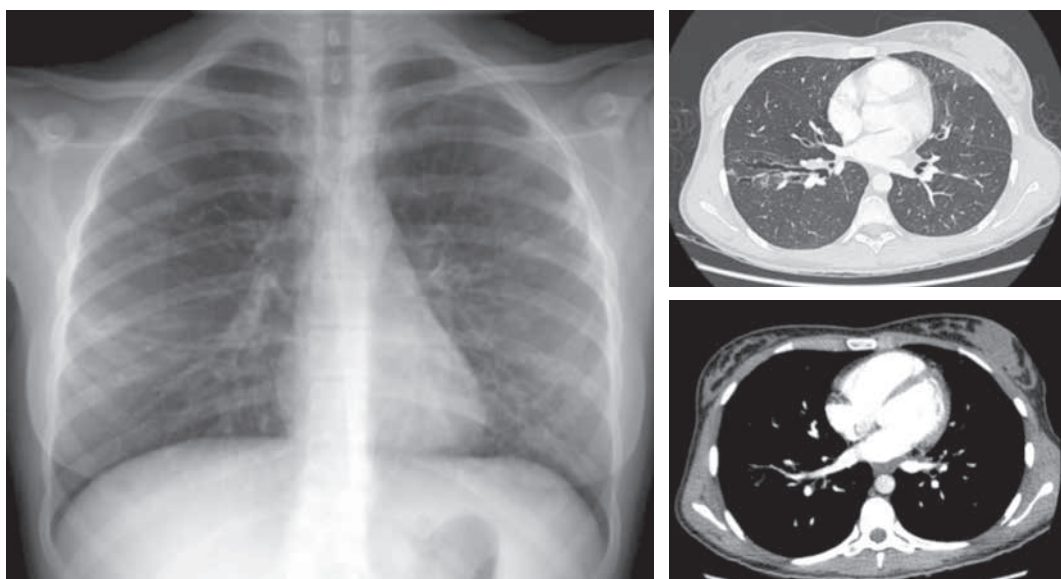


Figura 2.

se confirma TEP. Recibe enoxaparina durante el ingreso y posteriormente heparina sódica durante 6 meses.

**Comentarios.** El TEP en pediatría es una entidad infrecuente, afectando a 0,86-5,3 niños/10.000 ingresados. Su incidencia ha aumentado por el incremento de supervivencia en niños con patología crónica. Es importante su diagnóstico y tratamiento precoz. Hay que prestar especial atención al niño con factores de riesgo (portador de catéter venoso central (66% de los casos); neoplasias, malformaciones vasculares, cardiopatía congénita o cirugía reciente). Para diagnosticarlo precisaremos pruebas de laboratorio (dímero D), ECG, radio-

grafía torácica/angio-TAC pulmonar. El tratamiento inicial es la anticoagulación con heparinas de bajo peso molecular.

#### CAUSA POCO FRECUENTE DE MASA ABDOMINAL.

*Hernández Prieto, Alba<sup>1</sup>; De la Fuebe Echevarría, Gonzalo<sup>2</sup>; Sánchez-Villares Lorenzo, Claudia<sup>2</sup>; Cebrián Muñoz, Carmen<sup>1</sup>; Liras Muñoz, Jorge<sup>1</sup>; Alonso Díez, Cecilia<sup>1</sup>; Aparicio Fernández de Gatta, Carlota<sup>1</sup>; Pablos López, Alicia<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Salamanca. <sup>2</sup>Centro de Salud Ciudad Rodrigo.

**Introducción.** El dolor abdominal agudo en paciente escolar requiere de una exploración detallada. La palpación de una masa abdominal obliga a hacer diagnóstico diferencial. Presentamos un caso de hidronefrosis intermitente que ilustra la importancia de la exploración.

**Caso clínico.** Paciente varón de 11 años que acude a la consulta de atención primaria por presentar dolor en franco izquierdo de 24 horas de evolución. Previamente un cuadro similar más leve autolimitado. Afebril sin otros síntomas. Sin antecedentes personales o familiares de interés. En la exploración destaca la palpación de una masa en hipocóndrio izquierdo de 3x3 cm, dolorosa a la palpación. Se remite a hospital terciario realizando ecografía, y se objetiva pelvis renal izquierda dilatada, de 49 mm. Se realiza cateterismo y colocación de doble J con buena respuesta. Tras 3 meses inicia con hematuria, descartándose infección de orina y se realiza nueva ecografía con pelvis renal izquierda de 25 mm, y visualización de doble J en vejiga por lo que se retira. Se realiza TAC abdominal, objetivando un probable vaso polar izquierdo. Presenta nuevo episodio de dolor que precisa ingreso apreciándose dilatación nuevamente de 45 mm. Se procede a la colocación de nuevo catéter con mejoría ecográfica. Presenta hematuria de repetición, principalmente tras episodios de ejercicio. Actualmente está pendiente de pieloplastia.

**Comentarios.** La estenosis de la unión pieloureteral (EPU) es la causa más frecuente de obstrucción en el tracto urinario superior. La obstrucción de la unión pieloureteral tardía suele ser secundaria a compresión extrínseca del uréter, siendo la causa más frecuente, la existencia de vasos polares aberrantes. Estos vasos suelen ser ramas de la arteria renal o de la aorta, variantes de la anatomía vascular renal y que normalmente irrigan el polo inferior del riñón. Por lo general presentan un buen pronóstico con menor daño del parénquima renal y pronóstico tras la desobstrucción.

**DOLOR ABDOMINAL Y ESCOLIOSIS: UNA COMBINACIÓN QUE ENCIENDE NUESTRAS ALARMAS.** *Alonso, Cecilia<sup>1</sup>; Martín, Beatriz María<sup>1</sup>; Ruiz, Irene<sup>1</sup>; López, Samuel<sup>1</sup>; Tapia, Ana<sup>1</sup>; González, Almudena<sup>1</sup>; Arévalo, Noelia<sup>1</sup>; Sánchez-Villares, Claudia<sup>2</sup>.* <sup>1</sup>Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. <sup>2</sup>Centro de Salud Ciudad Rodrigo.

**Introducción.** El dolor abdominal y la escoliosis son dos motivos de consulta frecuentes en pediatría. Ambos pueden traducir patología potencialmente grave, siendo fundamental la detección temprana de signos de alarma mediante la anamnesis y exploración física.

**Caso clínico.** Paciente mujer de 5 años que consulta por dolor epigástrico de 2-3 meses de evolución que aumenta con maniobras de Valsalva y despertar nocturno con respuesta a AINE. Asocia alteración de la marcha, limitación dolorosa para mantener sedestación y realizar cambios posturales, y actitud escoliótica con curva dorsal derecha y test de Adams positivo de una semana de evolución. En la exploración neurológica destaca marcha en tándem, talones y monopodal inestable y alteración de la sensibilidad propioceptiva en MMII. En la radiografía de columna se objetiva la escoliosis dorsal derecha. En el ingreso para estudio, se realizan analítica completa con autoinmunidad y serologías, ecografía de abdomen, gammagrafía ósea Tc99 y prueba tuberculina, todas normales. Se realiza RMN de columna completa, donde se visualiza lesión compatible con tumor intramedular primario en D8, así como dos imágenes quísticas intramedulares en contacto con los polos superior e inferior de dicha lesión; con RMN cerebral normal. Se deriva urgentemente a centro de referencia para resección tumoral, con diagnóstico final de astrocitoma de bajo grado. Tras la intervención ha presentado buena evolución con recuperación progresiva a nivel neurológico, con aparición de temblor, apraxia y aumento de la sudoración en mano derecha tras dos meses postcirugía, pendiente de RMN de control.

**Discusión.** Los tumores del SNC son los tumores sólidos más frecuentes en la edad pediátrica, y dentro de ellos, los astrocitomas, generalmente de bajo grado. No obstante, la localización medular es infrecuente, así como la presentación clínica con dolor abdominal y escoliosis sin lumbalgia acompañante.

**EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES EN LACTANTE, ¿QUÉ HACEMOS?** *Fernández López, Ainhoa; García Fernández, Sonia; Hernando Acero, María Inés; Mayordomo Colunga, Juan.* Hospital Universitario Central de Asturias.

**Introducción.** La aparición de edemas supone un motivo de consulta habitual en Pediatría. Ante su presencia de forma generalizada debe descartarse fundamentalmente síndrome nefrótico, enteropatía pierde-proteínas, glomerulonefritis, insuficiencia renal y cardiaca. En caso de tratarse de edema localizado, si bien pudiera constituir una fase inicial del edema generalizado, debe pensarse en el angioedema y la obstrucción venosa o linfática, sin olvidar daño hepático grave, en caso de ascitis y edema de miembros inferiores (MMII). El linfedema en edad pediátrica es infrecuente y puede ser secundario o primario. La enfermedad de Milroy o linfedema congénito primario se caracteriza por agenesia

de vasos linfáticos a nivel de MMII y presencia de edemas al mismo nivel.

**Caso clínico.** Lactante de 6 semanas que ingresa en planta de hospitalización por bronquiolitis aguda. En la exploración física destaca la presencia de edema con fóvea, de predominio en parte distal de MMII, ya evidente en ecografía del segundo trimestre. Previamente se había realizado ecografía de partes blandas, donde se identificaban áreas heterogéneas de morfología arborescente, compatibles con linfedema. Durante el ingreso se solicita linfogammagrafía, que ratifica la ausencia de retorno linfático en MMII, y estudio genético que confirma una mutación en heterocigosis del gen FTL4 compatible con enfermedad de Milroy. El resto de estudios como ecocardiografía, ecografía abdominal y estudio renal son negativos. Una semana tras el diagnóstico la familia se traslada y se consensua seguimiento en hospital de destino. Actualmente recibe tratamiento de soporte, mediante medias de compresión y masajes de drenaje.

**Comentario.** El edema es un signo clínico frecuente en Pediatría que precisa un diagnóstico diferencial extenso. Las características del edema y su localización, permiten realizar una aproximación diagnóstica inicial. Entre las causas de edema debemos considerar las malformaciones linfáticas, como la enfermedad de Milroy descrita en este caso.

**EPISPADIAS FEMENINO.** Fuentes Martínez, Siloia; Pradillos Serna, José María; Rodríguez Fernández, Alia Isabel; Fernández Rodríguez, Ana Noelia; González Rodiño, Lucía; Álvarez Fernández, María Lucía; Álvarez Robles, Irene; Fernández García, Alba. Complejo Hospitalario Universitario de León.

**Introducción.** El epispadias congénito es una malformación genitourinaria, caracterizada en varones por un meato ectópico o una banda mucosa en lugar de la uretra en el dorso del pene y, en mujeres, por un clítoris bífido y una hendidura uretral variable.

**Caso clínico.** Neonata, sin antecedentes perinatales de interés, a la que se realiza la exploración del recién nacido en el primer día de vida. Se observa epispadias completo, clítoris bífido y separación de los labios menores. Resto de la exploración normal, sin objetivarse otras malformaciones. Se interconsulta a cirugía pediátrica quien indica actitud expectante.

**Discusión.** El epispadias congénito es una malformación genitourinaria que constituye la expresión menor del complejo extrofia-epispadias. Es mucho más frecuente en varones que en mujeres, con una proporción 1:4 y una incidencia de

1:480.000 recién nacidos. En el sexo femenino se caracterizan por un clítoris y labios vaginales anormales, con abertura atípica desde el cuello de la vejiga hasta el área por encima de la abertura normal de la uretra y un ensanchamiento del hueso púbico. Suelen condicionar nefropatía por reflujo, infecciones urinarias de repetición y, hasta en el 50% de los casos, incontinencia urinaria. Al diagnóstico es importante solicitar una bioquímica para valoración de los electrolitos; se deben considerar pruebas de imagen para valoración del reflujo vesicoureteral como la pielografía intravenosa, la radiografía de pelvis o la ecografía urogenital. Se pueden distinguir tres grados del defecto: en los leves solo existe un clítoris bífido; en el intermedio, la anomalía involucra casi toda la uretra pero el esfínter está respetado; en los casos completos, está afectado el esfínter y por tanto se acompaña invariablemente de incontinencia urinaria. El tratamiento quirúrgico está indicado en todos los casos que no sean leves y, busca la corrección del aspecto estético, así como la resolución de la incontinencia urinaria.

**ESPONDILODISCITIS LUMBAR POR SALMONELLA ENTERICA.** Antoñón Rodríguez, Miguel; Andrés de Álvaro, Marta; Díez Monge, Nuria; Crespo Valderrábano, Laura; Centeno Malfaz, Fernando; Pérez Guitiérrez, Elena. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Introducción.** La osteomielitis es una complicación infrecuente de la infección por *Salmonella*, especialmente la localizada a nivel de columna vertebral. Se observa predominantemente en pacientes con hemoglobinopatías como enfermedad de células falciformes o talasemia.

**Caso clínico.** Varón de 9 años sin antecedentes de interés, que presenta dolores de repetición a nivel lumbar y limitación de la flexión dorsal de 30 días de evolución, sin desencadenante claro, asociado a cuadros febriles de repetición de hasta 38,5°C. A la exploración física solo se evidencia una limitación a la flexión lumbar con dolor a la palpación de musculatura para vertebral derecha. No se identifican alteraciones neurológicas. Los resultados analíticos revelan un patrón infeccioso con elevación de reactantes de fase aguda inespecíficos, por lo que se extrae hemocultivo basal. Se realiza resonancia magnética de columna lumbar, en la cual se objetiva afectación a nivel de disco lumbar L2-L3. El paciente fue tratado de manera conservadora con diferentes ciclos de antibiótico. Inicialmente con tratamiento intravenoso empírico con cloxacilina, añadiendo al cuarto día cefotaxima, durante un total de 10 días. Por persistencia de la clínica se sustituye tratamiento por vancomicina e imipenem que

se mantienen durante 7 días más. Tras nuevo hemocultivo extraído durante un pico febril y coprocultivo positivo para *Salmonella enterica* serotipo *Newport*, se instaura ciprofloxacino junto a meropenem un total de 14 días. Continuó tratamiento domiciliario con ciprofloxacino durante un mes más. Tras un mes paciente presenta recuperación completa sin déficits motores y/o neurológicos durante el tiempo de seguimiento; encontrándose actualmente asintomático.

**Conclusiones.** En la espondilodiscitis por *Salmonella* los síntomas gastrointestinales prodrómicos generalmente no están presentes. El diagnóstico se basa en gran medida en el aislamiento del patógeno mediante técnicas de cultivo adecuadas. Aunque los antibióticos son la base del tratamiento, en ocasiones puede ser necesario el desbridamiento quirúrgico.

**¿ESTAR MORENO EN INVIERNO? ENFERMEDAD DE ADDISON EN EDAD PEDIÁTRICA.** Arteta Sáenz, Elena; Blanco Barrio, Amaya; Puente Ubierna, Laura; Obregón Asenjo, Miguel; Mateos Benito, Álvaro Fernando; Morante Martínez, Diego; Corpa Alcalde, Alberto; Santamaría Sanz, Paula. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos

**Introducción.** La enfermedad de Addison es una entidad infrecuente, caracterizada por una insuficiencia suprarrenal (IS) primaria de causa autoinmune. Existe por lo tanto un déficit de hormonas corticoideo ± mineralocorticoideo, con elevación de ACTH y de actividad de renina plasmática (ARP). Puede cursar de manera progresiva o como crisis adrenal con compromiso vital, requiriendo tratamiento inmediato. La causa de IS más frecuente es la secundaria a tratamiento corticoideo prolongado. La IS primaria es infrecuente en pediatría siendo la hiperplasia suprarrenal congénita la principal causa seguido de la autoinmune, con una incidencia de 0,4/100.000 habitantes/año. La enfermedad de Addison puede presentarse de manera aislada o formando parte de un síndrome poliglandular autoinmune. La clínica es inespecífica: la crónica cursa con astenia, vómitos, hipotensión arterial, hiperpigmentación... La crisis adrenal es una emergencia y asocia hipoglucemia, hiponatremia, hiperpotasemia y/o shock. El tratamiento es la reposición hormonal con hidrocortisona ± 9- $\alpha$ -fluorhidrocortisona. La crisis adrenal además requiere reposición de líquidos y de electrolitos, con dosis de estrés de corticoides.

**Caso clínico.** Adolescente de 13 años y 9 meses sin antecedentes de interés, derivada por astenia, amenorrea secundaria y tinte moreno progresivo desde hacía 8 meses (Figura 1). Se realiza una primera extracción analítica donde



Figura 1.

destaca una ACTH muy elevada (4.000 pg/mL) con niveles basales de cortisol bajos (1,4  $\mu$ g/dl) y niveles normales de aldosterona, ARP, Na, K y glucosa. Se confirma la principal sospecha con la presencia de autoinmune positiva iniciándose hidrocortisona a 15 mg/m<sup>2</sup>. Mejoría clínica evidente progresiva con disminución de la astenia, ganancia de peso y reaparición de menstruaciones.

**Conclusiones.** La IS es infrecuente en pediatría pero es importante conocer la clínica porque puede suponer una amenaza para el paciente. La hiperpigmentación cutánea es un signo muy característico debido a la similitud entre la ACTH y la melanocortina. El tratamiento es de sustitución, prestando especial atención al aumento de dosis en situaciones de estrés.



**EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE UNA ADENOPATÍA CERVICAL ¿CUÁNDO PENSAR EN OTRAS CAUSAS NO INFECCIOSAS?** *García Fernández, Sonia<sup>1</sup>; Oreña Ansorena, Virginia<sup>2</sup>; Corujo Murga, Pablo<sup>1</sup>; Fernández López, Ainhoa<sup>1</sup>; Fernández Morán, Eva<sup>1</sup>; Díaz García, Paula<sup>1</sup>; Mayordomo Colunga, Juan<sup>1</sup>; Palomo Moraleda, Pilar<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>2</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

**Introducción.** La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la neoplasia más frecuente en la infancia constituyendo el 80% de todas las leucemias agudas de la edad pediátrica y el 25% del total de tumores. La supervivencia de estos pacientes se ha ido incrementando encontrándose actualmente en torno al 90% en los países desarrollados gracias a las mejoras del tratamiento comprendiendo este las siguientes fases: inducción, consolidación y mantenimiento.

**Caso clínico.** Niña de 6 años que acude a Urgencias de Pediatría por presencia de adenitis cervical de 35 días de evolución con incapacidad para la deambulación y pérdida de fuerza de las cuatro extremidades. Había recibido tratamiento con amoxicilina-clavulánico durante 10 días con reducción parcial de su tamaño. A la semana de finalizar el tratamiento antibiótico indicado comenzó de nuevo con aumento de la masa cervical sin presentar fiebre ni otra sintomatología asociada, por lo que a los 20 días de iniciado el cuadro clínico se realizó bioquímica, hemograma, serología, hemocultivos, mantoux, radiografía de tórax y ecografía cervical y fue dada de alta con ibuprofeno a la espera de resultados. A los 26 días de inicio del cuadro clínico la paciente comenzó con dolor intenso en codo derecho e impotencia funcional para la extensión del mismo. El día previo a la consulta en urgencias de pediatría la paciente había comenzado con dolor en dorso de pie derecho e imposibilidad para la deambulación. Se realiza analítica, serología y se ingresa realizándose al día siguiente RMN y BAAG con resultado de Leucemia Linfoblástica Aguda de células B y comenzando ese mismo día con el tratamiento.

**Conclusiones.** Las adenopatías infecciosas son una patología muy frecuente en la edad pediátrica no obstante ante la resistencia de las mismas al tratamiento y aparición de nueva sintomatología debemos plantearnos otras etiologías dado que en algunas ocasiones (como el caso clínico descrito) el pronóstico dependerá en parte del tiempo de evolución.

**¿FICCIÓN O REALIDAD? HEMOLACRIA EN PEDIATRÍA.** *Alonso Ferrero, Jair; Sáez García, María Laura; Izquierdo Herrero, Elsa; Pareja Aricò, Luis Antonio.* Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción.** Los tumores oculares (benignos o menos frecuentemente malignos) pueden aparecer en niños, siendo los más habituales los de origen epitelial (60%). Entre los tumores vasculares se incluye el granuloma piogénico (10%), una proliferación fibrovascular primaria o secundaria a cirugía o traumatismos repetidos, entre otros. Su tratamiento si no involuciona de manera espontánea consiste en corticoides intralesionales o biopsia excisional, a pesar de su benignidad.

**Caso clínico.** Lactante mujer de 14 meses correctamente vacunada y sin antecedentes de interés que acude a Urgencias Pediátricas por ojo rojo izquierdo de pocas horas de evolución sin síntomas sistémicos asociados. Tras realizar lavado ocular con suero salino fisiológico en domicilio y llanto de la paciente, los padres observan lágrimas sanguinolentas. A la exploración física no presentaba fotofobia ni proptosis, reflejo fotomotor conservado con movimientos oculares normales y lagrimeo sanguinolento asociado (hemolacria). Es valorada por Oftalmología observándose una lesión redondeada de pequeño tamaño (4 mm), pedunculada y de coloración rojiza en tercio interno de fórnix. Se pauta tratamiento con lágrimas artificiales y se remite a las 2 semanas a la Unidad de Tumores Intraoculares (UTI) ante la sospecha de granuloma piogénico ocular. Exploración en UTI excluye ambliopía (posible secuela tumoral): Hichberg y Bruckner negativos, sin lesión en tercio interno de fórnix, por lo que ante resolución espontánea de la lesión, la paciente es dada de alta a domicilio sin reconsultar por ese motivo en Pediatría.

**Conclusiones.** La causa más frecuente de ojo rojo en Pediatría es la conjuntivitis folicular por Adenovirus. No todos los cuadros clínicos de ojo rojo son conjuntivitis, por lo que es fundamental realizar un correcto diagnóstico de las lesiones vasculares (incluyendo tumores vasculares) para minimizar errores en el tratamiento de nuestros pacientes.

**FIEBRE Y LATERALIZACIÓN CERVICAL, CUANDO LA CLÍNICA MANDA.** *Díaz García, Paula; Juesas Iglesias, Luis Ignacio; Elola Pastor, Ana Isabel; García Fernández, Sonia; Fernández López, Ainhoa; Fernández Morán, Eva; Quesada Colloto, Paula; Garrido García, Estibalitz.* Hospital Universitario Central de Asturias.

**Introducción.** Durante la pandemia por SARS-COV-2, determinadas sociedades científicas recomendaron evitar la exploración orofaríngea administrando antibioterapia empírica ante sospecha de faringoamigdalitis bacteriana. Las complicaciones de esta son poco frecuentes en pediatría, aunque de importante gravedad, siendo las más habituales los abscesos periamigdalinos y retrofaríngeos.



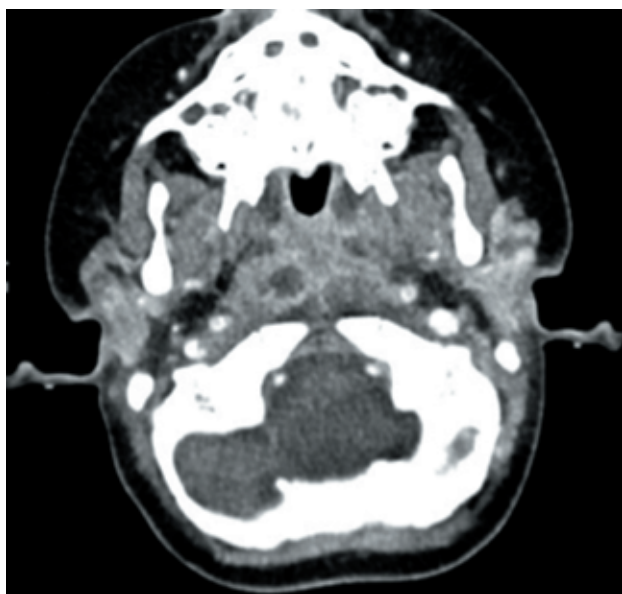


Figura 1.

**Caso clínico.** Lactante de 22 meses que acude a urgencias por fiebre de hasta 41°C de dos días de evolución, disminución de las ingestas y mal estado general. Ante ausencia de foco aparente en exploración física inicial se realiza estudio de orina, sin hallazgos patológicos. Analítica con recuento leucocitario normal y RFA elevados (PCT 8,23 ng/ml, PCR 17 mg/dl). Se aprecia coagulopatía que se trata con vitamina K y se extrae hemocultivo. Al reexplorar se aprecia lateralización cervical derecha, con flexoextensión conservada y meníngeos negativos. Ante sospecha de foco ORL complicado se solicita interconsulta y se decide realización de TC, informado como normal. Se realiza PL, sin datos de infección del sistema nervioso central. Ingresar con cefotaxima intravenosa. Al 5º día se informa de crecimiento de *Streptococcus anginosus* y *Fusobacterium nucleatum* en hemocultivo. Dada la persistencia de lateralización cervical y picos febriles se realiza nuevo TC cervical (Figura 1) con hallazgo de lesiones hipodensas en ambas amígdalas y espacio prevertebral, sugestivas de abscesos. Se decide junto con Otorrinolaringología manejo conservador, escalando tratamiento antibiótico. Recibe corticoides y meropenem hasta los 10 días de antibioterapia intravenosa, con desaparición de la fiebre y buena evolución clínica. Se consensua alta con antibióticos orales para completar tratamiento de bacteriemia.

**Conclusiones:**

- En todo paciente febril es indispensable una anamnesis y exploración física completa. La situación epidémica por SARS-Cov-2 no debería modificar nuestras actuaciones médicas.

- Ante un niño con fiebre y lateralización cervical, el absceso retrofaríngeo será la primera sospecha diagnóstica, requiriéndose prueba de imagen urgente y antibioterapia intravenosa. En ocasiones precisará drenaje quirúrgico.

**HEMANGIOMATOSIS NEONATAL DIFUSA. A PROPÓSITO DE UN CASO.** *García Miralles, Laura Carlota<sup>1</sup>; Aja García, Gema<sup>1</sup>; Pérez Arnaiz, Laura<sup>1</sup>; Portugal Rodríguez, Raquel<sup>1</sup>; Schuffelman Gutiérrez, Susana<sup>2</sup>; Zarandona Leguina, Saioa<sup>1</sup>; Obregón Asenjo, Miguel<sup>1</sup>; De Frutos Martínez, Cristina<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Hospital Universitario de Burgos. <sup>2</sup>Hospital Santos Reyes.

**Introducción.** Los hemangiomas infantiles constituyen el tumor benigno más frecuente de la infancia. Se caracterizan por su aparición y crecimiento postnatales, aunque hasta el 50% están presentes al nacimiento. Se denomina hemangiomatosis múltiple cuando existen 5 o más hemangiomas cutáneos, asociando mayor probabilidad de hemangiomas en órganos internos. Los casos con afectación visceral pueden evolucionar a insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) por sobrecarga de volumen, con anemia y trombopenia, habiéndose descrito también hipotiroidismo profundo por liberación en las lesiones de iodotironina-deiodinasa tipo-3. El tratamiento de primera elección es propranolol.

**Caso clínico.** Recién nacido de 4 días de vida con hemangiomas cutáneos múltiples, en número superior a 50, de 1-4 mm de diámetro, con distribución difusa. En su hospital de origen se realiza biopsia de una lesión (presencia de GLUT-1, marcador identificador de hemangiomas) y se traslada a nuestro centro para completar estudio. Se realizan electrocardiograma, ecocardiografía, ecografía-doppler cerebral, exploración de fondo de ojo, detección de sangre oculta en heces y analítica completa con función tiroidea, todo ello con resultados normales. La ecografía abdominal muestra 8 lesiones de naturaleza vascular, de 15-30 mm de diámetro, afectando a ambos lóbulos hepáticos y dilatando la vía biliar intrahepática. Ante estos hallazgos, se diagnostica de hemangiomatosis neonatal difusa, y se inicia tratamiento con propranolol en dosis crecientes hasta 3 mg/kg/día. Tras un mes de tratamiento, se objetiva ecográficamente una reducción de hasta el 50% en el tamaño de los hemangiomas hepáticos, así como del número y tamaño de las lesiones cutáneas.

**Conclusiones.** La presencia de 5 o más hemangiomas cutáneos obliga a descartar afectación visceral, siendo el hígado la localización más frecuente. En nuestro paciente, el tratamiento con propranolol se ha mostrado eficaz y bien tolerado, con rápida reducción del tamaño de las lesiones, evitando la progresión a ICC.

**HEMOFILIA A: UN RETO DIAGNÓSTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.** *Fernández Cabo, Verónica; López de Viñaspre Vera-Fajardo, María; López Fernández, Cristina; Pastor Tudela, Ana Isabel. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.*

**Introducción.** La hemofilia A es una coagulopatía hereditaria por déficit del factor VIII de la vía intrínseca de la coagulación. Herencia recesiva ligada al cromosoma X. Poco frecuente (1/5.000-10.000 recién nacidos varones), suele debutar en primera infancia y su gravedad depende de la actividad del factor. Previo al diagnóstico, los pacientes pueden generar múltiples visitas en urgencias, por lo que es fundamental sospecharla para no retrasar su diagnóstico. Presentamos un paciente con hemofilia A grave diagnosticada en urgencias.

**Caso clínico.** Varón, 3 años. Consulta por cuarta vez por herida sangrante en cuero cabelludo de evolución tórpida, tras traumatismo craneal leve 16 días antes. Antecedentes personales: artritis idiopática juvenil oligoarticular (dos episodios de tumefacción en tobillo sin antecedente traumático, ANAs y HLA B27 negativos) y anemia ferropénica. Tratamiento: metotrexate y ferrotterapia. Antecedentes familiares sin interés. Exploración física: herida incisa parietal derecha de 2 cm con sangrado en sábana y cefalohematoma subyacente. Hematomas generalizados en distintos estadios. Anamnesis dificultosa por barrera idiomática. Se revisa historia clínica constatando múltiples visitas a urgencias por sangrados: heridas linguales traumáticas con sangrado persistente, hematoma en muslo tras vacuna, etc. quedando constancia en varias la presencia de hematomas generalizados. Se sospecha coagulopatía, se realiza estudio compatible con hemofilia A grave: TTPA 105,6 s, TTPA ratio 3,41, factor VIII 0,3%, confirmándose mutación del gen del factor VIII, siendo su madre portadora asintomática. Pendiente completar estudio familiar. Precisa ácido tranexámico y desmopresina intravenoso. Posteriormente profilaxis hemorrágica con factor VIII recombinante. A nivel reumatológico: ecográficamente hipertrofia sinovial y sinovitis en tobillos, compatible con secuela de hemartros. Se suspende metotrexate.

**Conclusiones.** Las patologías poco frecuentes suponen un reto diagnóstico en urgencias, siendo fundamental sospecharlas dada la potencial gravedad de algunas. Un abordaje integral y una valoración global del paciente son imprescindibles para un diagnóstico acertado, siendo crucial una anamnesis completa y una exploración física detallada.

**HEMOPTISIS EN LA INFANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.** *Pérez Arnaiz, Laura; García Miralles, Laura Carlota; Morante Martínez, Diego; Galvañ Félix, Yaiza; Montero García, Jacobo; Gómez Sáez, Fernando; Gabaldón Pastor, David; Portugal Rodríguez, Raquel. Hospital Universitario de Burgos.*

**Introducción.** La hemoptisis es una entidad infrecuente en la infancia, que constituye un síntoma alarmante para pacientes y familiares. Está infradiagnosticada ya que en casos leves, los pequeños sangrados son deglutidos. La importancia radica en el amplio abanico etiológico, que engloba diferentes grados de gravedad

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un varón de 9 años de edad, derivado desde su hospital de origen, por hemoptisis de un mes de evolución, con aumento progresivo en cuantía y aparición de coágulos, en contexto de accesos de tos. Ocho meses antes había presentado un episodio similar y autolimitado. Previo al traslado fue valorado por otorrinolaringología, descartando que origen del sangrado a este nivel. A su llegada la exploración física era normal. Se realizó una analítica (que incluía coagulación) donde se detectó una anemia ferropénica con una Hb de 11.3 g/dL. Se realizó una radiografía de tórax donde se visualizaron atelectasias basales, una PPD que fue negativa y un aspirado nasofaríngeo que descartó etiología infecciosa (incluyendo Micoplasma, Bordetella y Chlamidia). Se realizó un TC torácico de alta resolución, donde se objetivó una consolidación en lóbulo inferior derecho con nódulo intrabronquial, colapso pulmonar posterior al nódulo y adenopatías mediastínicas. Dados los hallazgos se realizó una broncoscopia y EBUS donde se visualizó la masa de aspecto neoplásico y se tomaron muestras citológicas, microbiológicas y anatomopatológicas que confirmaron que se trataba de un Tumor Miofibroblástico Inflamatorio. El tratamiento consistió en una lobectomía parcial derecha con sección de los bronquios tributarios, realizada mediante toracotomía.

**Conclusiones.** La hemoptisis en la infancia constituye un reto diagnóstico para los profesionales y es importante que se realice de forma secuencial, interdisciplinar e individualizada. En nuestro caso el tratamiento quirúrgico fue eficaz y bien tolerado por el paciente que se encuentra asintomático desde entonces.

**LACTANTE CON MANCHAS, LA IMAGEN DE UNA ENFERMEDAD MALIGNA.** *Lavandera Gil, Inés; Castrillo Bustamante, Sara; Brel Morenilla, María; Lozano Rincón, Lydia; Bartolomé Calvo, Gloria; Carrón Bermejo, Marta. Hospital General de Segovia.*

**Introducción.** La aparición de un exantema es uno de los motivos de consulta más frecuentes en los Servicios de Urgencias. En función de las características y de los síntomas y signos acompañantes, podremos orientar la etiología hacia una determinada enfermedad o plantearnos un diagnóstico diferencial más amplio, siempre basándonos en una adecuada anamnesis.

**Caso clínico.** Lactante de 1 mes y 21 días que consulta en Urgencias por exantema, caracterizado por lesiones cutáneas violáceas digitiformes de 10 días de evolución en tórax y abdomen, que progresivamente han ido en aumento y que desaparecen a la vitropresión, pudiendo recordar a una vasculitis o al Edema Agudo Hemorrágico del Lactante. A la exploración física presenta importante fragilidad capilar así como aparición de múltiples hematomas tras las venopunciones. En la analítica destaca leucocitosis con linfocitosis y presencia de linfocitos atípicos (45%) sin alteración significativa de la serie roja ni plaquetar, así como LDH 1.069 u/L e hipofibrinogenemia. Realizado frotis de sangre periférica y citometría de flujo, objetivándose una población que comprendía el 68% de las células con existencia fuerte de los marcadores CD4+, CD38+ y CD58+ y siendo los blastos negativos para la mieloperoxidasa, confirmándose así el diagnóstico de leucemia de precursores de células dendríticas. Se deriva a la paciente a un hospital de tercer nivel donde se realiza trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos, siendo el donante la madre. Finalmente fallece a los 2 años y medio.

**Conclusión.** El exantema puede ser la primera manifestación de una enfermedad grave, pero no siempre es patognomónico, de ahí, el interés de abordarlos a través de una sistemática que integre todos los datos clínicos y permita un amplio diagnóstico diferencial. La leucemia de precursores de células dendríticas es una patología infrecuente y altamente agresiva, que se clasifica dentro del grupo de leucemia mieloblástica aguda.

**LA IMPORTANCIA DE LA ARILSULFATASA A.** *Lozano Rincón, Lydia; Valladares Díaz, Ana Isabel; Brel Morenilla, María; Bartolomé Calvo, Gloria; Lavandera Gil, Inés; García-Trevijano Cabetas, Loreto; Jimenez Casso, Marisol; Domínguez Benal, Eva María. Hospital General de Segovia.*

**Introducción.** Leucodistrofia metacromática: error del metabolismo de los lípidos, desorden autosómico recesivo (deficiencia de arilsulfatasaA), que produce acumulación de sulfato cerebrosidio. Prevalencia 1:40.000 Europa y Norte América. Forma infantil con síntomas entre los 6 meses y los 2 años de edad: regresión psicomotora, crisis, ataxia, hipo-

tonía, reflejos plantares extensores, neuropatía periférica y atrofia óptica. Progresión que conlleva la muerte entre los 5 y 6 años. El diagnóstico: déficit de actividad enzimática en leucocitos o fibroblastos (puede existir pseudodeficiencia). La reducción de la velocidad de conducción nerviosa y las concentraciones elevadas de proteínas en LCR ayudan al diagnóstico. No tratamiento curativo, trasplante de células madre hematopoyéticas ralentiza la progresión y disminuye las secuelas en algunos pacientes (precoz). Trasplante de médula y terapia génica.

**Casos clínicos.** *Caso 1:* Varón, 9 meses. Padres consanguíneos en 2º grado. Psicomotor previo normal: retraso del lenguaje y deterioro de la marcha. Incremento de HbA2 y HbF. EMG: polineuropatía motora y sensitiva de tipo desmielinizante severa. RNM cerebral: Normal. PE alteración de la mielinización de vías visuales. PEAT: alteración con desestructuración importante de las respuestas auditivas del tronco. Cariotipo constitucional: 46XY. Mutación en homocigosis ARSAp[G34R+G34R]: leucodistrofia metacromática. Múltiples ingresos por cuadros respiratorios y de vómitos (gastrostomía a los 2 años). En seguimiento por cuidados paliativos. Fallece a los 7 años en su domicilio por fallo respiratorio. *Caso 2:* Niña 23 meses. Hermano sano y hermano afecto de LMC, valorada con 3 meses: conducciones motoras y PE normales. Alteración en la marcha con aumento de la base de sustentación con hiperextensión de las piernas y nistagmo horizontal bilateral. PINR. Hipertonía leve MMII. No clonus. Babinski bilateral. No habla, entiende órdenes. Estudio genético: portadora mutación, recibe trasplante de médula ósea de progenitores hematopoyéticos de hermano HLA idéntico no afecto. No efectivo, parálisis cerebral infantil. Seguimiento en neurología y cuidados paliativos.

**Conclusiones.** Diagnóstico y tratamiento precoz (trasplante de células madre hematopoyéticas y terapia génica): determinantes en pronóstico, pese a necesidad de más estudios para confirmar la seguridad y el beneficio. Seguimiento, tratamiento multidisciplinar y consejo genético de vital importancia.

**LESIONES CUTÁNEAS EN NEONATO A TÉRMINO. NO TODO ES EXANTEMA TOXOALÉRGICO.** *Valdés Montejo, Irene; Benavent Torres, Roger; Álvarez Juan, Beatriz; Tamargo Cuervo, Alejandra; De Castro Vecino, Pilar; González Mieres, Cristina; Alonso Quintela, Paula; Oulego Erroz, Ignacio. Complejo Asistencial Universitario de León.*

**Introducción.** La aparición de lesiones cutáneas es frecuente en los recién nacidos. En la mayoría de casos se tratan

de lesiones transitorias, benignas que no precisan tratamiento, siendo fundamental un adecuado conocimiento de las mismas para evitar iatrogenia.

**Caso clínico.** Neonato a término que a las 6 horas de vida comienza con erupción cutánea generalizada en tronco y miembros, papulopustulosa, eritematosa y descamativa, que clarea con la digitopresión; mucosa oral respetada. Antecedentes personales: embarazo controlado con ecografías y serologías normales; infección urinaria en semana 31 y candidiasis vaginal en semana 34 (sin cultivo recogido), ambas tratadas. No lesiones en área genital previas al parto. Amniorrexis de dos horas. Parto eutócico. Líquido amniótico meconial con Apgar 1/2/7, precisando reanimación tipo IV y manteniéndose en hipotermia pasiva las primeras 6 horas de vida con exploraciones neurológicas normales. Leucocitosis (máximo 43.800/ul) y reactantes de fase aguda (PCR y PCT) normales. Cultivos negativos, excepto cultivo de escamas de lesiones cutáneas, positivo para *Candida albicans*. PCR de SARS COV2 en frotis nasofaríngeo negativo. Se inicia tratamiento antibiótico empírico y fluconazol (intravenoso inicialmente y oral hasta completar 14 días), con adecuada evolución clínica y desaparición de las lesiones cutáneas.

**Conclusión.** La candidiasis cutánea congénita es una patología infrecuente, resultado del contagio del recién nacido durante el embarazo o parto. Es más frecuente en prematuros con mayor riesgo de diseminación sistémica y muerte. Se manifiesta como una erupción papulopustulosa sobre base eritematosa, que puede evolucionar a vesículas. Su distribución es generalizada, incluyendo palmas y plantas. La evidencia del hongo en una muestra obtenida tras el raspado de las lesiones cutáneas es diagnóstico, precisando completar el estudio con la obtención de cultivos. El tratamiento consistirá en antifúngicos orales o intravenosos de la manera más precoz posible.

**MALFORMACIÓN BRONCOPULMONAR DIAGNOSTICADA POR LARINGITIS AGUDA DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA.** *Gutiérrez Moreno, Miriam<sup>1</sup>; Rodríguez Ramos, Ana<sup>1</sup>; Sánchez Moreno, Sonia<sup>2</sup>; Hernández González, Natalia<sup>1</sup>; Ochoa Sangrador, Carlos<sup>1</sup>; Valencia Soria, Cristina<sup>1</sup>; Marugán Isabel, Víctor Manuel<sup>1</sup>; Gil Rivas, Teresa<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Complejo Asistencial de Zamora. <sup>2</sup>Atención Primaria Fuentes de Oñoro, Salamanca.

**Introducción.** Las malformaciones broncopulmonares engloban un grupo heterogéneo de alteraciones del desarrollo pulmonar. Según edad gestacional y nivel del árbol traqueobronquial implicado, provocará diferentes lesiones

histológicas. Incidencia: 56/100.000 recién nacidos vivos. La malformación congénita de la vía aérea pulmonar (MCVAP) es la malformación pulmonar más frecuente. Debido a un exagerado desarrollo de las estructuras bronquiales a expensas de los alvéolos, junto a una vía aérea de aspecto anormal por falta de cartílago.

**Caso clínico.** Varón de 6 meses ingresado en el Servicio de Pediatría por cuadro de laringitis moderada con respuesta parcial a nebulización de adrenalina y dosis oral de dexametasona, persistiendo tos laríngea, afonía, tiraje subcostal, polipnea y roncus dispersos en la auscultación. En las primeras horas de ingreso se mantiene con tratamiento con adrenalina nebulizada y dexametasona con mejoría parcial de la clínica, pero persiste afonía y polipnea y presenta pico de fiebre, por lo que se realiza analítica de control (aumento de reactantes de fase) y radiografía de tórax. Imagen radiológica informada como proceso infeccioso cavitado vs. neumatocele. Se realiza Mantoux, test del sudor, analítica para estudio de neumoalergenos, alfa-1-antitripsina e inmunoglobulinas: resultado dentro de la normalidad. AngioTC: se objetiva lesión multiquística en segmentos posteriores de lóbulo superior izquierdo, contenido líquido en las lesiones quísticas; sugerente de MCVAP Tipo I, probable conexión con bronquio del segmento apicoposterior del LSI, condicionando desplazamiento traqueal hacia la derecha. Fibrobroncoscopia: no se observan alteraciones bronquiales aparentes, hallazgos compatibles con laringomalacia. Tratamiento: programada intervención quirúrgica al año de vida.

**Conclusión.** Ante una laringitis con evolución tórpida sería conveniente realizar una radiografía para descartar otra patología asociada. La MCVAP tipo I es el tipo más frecuente, pudiendo ser una lesión asintomática o manifestarse con clínica neonatal por desplazamiento mediastínico o por infecciones de repetición. El tratamiento definitivo es la exéresis por la posibilidad de malignizar en carcinoma bronquioloalveolar.

**MANEJO DE PACIENTE CON HIPERTIROIDISMO AUTOINMUNE SEVERO.** *Alonso Ferrero, Jair; González Uribelarrea, Sara; Torres Ballester, Irune; Sánchez Sierra, María Nazaret; Fraile García, Laura; Bahillo Curieses, María del Pilar.* Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción.** La causa más frecuente de hipertiroidismo en Pediatría es la enfermedad de Graves-Basedow (EG-B), sobre todo en mujeres (5:1), con un pico de edad a los 11 años. Es importante su detección precoz para iniciar tratamiento y obtener mayor tasa de remisión.



**Caso clínico.** Varón de 2 años 3 meses bien vacunado y sin alergias derivado desde Atención Primaria por diarrea, pérdida ponderal, avidez por la ingesta, nerviosismo, inquietud motora, insomnio y diaforesis de 3 meses de evolución. Exploración física: peso 12,7 kg (-0,31 DE), talla 97,5 cm (+2,9 DE), IMC 13,36 kg/m<sup>2</sup> (-2,3 DE), TA 118/77 mmHg (+2,14, +2,74 DE). Movimiento continuo y sudoroso. AC: FC 178 lpm, soplo sistólico. Exoftalmos leve. No bocio. Temblor fino distal. Pruebas complementarias: Coprocultivo, serologías y celiacografía negativas, electrocardiograma taquicardia sinusal. Analítica completa normal. Hormonas tiroideas: TSH 0,01 mUI/ml, T4L 7,77 ng/dl, Ac-antiTSH-receptor > 40 UI/L. Gammagrafía: bocio difuso hiperfuncionante. Ecografía: tiroides aumentado de tamaño, hipoeoico, hipervascularizado. Edad ósea 6 años 9 meses. Inicia propranolol (2mg/kg/día) y metimazol (0,4mg/kg/día), precisando incremento de dosis hasta 1,1 mg/kg/día por difícil control clínico y analítico. Fractura radio-cubital en tallo verde a los 2 meses (densitometría en Pc50 para la edad con metabolismo calcio-fósforo normal, iniciando suplementos de Ca-VitD). Presenta una evolución tórpida (TSH indetectable y anticuerpos muy elevados) con empeoramiento clínico y T3 muy elevada que impiden descenso de dosis (diagnóstico de EG-B T3 dependiente). Estabilidad posterior que permite descenso de dosis tras 7 meses de seguimiento. Dosis actual 0,3 mg/kg/día tras 26 meses de seguimiento encontrándose asintomático, con ganancia ponderal adecuada y velocidad de crecimiento estable.

**Conclusiones.** La EG-B T3 dependiente se presenta en pacientes más pequeños, con niveles de anticuerpos, T3, T4 y volumen glandular mayores. Peor controlados incluso con doble dosis y mayor tiempo de antitiroideos. Aun así, recaen con más probabilidad, precisando cambios de tratamiento en su evolución.

**MASTOCITOSIS CUTÁNEA. A PROPÓSITO DE UN CASO.** *Macías Panedas, Alba; Barrio Alonso, María Paz; Soltero Carracedo, José Fernando; González García, Carla; Doval Alcalde, Iraia; Fernández Alonso, José Elviro; Sánchez Herrero, Alejandro; Olaya Posada, Marcela. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.*

**Introducción.** La mastocitosis cutánea es una enfermedad poco frecuente y de amplio espectro clínico. Puede afectar tanto de forma sistémica como cutánea, siendo esta última la forma más común, englobando diferentes variantes clínicas: Mastocitoma Solitario, Mastocitosis Cutánea Difusa y Urticaria Pigmentosa. En la mastocitosis cutánea difusa

se observa acúmulos anormales de mastocitos en la piel, sin implicación ni lesión de otros órganos. Es la forma más frecuente de afectación en la infancia, con evolución benigna y prácticamente desaparición en la adolescencia.

**Caso clínico.** Niña de 7 meses, sin antecedentes de interés salvo alergia a proteínas de leche de vaca de un mes de evolución tratada con fórmula hidrolizada. Presenta lesiones en la piel desde hace varios meses que no desaparecen a pesar de tratamiento corticoideo tópico. Se deriva al Servicio de Dermatología donde se describen lesiones dérmicas no infiltradas en tronco y región clavicular anterior y posterior con enrojecimiento a la presión y prurito sin componente epidérmico ni aspecto vascular. En la analítica sanguínea no existen citopenias, presenta una bioquímica hepática normal y unos niveles de Triptasa sérica de 19,1 mcg/L (límite 20 mcg/L). En la biopsia se observa infiltración de dermis por células estrelladas positivas para CD117 sin existir lesión en el resto del tejido, por lo que se diagnostica de Mastocitosis cutánea de tipo difuso. Se decide derivar al Instituto de Mastocitosis de Castilla La Mancha por motivos de cambio domiciliario.

**Conclusiones y comentario. s:** Las Mastocitosis tienen manifestaciones clínicas muy heterogéneas con posible afectación multisistémica aunque en la edad pediátrica suelen afectar exclusivamente a la piel. Los niveles de triptasa aparecen elevados en las mastocitosis difusas. El tratamiento va dirigido a prevenir la aparición de síntomas evitando factores desencadenantes y mediante fármacos que disminuyan la carga y degranulación mastocitaria.

**MIOSITIS BACTERIANA. A PROPÓSITO DE UN CASO.** *Soltero Carracedo, José Fernando; Villagómez Hidalgo, Francisco Joaquín; Macías Panedas, Alba; Doval Alcalde, Iraia; González García, Carla; Peña Valenceja, Alfonso; Bartolomé Porro, Juan Manuel; Cantero Tejedor, María Teresa. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.*

**Introducción.** La miositis corresponde a una inflamación y necrosis muscular, infecciosa o no. Las de origen infeccioso son más frecuentes en áreas tropicales y por *Staphylococcus aureus*.

**Caso clínico.** Niño de 11 años, con antecedentes de dermatitis atópica generalizada con regular control, que acude a urgencias por cuadro de 3 días de evolución, sin causa aparente, de cojera de MII acompañado de fiebre alta en las últimas 48 horas y dolor inguinal irradiado a cara medial del muslo ipsilateral que le llega a incapacitar para caminar y sostener su peso. En urgencias realizan radiografía y



ecografía de cadera normales. Solicitan analítica sanguínea destacando elevación de RFA y transaminasas. Debido al cuadro clínico y analítico se decide ingreso para estudio de probable infección osteomuscular. Se obtienen muestras de hemocultivos y se pauta tratamiento con Cloxacilina iv. A las 16 horas del ingreso se realiza RM de cadera y muslos en la que se observan lesiones compatibles con miositis aguda infecciosa, sin piomiositis ni osteomielitis asociada. Durante el ingreso presenta rápida mejoría clínica. Se nos informa precozmente del crecimiento de *S. aureus* sensible a oxacilina en 2 hemocultivos y decide mantener el mismo tratamiento. Tras 7 días de ingreso se da de alta pautándose 3 semanas más de cloxacilina oral completando así un total de 4 semanas de tratamiento.

**Conclusiones.** La miositis infecciosa es una patología rara, producida más frecuentemente por estafilococos, cuya puerta de entrada pueden ser pequeñas lesiones en la piel. Es una entidad que hay que tener en cuenta a la hora de atender a un niño con lesiones en la piel, fiebre y cojera.

**MONONUCLEOSIS: FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓN.** Pérez Pérez, Alicia<sup>1</sup>; González López, Clara<sup>1</sup>; Elola Pastor, Ana Isabel<sup>1</sup>; Alonso Losada, Daniel<sup>1</sup>; Vicente Martínez, Celia<sup>1</sup>; Megido Armada, Alba<sup>1</sup>; Martín Ramos, Silvia<sup>1</sup>; Rodríguez de la Rúa, Victoria<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>2</sup>Centro de Salud El Cristo, Oviedo.

**Introducción.** El síndrome mononucleósico, causado en el 90% de las ocasiones por el EBV, engloba una serie de cuadros infecciosos caracterizados fundamentalmente por la presencia de fiebre, faringitis, adenopatías y esplenomegalia. Existen una gran variedad de síntomas menos típicos con los que también puede manifestarse y dificultan su diagnóstico.

**Caso clínico.** Paciente de 5 años de edad, sin antecedentes de interés, consulta por astenia de 5 días de evolución y dolor en región orofaríngea con edema en el labio superior desde el día antes. No fiebre ni odinofagia. A la exploración física se encuentra con buen estado general aunque algo decaído. Normocoloreado, discretamente ojeroso. Edema en labio superior e hipertrofia gingival con algunas petequias en encía superior (no refieren sangrado) (Figura 1). Múltiples adenopatías de entre 1 -1,5 cm, rodaderas, no dolorosas, a nivel cervical, axilar e inguinal. Se palpa también polo de bazo. Amígdalas normales. No se observan lesiones en otras partes del cuerpo. El resto de la exploración es normal. Al día siguiente se observa un aumento de la hipertrofia gingival y mayor número de petequias en encías. El resto de la exploración es similar al día previo. Se solicita analí-

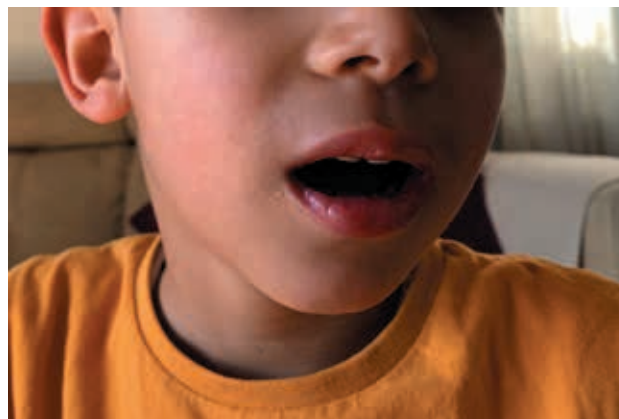


Figura 1.

tica urgente, con hallazgos compatibles con mononucleosis infecciosa (leucocitosis con 70% de linfocitos y transaminasas elevadas), que se confirma con serología positiva para EBV IgM. Llama la atención que durante ese año, su hermana de 3 años presentó un cuadro de mononucleosis infecciosa, 9 meses antes, que debutó solamente con edema palpebral importante. Y su madre, 6 meses antes, también padeció mononucleosis, con mucha astenia y adenopatías. Ninguno de ellos presentó fiebre, odinofagia ni exudados amigdalares.

**Conclusión.** Es importante considerar la mononucleosis infecciosa ante signos y síntomas no característicos y en el diagnóstico diferencial de otras enfermedades con las que puede compartir sintomatología, incluyendo algunos procesos malignos como leucemias o linfomas.

**NEFRITIS O APENDICITIS... HE AHÍ LA CUESTIÓN.** Espinoza Leiva, Andrea Patricia<sup>1</sup>; Aldana Villamañán, Ignacio<sup>1</sup>; Sáez García, Laura María<sup>1</sup>; López Balboa, Pablo<sup>1</sup>; Garrote Molpeceres, Rebeca<sup>2</sup>; Urbaneja Rodríguez, Elena<sup>1</sup>; Bartolomé Cano<sup>1</sup>, M<sup>a</sup> Luisa; Sánchez-Abuín, Alberto<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>Unidad de Nefrología Pediátrica, <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Objetivos.** Conocer las características de la nefritis focal aguda bacteriana (NFAB) en pediatría.

**Material y métodos.** Estudio de las características clínico-diagnósticas y terapéuticas de niños ≤ 14 años ingresados en nuestro hospital el último año con diagnóstico de NFAB. Revisión de historias clínicas.

**Resultados.** Se registraron 2 pacientes con NFAB, un niño de 4 años y una niña de 14 años. Ambos presentaban fiebre alta de 3-4 días asociada a abdominalgia intensa irradiada a fosa iliaca derecha y vómitos. Su exploración

física revelaba mal estado general con signos de irritación peritoneal positivos. En las analíticas de ambos se objetivó leucocitosis ( $\geq 15.000$  leucocitos/ $\text{mm}^3$ ), neutrofilia ( $\geq 85\%$ ), PCR y PCT elevadas ( $\geq 250$  mg/L y  $\geq 3,5$  ng/ml, respectivamente) y coagulopatía (IPT  $\leq 36\%$ ). Ecográficamente en ninguno se objetivó el apéndice, sin mostrar otras alteraciones estructurales. Tras ser evaluados conjuntamente con Cirugía Pediátrica por sospecha clínica de apendicitis, en ambos casos se solicitó TAC abdominal, dada la inespecificidad del cuadro clínico, objetivando en ambos pacientes la presencia de áreas hipodensas cuneiformes en polos renales derechos, siendo diagnosticados de NFAB. Tanto el hemocultivo como el urocultivo de ambos pacientes resultaron negativos, mostrando leves alteraciones del sistemático/sedimento de orina al ingreso. Fueron tratados con cefalosporinas durante 2-3 semanas, cumpliendo en ambos casos 1 semana de tratamiento endovenoso. Evolución clínica posterior favorable.

**Conclusiones.** La NFAB se define por presentar áreas de necrosis no licuefactiva corticales renales, considerándose una forma intermedia entre pielonefritis y absceso renal. Es difícil de diferenciar de cuadros abdominales agudos, confundiendo frecuentemente con apendicitis por la abdominalgia y sintomatología digestiva que presentan, asociando fiebre alta de varios días. El TAC abdominal es la prueba más sensible y específica para diagnosticarla, aunque actualmente la mejoría del eco-doppler renal ha desplazado a la anterior. Es importante diagnosticarla y tratarla precozmente por la alta incidencia de complicaciones y cicatrices renales que asocia.

**NEUMONÍA CAVITADA, EVOLUCIÓN EN IMÁGENES.** Fernández López, Ainhoa; Quesada Colloto, Paula; Méndez Sánchez, Alejandra; Díaz García, Paula; Gutiérrez Martínez, José Ramón; García Suárez, Laura; Fernández Miaja, María. Hospital Universitario Central de Asturias.

**Introducción.** Entre las complicaciones derivadas de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se encuentra la neumonía cavitada (NC). Es una complicación infrecuente pero grave, caracterizada por necrosis y cavitación del parénquima pulmonar. En la radiología puede identificarse un nivel hidroaéreo. Se asocia a infecciones por gérmenes anaerobios y aerobios, como *Streptococcus pneumoniae* o *Staphylococcus aureus*. El tratamiento se basa en antibioterapia de amplio espectro durante semanas.

**Caso clínico.** Varón de 9 meses que ingresa por neumonía de lóbulo superior derecho en contexto de infección gripal.

En la analítica presenta leucocitosis de  $60,95 \times 10^3$ /mcl, PCR de 18,5 mg/dl y PCT de 13,7 ng/ml. Se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico intravenoso y oseltamivir. A las 48 horas está afebril, por lo que se modifica antibioterapia a vía oral hasta completar 10 días en domicilio. Reingresa a los 7 días de finalizar el tratamiento por reaparición de fiebre. En estudio analítico se objetiva leucocitosis de  $31,760 \times 10^3$ /mcl, PCR de 59,8 mg/dl y PCT de 29,57 ng/ml. Se solicita radiografía de tórax, donde se observa empeoramiento de neumonía previa, y se reinicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico intravenoso. Dada la persistencia de fiebre, a las 72 horas del ingreso se realiza control radiológico en el que se observa un área cavitada en lóbulo superior derecho. Se modifica antibioterapia a cefotaxima y clindamicina que se mantienen 17 días, y posteriormente se realiza terapia secuencial a cefuroxima oral hasta completar 1 mes de tratamiento. Se confirma neumonía cavitada en lóbulo superior derecho por TC.

#### Conclusiones:

- La NC supone el 0,8% de las NAC y el 6% de las NAC que precisan hospitalización.
- Se recomienda realizar TC de tórax ante neumonía de evolución tórpida, si la radiografía no revela anomalías que expliquen dicha evolución.
- En la TC se observa un área de supuración, con líquido y aire, rodeada por una pared de fibrosis.

**NÓDULOS SUBCUTÁNEOS EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE GRANULOMA ANULAR PROFUNDO.** Antomil Guerrero, Beatriz<sup>1</sup>; González Sánchez, María<sup>2</sup>; Rodríguez Díaz, Eloy<sup>3</sup>; Lagunilla Herrero, Laura<sup>2</sup>; Ruiz del Árbol Sánchez, Paloma<sup>2</sup>; Asensi Miranda, Elia<sup>3</sup>; Baizan Megido, Jovino<sup>4</sup>; Martínez Blanco, Jacinto<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>2</sup>Centro de Salud El Coto. <sup>3</sup>Hospital Universitario de Cabueñes. <sup>4</sup>Centro de Salud Natahoyo.

**Introducción.** El granuloma anular consiste en una dermatosis inflamatoria granulomatosa de naturaleza benigna, con tendencia a la resolución espontánea y recidiva. Se han descrito diferentes variantes clínicas, entre las que se encuentra el granuloma anular subcutáneo o profundo (GAS), que se presenta casi exclusivamente en niños entre 2 y 5 años, en forma lesión nodular única o múltiple, de rápido crecimiento, indurada, de localización en planos profundos e indolora, sin signos inflamatorios en epidermis, distribuida predominantemente en extremidades inferiores, manos y cuero cabelludo.

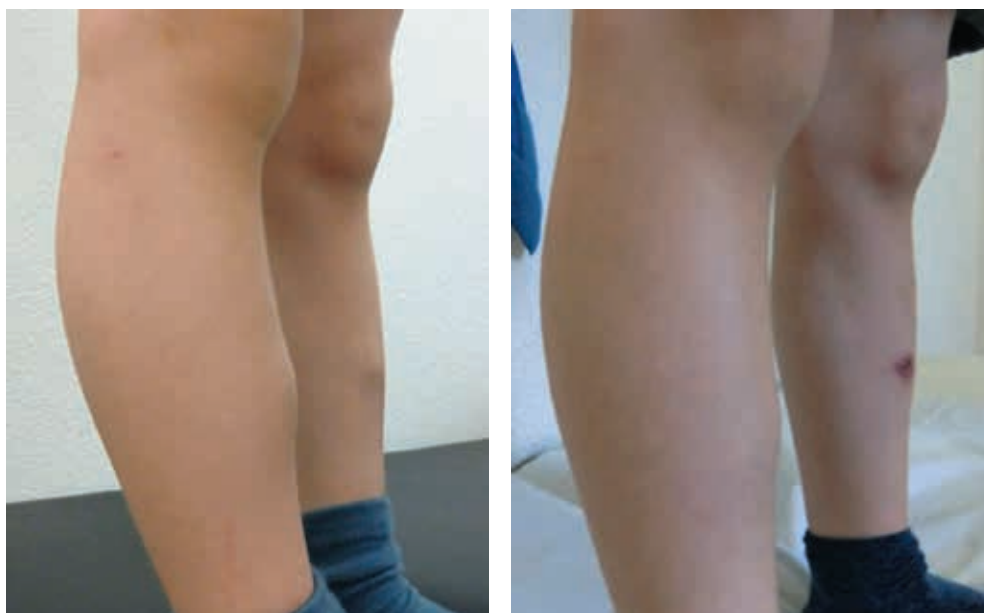


Figura 1.

**Caso clínico.** Se presenta el caso de un niño de 4 años sin antecedentes de interés con aparición aguda de dos GAS en ambas regiones pretibiales (Figura 1), confirmados mediante biopsia, con buena evolución clínica, sin recidivas ni comorbilidades asociadas hasta el momento actual. Se revisa la etiología, el diagnóstico diferencial y los tratamientos disponibles. En cuanto a la etiología, continúa siendo desconocida. La hipótesis más aceptada es que se trata de una reacción de hipersensibilidad tipo IV para la que se han propuesto diferentes desencadenantes: traumatismos, infecciones, mantoux, diabetes mellitus, picaduras de insectos, vacunación, etc. Respecto al diagnóstico diferencial, resulta fundamental incluir otras patologías que pueden entrañar peor pronóstico, entre las que se encuentran: nódulos reumatoideos, sarcoidosis, paniculitis, procesos infecciosos o tumorales. En la mayoría de los casos, la confirmación diagnóstica requerirá la realización de biopsia y estudio anatomopatológico. Debido a su carácter autolimitado, la opción terapéutica más habitual es el control evolutivo, aunque en ocasiones se lleva a cabo tratamientos activos, entre los que destacan: corticoides tópicos o intralesionales, inmunomoduladores tópicos (tacrolimus, imiquimod), interferón intralesional, fototerapia, crioterapia, laserterapia, terapia sistémica (antipalúdicos, antibióticos, inmunosupresores, isotretinina, biológicos), etc.

**Conclusión.** En conclusión, el GAS debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de nódulos subcutáneos en niños, ya que es un cuadro que se puede presentar en la consulta del pediatra de Atención Primaria.

**NO TODO ES CORONAVIRUS EN TIEMPOS DE COVID-19.** Pérez González, Daniel<sup>1</sup>; Santos Lorente, Carolina<sup>1</sup>; Viadero Ubierna, M. Teresa<sup>1</sup>; Ansó Mota, María<sup>1</sup>; Fernández Suárez, Natalia<sup>1</sup>; Garde Basas, Jesús<sup>1</sup>; Palacios Sánchez, Mirian<sup>1</sup>; Holanda Peña, M. Soledad<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

**Introducción.** La infección por SARS-CoV-2 presenta gran variabilidad clínica, entrando dentro del diagnóstico diferencial de la mayoría de la patología atendida en Urgencias Pediátricas. Describimos un caso inicialmente enfocado como Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS) en el que este origen no pudo confirmarse.

**Caso clínico.** Niño de 10 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que consulta en mayo 2020 por fiebre de 6 días asociando clínica respiratoria, gastrointestinal y lesiones eritemato-violáceas dolorosas en región distal extremidades. PCR SARS-CoV-2 tras 48 horas sintomático negativa. Analíticamente destacan linfopenia y trombopenia, con aumento reactantes fase aguda y factores protrombóticos; radiografía de tórax sin alteraciones. Se decide ingreso previa extracción PCR SARS-CoV-2 y rastreo microbiológico ampliado. En primeras horas presenta empeoramiento del estado general, asociando taquicardia y tensiones límite. Se realiza ecocardiograma, objetivando imagen hiperecogénica en velo septal mitral, que condiciona insuficiencia mitral (IM) leve, con fracción de eyección conservada. Se traslada a

UCI-P, previa realización de TAC toraco-abdomino-pélvico, objetivando lesiones isquémicas en parénquima hepático, esplénico y renal, sin signos de tromboembolismo pulmonar. Ante sospecha de endocarditis infecciosa (EI) sobre válvula nativa *vs* SIM-PedS con lesiones trombóticas se inicia antibioterapia empírica y anticoagulación. Crecimiento de *S. aureus* meticilin sensible en hemocultivo, con PCR SARS-CoV-2 y serologías negativas, por lo que se dirige antibioterapia y se retira anticoagulación. Clínicamente estable, sin precisar soporte; sin embargo, empeoramiento ecocardiográfico, con rápida progresión a IM moderada-severa. Se remite a hospital de referencia, dónde se realiza intervención quirúrgica (prótesis mitral mecánica). Complicación fatal en postoperatorio inmediato, sufriendo hemorragia cerebral que condiciona fallecimiento.

**Conclusiones.** La EI es un cuadro infrecuente en niños sin factores de riesgo asociados, pero potencialmente grave, cuyos estigmas cutáneos (nódulos Osler, manchas Janeway) pueden confundirse ante sospecha de COVID-19. Debemos recordar la existencia de otros cuadros dentro del amplio diagnóstico diferencial con infección por SARS-CoV-2.

**RECTORRAGIA SECUNDARIA A GASTROENTERITIS POR CAMPYLOBACTER EN PERÍODO NEONATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.** *Castañares Saiz, Mirian; Frank De Zulueta, Pelayo; Palacios Sanchez, Mirian; Llorente Pelayo, Sandra; Pérez Santos, Ana Belén. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.*

**Introducción.** La rectorragia en el período neonatal puede obedecer a diferentes causas, algunas de ellas graves como la enterocolitis necrotizante, el vólvulo intestinal o la enfermedad hemorrágica del RN; y otras con curso benigno, como la colitis hemorrágica por proteína de leche de vaca (PLV) o la hemorragia secundaria a sangre materna deglutida. La etiología infecciosa, a diferencia de lo que sucede en el resto de grupos de edad, es una causa poco frecuente de rectorragia en el período neonatal, especialmente en la primera semana de vida, siendo su transmisión principalmente a través del canal del parto o por contacto con personas del entorno.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un RNAT (S40+3) de PAEG (3340g), sin antecedentes prenatales ni familiares de interés, nacido mediante parto eúctico. Administrada profilaxis con vitamina K IM al nacimiento y alimentado mediante lactancia materna exclusiva. A las 48 horas de vida, durante su estancia en planta de maternidad, inicia deposiciones líquidas con sangre roja fresca y moco en número de 4-5 al día. No irritabilidad, fiebre, rechazo de tomas ni otra

clínica. A la exploración física presenta buen estado general y una exploración abdominal y perianal normal, sin hematomas ni lesiones en piel. Se realiza analítica con hemograma y coagulación sin alteraciones y ecografía de abdomen normal. Se recoge coprocultivo y ante sospecha de proctocolitis hemorrágica por PLV se retiran lácteos de la dieta materna. A las 48 horas continúa con restos de sangre en las deposiciones aunque de menor cuantía y se obtiene resultado de coprocultivo positivo para *Campylobacter jejuni*. Coprocultivo materno postparto negativo. Se inicia tratamiento con Azitromicina oral, siendo dado de alta al 5º día de vida tras normalización total de las deposiciones y con curva ponderoestatural ascendente. En el seguimiento posterior en consultas a las 2 semanas de vida se mantiene asintomático, con alimentación con lactancia materna con dieta materna libre.

**Conclusiones.** La gastroenteritis aguda es una causa infrecuente de rectorragia en la primera semana de vida, con muy pocos casos descritos en la literatura. Dentro de los gémenes implicados, el *Campylobacter* aparece con mayor prevalencia y, en general, tiene un curso clínico benigno y autolimitado, siendo controvertida la necesidad de tratamiento antibiótico con macrólidos. La rectorragia puede ser el único síntoma de gastroenteritis bacteriana en período neonatal por lo que deben recogerse cultivos incluso en los casos de curso benigno, para evitar diagnósticos erróneos y acciones terapéuticas innecesarias, como la retirada mantenida de la PLV.

**REVISIÓN DEL SÍNDROME DE MICRODELECCIÓN 1Q44 A RAÍZ DE UN CASO.** *Hernández González, Natalio; Rodríguez Ramos, Ana; Gil Rivas, Teresa; Marugán Isabel, Víctor Manuel; Ochoa Sangrador, Carlos; Valencia Soria, Cristina; Gutiérrez Moreno, Miriam. Complejo Asistencial de Zamora.*

**Introducción.** El síndrome de microdelección 1q44 es una patología recientemente descrita que asocia dismorfia facial, microcefalia y discapacidad intelectual (principalmente retraso del lenguaje, hipotonía y convulsiones). Prevalencia de < 1/1.000.000 recién nacidos, con una herencia aún desconocida.

**Caso clínico.** Neonata mujer con alteraciones al nacimiento de perímetro cefálico (PC) con valor en p < 5 (32 cm). En la exploración física destaca: discreta microcefalia, raíz nasal ancha, vestigio braquial derecho cartilaginosa y fosita izquierda en tercio inferior de esternocleidomastoideo, ruidos respiratorios compatibles con laringomalacia. Cribado auditivo, cardiológico y endocrinometabólico sin alteraciones. Serologías negativas. Ecografía cerebral y cervical: quistes branquiales en zona laterocervical derecha, resto sin hallazgos



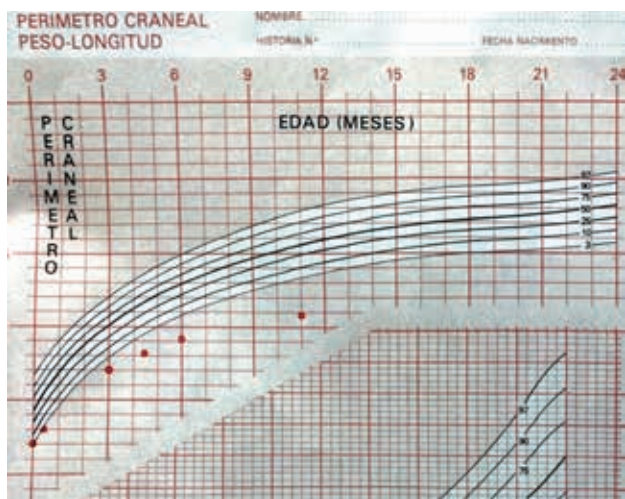


Figura 1.

patológicos. Durante el seguimiento en consultas externas de Neonatología se objetiva persistencia de PC < 3 y moldeamiento craneal derecho, ojo derecho con hendidura palpebral algo mayor que la izquierda y discreto estrabismo divergente derecho, ingurgitación mamaria bilateral, mancha café con leche en pierna derecha y sinequias vulvares, pies y manos con leve edema en dorso, pies planos con antepie aducto. A nivel neurológico presenta ligera hipotonía axial con desarrollo neurológico retrasado. A los 7 meses de vida se evidencia sutura metópica marcada y abultamiento interparietal además de PC < 1 (40,5 cm, - 4,51 DS), por lo que se solicita tomografía computerizada craneal donde se confirma craneosinostosis de sutura metópica y coronal. Resonancia magnética craneal: aspecto microcefalo sin alteraciones manifiestas en pruebas de imagen. Estudio genético C-HCG arrays con alteraciones compatibles con microdelección 1q44. (Figura 1)

**Conclusión.** La microdelección 1q44 es una patología que se considera del grupo de enfermedades raras con implicación de varios órganos que pueden estar afectados especialmente a nivel neurológico, por lo que el diagnóstico debería hacerse con la mayor celeridad posible y con un seguimiento multidisciplinar para poder mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

**SÍNDROME DE ROKITANSKY: DIFÍCIL DIAGNÓSTICO EN EDAD PEDIÁTRICA. A PARTIR DE UN CASO.** Obregón Asenjo, Miguel; López Salas, Eva; Puente Ubierna, Laura; Blanco Barrio, Amaya; Arteta Saenz, Elena; Luis Barrera, Cristina; García Miralles, Laura Carlota; Zaramona Leguina, Saioa. Hospital Universitario de Burgos.

**Introducción.** Presentamos un caso de síndrome de Rokitansky o agenesia mulleriana, enfermedad poco frecuente que se caracteriza por presentar amenorrea primaria por la ausencia congénita del tercio superior de la vagina.

**Caso clínico.** Paciente de 13 años, ya conocida en Endocrinología Infantil por pubertad adelantada, con la que se inicia estudio por pubertad detenida (ausencia de amenorrea tras 5 años desde la telarquia). No otros datos de interés en la anamnesis, con exploración genital y puberal acorde a su edad. Estudio hormonal en estadio puberal sin alteraciones, con cariotipo 46 XX. Se realiza ecografía abdominal en la que no se visualiza ni útero ni vagina. Estas ausencias se confirman con la Resonancia Magnética. Así, se diagnostica de síndrome de Rokitansky. Se pauta seguimiento conjunto por parte de Endocrinología Infantil, Cirugía Pediátrica y Psiquiatría Infanto-Juvenil. Pendiente de continuar seguimiento y tratamiento.

**Conclusiones.** La agenesia Mulleriana es una condición poco frecuente, que se diagnostica poco en servicios de Pediatría. Su diagnóstico se basa, además de la anamnesis y la exploración física, en la normalidad de los estudios hormonales (con cariotipo 46 XX normal) y fundamentalmente en la ausencia de vagina (con o sin útero) en las pruebas de imagen. A pesar de que la ecografía abdominal es la primera prueba de imagen que se suele realizar, la Resonancia Magnética sigue siendo la prueba más concluyente en la actualidad. Su tratamiento puede realizarse mediante técnicas de dilatación vaginales (de elección) o mediante cirugía (creación de neovagina con diferentes tejidos según la técnica empleada). Es una patología que supone un gran impacto psicológico en una edad complicada de la vida, por lo que es importante realizar un correcto abordaje multidisciplinar, pudiendo requerir apoyo por parte de Psiquiatría y Psicología.

**SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO VINCULADO AL SARS-COV-2 (SIM-PEDS). A PROPÓSITO DE UN CASO.** Soltero Carracedo, José Fernando<sup>1</sup>; Macías Panedas, Alba<sup>1</sup>; Doval Alcalde, Iraia<sup>1</sup>; González García, Carla<sup>1</sup>; Cantero Tejedor, María Teresa<sup>1</sup>; Bartolomé Porro, Juan Manuel<sup>1</sup>; Fernández Alonso, José Elviro<sup>1</sup>; Gutiérrez Jimeno, Miriam<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Complejo Asistencial Universitario de Palencia. <sup>2</sup>Clínica Universidad de Navarra.

**Introducción.** En Mayo de 2020 se describe en algunos niños un síndrome inflamatorio sistémico de expresividad variable vinculado al SARS-CoV-2. Se han sugerido diversas definiciones del síndrome y son muchas las incertidumbres debido a su baja prevalencia, los diversos fenotipos descritos,



la gravedad variable, el curso clínico y el manejo óptimo. En ocasiones requiere un alto índice de sospecha y un abordaje multidisciplinar.

**Caso clínico.** Niño de 13 años con Enfermedad Celíaca y PCR para SARS-CoV-2 positiva 14 días antes, que acude a Urgencias por dolor abdominal intenso en FID y fiebre de 40°C. Se realiza ecografía abdominal con hallazgos compatibles con apendicitis aguda complicada. Se realiza laparoscopia en la que se evidencia apéndice cecal normal con gran inflamación e hiperemia de íleon terminal. Permanece asintomático 3 días, reinicia dolor abdominal intenso y afectación general. Ingresa en otro Hospital presentando elevación de PCR, Dímero-D y fibrinógeno. Se diagnostica de SIM-PedS y es tratado con Prednisolona siendo dado de alta a los 7 días con pauta descendente. Reingresa en nuestro Centro a los 9 días por dolor abdominal que comenzó tras finalizar corticoterapia. Se realiza ecografía abdominal con inflamación ileal, ecocardiografía y ECG normales. En la analítica sanguínea destaca elevación de fibrinógeno y Dímero-D. Se reinicia tratamiento con Prednisolona y Enoxaparina. Tras mejoría durante el ingreso, es dado de alta con tratamiento con corticoterapia, ácido acetilsalicílico y lansoprazol. Seguimiento actual por gastroenterología y cardiología pediátrica.

**Conclusiones.** El síndrome inflamatorio sistémico vinculado al SARS-CoV-2 es una entidad de reciente descripción en niños que es necesario tener en cuenta en pacientes con dolor abdominal, afectación del estado general y rasgos clínicos y analíticos compatibles.

**SLING DE LA ARTERIA PULMONAR IZQUIERDA SINTOMÁTICO.** *Andrés de Álvaro, Marta<sup>1</sup>; Aguiar Jar, Paula<sup>1</sup>; Bolívar Ruiz, Patricia<sup>1</sup>; Asensio Valencia, Daniel<sup>2</sup>; Salamanca Zarzuela, Beatriz<sup>1</sup>; Alcalde Martín, Carlos<sup>1</sup>; Centeno Malfaz, Fernando<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>2</sup>Centro de Salud Parquesol.

**Introducción.** El *sling* pulmonar es una cardiopatía congénita infrecuente, consistente en un anillo vascular incompleto en el cual la arteria pulmonar izquierda nace directamente de la rama pulmonar derecha. Dicha arteria pulmonar aberrante discurre sobre la porción proximal del bronquio principal derecho, posteriormente entre tráquea y esófago, hasta alcanzar el hilio pulmonar izquierdo. Un 90% de los casos presentan sintomatología respiratoria precoz (estridor y sibilancias), producida por compresión traqueal o por anomalías traqueales asociadas. Menos frecuente es la disfagia por compresión esofágica. Hasta un 50% de los casos asocian cardiopatías mayores.

**Caso clínico.** Paciente de 4 años derivada a consulta de Cardiología Infantil desde Atención Primaria para estudio soplo sistólico II/VI en foco pulmonar. Como antecedentes personales, destaca seguimiento en consulta de Neumología Infantil por asma episódico frecuente y sospecha de laringotraqueomalacia. Precisó ingreso a los 6 meses de vida por bronquiolitis, y a los 9 meses y a los 3 años por infecciones respiratorias. En la exploración ecocardiográfica se objetiva posible salida de rama pulmonar izquierda desde rama pulmonar derecha. Se completa estudio con TC torácico con diagnóstico definitivo de arteria pulmonar principal izquierda aberrante que condiciona impronta paratraqueal derecha baja por encima de la carina y estenosis del tercio proximal de bronquios principales. Valorada por Servicio de Cirugía Torácica de hospital de referencia, se decide intervención quirúrgica dada la sintomatología. Se realiza reimplantación de la arteria pulmonar izquierda con éxito, sin precisar remodelado traqueal. Actualmente con buena evolución y mejoría de la clínica respiratoria.

**Conclusión.** El pronóstico de esta patología se ve condicionado por la forma de presentación, su asociación con anomalías traqueales y cardiopatías mayores, así como edad inferior al año. En estos casos es fundamental una corrección quirúrgica precoz. El pronóstico en pacientes asintomáticos suele ser bueno, no recomendándose la intervención quirúrgica, aunque sí su seguimiento evolutivo.

**SUBLUXACIÓN ATLOAXOIDEA EN URGENCIAS ¿CUÁNDO DEBEMOS SOSPECHARLO?** *Oreña Ansoarena, Virginia<sup>1</sup>; García Fernández, Sonia<sup>2</sup>; Megido Armada, Alba<sup>2</sup>.* <sup>1</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias.

**Introducción.** La subluxación atloaxoidea es una causa frecuente de tortícolis traumática en niños. Se produce por la rotación de C1 sobre C2 con luxación articular. La etiología más frecuente son traumatismos banales y dentro de las causas no traumáticas el síndrome de Grisel, las anomalías craneocervicales, infecciones de cabeza-cuello o la artritis. La clínica más frecuente es la tortícolis persistente con limitación importante de la rotación del cuello. El diagnóstico se confirma con TC cervical.

**Caso clínico.** Niña de 12 años sin antecedentes de interés que consulta en urgencias por dolor cervical asociado a náuseas y vómitos tras traumatismo con un balón de baloncesto en región cervical 15 días antes. Había consultado en su pediatra y en el servicio de urgencias diagnosticándose contractura cervical e iniciado tratamiento con antiinflamatorios.

torios y fisioterapia. En las últimas 24 h asocia inestabilidad, vómitos y disminución de fuerza en miembros superiores. En la exploración física se encuentra nauseosa e inestable. Presenta una contractura cervical con dolor intenso a la movilización. Fuerza 3/5 en miembros superiores, 4/5 en inferiores, reflejos rotulianos vivos, Hoffman negativo, Minganzzini y Barre negativo con reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. Se realiza radiografía cervical donde se objetiva rectificación de la lordosis fisiológica y una imagen sugestiva de subluxación atloaxoidea por lo que se completa con TC cráneo-cervical donde se confirma el diagnóstico de subluxación atloaxoidea. Ingresa en traumatología e inicia tratamiento con tracción cervical, collarín y tratamiento del dolor.

**Conclusiones.** Sospecharemos subluxación atloaxoidea ante tortícolis resistente a tratamiento tras traumatismo en ocasiones banal. Es importante el diagnóstico temprano ya que el pronóstico dependerá del tiempo de evolución.

#### ¿SUCIEDAD O DERMATOSIS *TERRA FIRMA FORME*?

Pérez Pérez, Alicia<sup>1</sup>; González López, Clara<sup>1</sup>; Elola Pastor, Ana Isabel<sup>1</sup>; Alonso Losada, Daniel<sup>1</sup>; Vicente Martínez, Celia<sup>1</sup>; Megido Armada, Alba<sup>1</sup>; Martín Ramos, Silvia<sup>1</sup>; Rodríguez de la Rúa, Victoria<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>2</sup>Centro de Salud El Cristo, Oviedo.

**Introducción.** La dermatosis *terra firma forme* se trata de una afección cutánea benigna, que consiste en placas papulosas, hiperpigmentadas marronáceas, que recuerdan a tierra o suciedad. Generalmente se localizan en cuello, tórax, extremidades superiores y tobillos. No se sabe a ciencia cierta su causa, pero se piensa que se produce por un retraso en la maduración de los queratinocitos con retención de melanina. El diagnóstico es clínico y se realiza por la imposibilidad de eliminar las manchas tras un lavado con agua y jabón, pero estas desaparecen por completo al frotar con una gasa impregnada en alcohol. Conviene realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades como acantosis nigricans, dermatosis neglecta, dermatosis seborrea, nevus epidérmicos y papilomatosis reticular y confluyente de Gougerot y Carteaud. La biopsia no suele ser necesaria, pero en caso de realizarla se encontraría acantosis epidérmica e hiperqueratosis lamelar con focos de ortoqueratosis compacta formando remolinos.

**Caso clínico.** Paciente de 10 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a su pediatra de atención primaria para realizar revisión correspondiente. La madre comenta que la niña presenta unas lesiones cutáneas en el tórax desde hace tiempo (Fig. 1),



Figura 1.



Figura 2.

que no desaparecen al lavar con agua y jabón. Tras frotar las lesiones con una gasa con alcohol, se constata que estas desaparecen (Fig. 2), quedando la pigmentación en la gasa. Se confirma así el diagnóstico de dermatosis *terra firma forme*.

**Conclusión.** La dermatosis *terra firma forme* es una entidad infradiagnosticada, benigna y de fácil tratamiento, sin embargo, las lesiones pueden prolongarse durante años si no se trata. Por ello, es necesario tenerla en cuenta ante lesiones cutáneas compatibles, ya que si se realiza un diagnóstico precoz podría evitar preocupación excesiva por parte de los padres y la realización de pruebas complementarias innecesarias.

**TALLA BAJA Y DELECIÓN 16P11.2.** *González Uribe-larrea, Sara; Alonso Ferrero, Jair; Sánchez Sierra, María Nazaret; Torres Ballester, Irune; Castro Rey, Margarita; Melero González, Alejandra; Bahillo Curieses, Pilar. Unidad de Endocrinología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** La delección 16p11.2 es una anomalía cromosómica, generalmente de novo, aunque puede heredarse de forma autosómica dominante, con expresividad clínica muy variable. Los individuos presentan algún grado de retraso en el desarrollo, principalmente del lenguaje, y pueden asociar discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista, rasgos dismórficos y obesidad.

**Caso clínico.** Varón de 2 años remitido para valoración de crecimiento. Antecedentes familiares: Talla diana 170 cm. Madre tratada con GH desde los 10 a los 14 años catalogada de “disfunción neurosecretora de GH”. Antecedentes personales: Somatometría normal al nacimiento. Ingreso en período neonatal por taquipnea transitoria y rasgos dismórficos (sutura sagital dehiscente, macroglosia, manos y pies grandes, labio superior fino) con estudio inicial normal (PEATC, T4 libre, Rx tórax-abdomen, ecografía cerebral y abdominal, ecocardiograma, fondo de ojo, glucosaminoglucanos en orina). Seguimiento en Neurología por retraso del lenguaje en tratamiento con logopeda, resto de hitos del desarrollo normales. Exploración física: Talla 81,5 cm (-2,82DE), braza 75 cm, SS/SI 1,26, resto antropometría normal, rasgos faciales toscos (puente nasal ancho y plano, hipertelorismo, labios gruesos, macroglosia), manos y pies pequeños con dedos gruesos y cortos, vello abundante. Exploraciones complementarias: Edad ósea 1 año 10 meses, analítica sanguínea completa con IGF-1, IGBP3, hormonas tiroideas y estudio metabólico normales, serología celíaca negativa, serie ósea con anomalías esqueléticas múltiples. Estudio de secuenciación masiva de displasias esqueléticas negativo. Finalmente se detecta delección probablemente patogénica en la citobanda 16p11.2 en los CGH arrays. Adecuada evolución del crecimiento en límites normales-bajos para patrón parental y poblacional con velocidad de crecimiento adecuada sin tratamiento.

**Conclusiones.** El desarrollo de la técnica hibridación genómica comparada basada en microarrays (aCGH) ha permitido conocer numerosos síndromes por variaciones en el número de copias, como la delección 16p11.2. Hay descritos casos que asocian talla baja además del retraso en el desarrollo. Es importante el diagnóstico precoz para iniciar estimulación temprana y asesoramiento genético.

**TAQUICARDIA EN PERÍODO NEONATAL: NO SIEMPRE HAY VÍA ACCESORIA.** *Díaz García, Paula; Fernández Morán, Eva; Fernández Castiñeira, Sara; Antomil Guerrero, Beatriz; Lareu Vidal, Sonia; Ibáñez Fernández, Aleida; Fernández Barrio, Bárbara. Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Introducción.** Entre las causas de taquiarritmia no sinusal en neonatos destaca la taquicardia supraventricular, normalmente por un mecanismo de reentrada. Otras causas, como la taquicardia auricular o la intranodal, son menos frecuentes. En ocasiones puede descubrirse en el período fetal y manifestarse en casos graves con hidrops fetal y clínica de insuficiencia cardíaca al nacimiento.

**Caso clínico.** Recién nacido mujer que ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para valoración por taquicardia persistente. Gestación controlada con hallazgo en semana 24 de taquicardia fetal, normalizada en controles posteriores. Ante taquicardia fetal de 210 latidos se decide inducción en semana 38. A las 8 horas de vida inicia taquicardia de 220 lpm, sin repercusión hemodinámica. En ECG se aprecia taquicardia de QRS estrecho con PR menor que RP, sin signos de taquimiocardiopatía. Tras fracasar maniobras vagales, se administra dosis de adenosina que resulta efectiva. Recibe nueva dosis por reaparición de taquicardia, consiguiendo ritmo sinusal sin nuevos trazados anómalos, por lo que se inicia propranolol oral a dosis mínima. Presenta nuevos episodios intermitentes sin repercusión clínica, por lo que se sustituye propranolol por flecainida. Ante la ausencia de mejoría se decide iniciar tratamiento concomitante con ambos fármacos. Precisa aumento progresivo de dosis hasta desaparición de crisis de taquicardia. Se diagnostica de taquicardia auricular unifocal (Figura 1). Se decide alta tras 48 horas con adecuado control de frecuencia. Controles posteriores en Cardiología Infantil, con buena ganancia ponderal y ECG y ecografías normales.

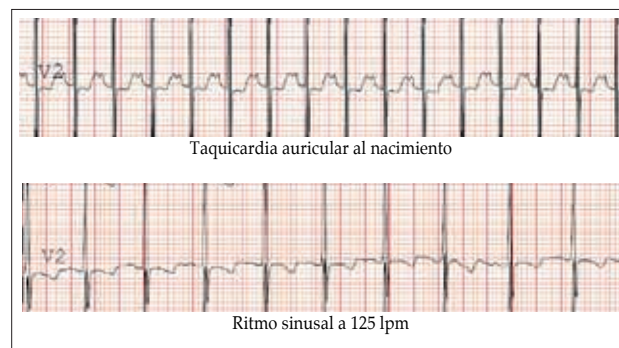


Figura 1.



**Conclusiones:**

- Ante cualquier taquicardia en un neonato es esencial descartar taquicardia sinusal como respuesta fisiológica.
- La principal causa de TSV en < 3 años es la reentrada por vía accesoria.
- Se requiere un diagnóstico etiológico adecuado para optimización de tratamiento. La taquicardia auricular puede controlarse farmacológicamente o presentar resolución espontánea con el tiempo. La ablación se reservará para casos refractarios o con disfunción ventricular.

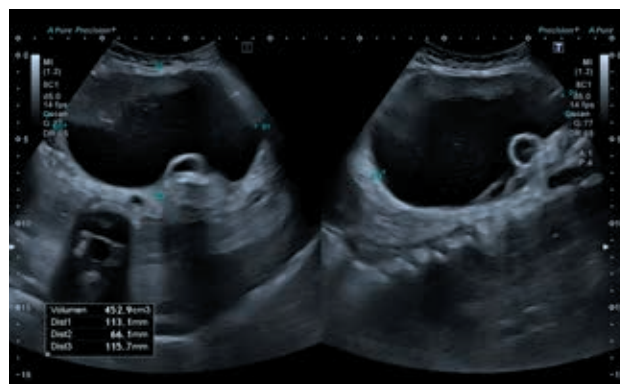


Figura 1.

**TERATOMA OVÁRICO EN LA INFANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.** *Pontón Martino, Belén; Amat Valero, Sonia; Enriquez Zarabozo, Eva María; Vega Mata, Nataliz; Pérez Costoya, Cristina; Sánchez Pulido, Laura Johanna; Parada Barcia, Adrián; Gómez Farpón, Ángela. Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Introducción.** El dolor abdominal es un motivo de consulta común en nuestro trabajo diario. Conlleva un diagnóstico diferencial muy amplio donde no debemos olvidar los tumores de ovario. Estos son raros en la edad pediátrica y representan del 1 al 5% del total de los tumores infantiles. Son más frecuentes entre los 9 y los 12 años con mayor probabilidad de malignidad en las niñas de mayor edad. En general se diagnostican en fases avanzadas porque suelen ser asintomáticos, siendo los síntomas y signos más comunes, el dolor, la distensión abdominal y la palpación de una masa. El diagnóstico se basa en las pruebas de imagen, los marcadores tumorales y el estudio anatómico-patológico. La actitud terapéutica dependerá de la naturaleza y el grado de extensión del tumor.

**Caso clínico.** Niña de 6 años que acude por dolor abdominal de 5 días de evolución, generalizado. Asocia vómitos y deposiciones diarreicas. Exploración normal salvo dolor a la palpación abdominal, con gran masa que ocupa todo el hemiabdomen derecho. Análisis completa y marcadores tumorales de línea germinal normales. Ante la clínica y la exploración presentada, se solicita ecografía abdominal urgente con hallazgos sugestivos de teratoma ovárico derecho torsionado (Figura 1). La paciente fue intervenida de manera urgente (laparoscópica con reconversión a laparotomía tipo phanestiel) realizando ooforosalinguectomía derecha (Figura 2 y 3). La anatomía patológica confirmó el diagnóstico definitivo de teratoma ovárico maduro. Actualmente la niña permanece asintomática.

**Conclusiones.** Dada la localización intraabdominal del ovario y el crecimiento lento de estos tumores, el diagnóstico

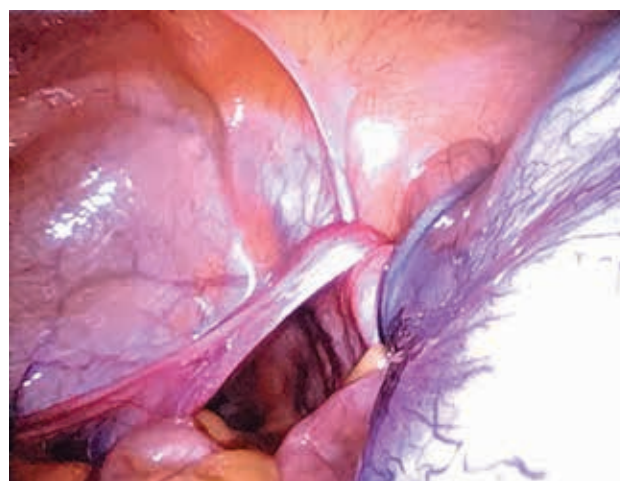


Figura 2.



Figura 3.



puede verse retrasado durante años. A pesar de la rareza de los tumores ováricos en la edad pediátrica, es una patología que debemos tener presente en el diagnóstico diferencial de un dolor abdominal para poder actuar de una manera precoz, con el fin de preservar en lo posible la futura fertilidad de la paciente.

**TUBERCULOSIS: PROBLEMAS EN SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.** *Rodríguez Lorenzo, Patricia; García Iglesias, Alba; Fernández Rodríguez, Helena; Pérez Alba, Marta; Rodríguez Fernández, Sandra; Álvarez Álvarez, Andrea; Valverde Pérez, Noelia; Pérez Méndez, Carlos. Hospital Universitario de Cabueñes.*

**Introducción.** España es el país europeo con más casos de tuberculosis infantil. Actualmente la tuberculosis en niños representa el 11% de entre todos los nuevos casos. Presentamos dos casos atendidos en nuestro hospital que han planteado diferentes problemas en su diagnóstico o tratamiento.

**Casos clínicos. Caso 1:** Niño de 9 años. Fiebre de 6 días, tos y dolor en costado. Exploración: disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo. Estudios complementarios: hemograma normal, PCR: 94,9 mg/L. RX y ecografía de tórax: derrame pleural izquierdo sin condensación neumónica. Líquido pleural: 3.767 leucocitos/mm<sup>3</sup> (65% linfocitos), bioquímica normal. Tuberculina y Quantiferon positivos. PCR en líquido pleural: negativa para *Mycobacterium tuberculosis*; positiva para *Virus sincitial respiratorio*, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. Pese a ello, se inicia tratamiento antituberculoso con 4 drogas con evolución favorable. Posteriormente, se recibe el resultado del cultivo de líquido pleural: *M. tuberculosis*. **Caso 2:** Niño de 5 años. Fiebre de 5 días. Padre: leucemia, semanas con fiebre; madre: eritema nodoso. Exploración normal salvo eritema nodoso. Estudios complementarios: hemograma normal, PCR: 26,8 mg/L, VSG: 75 mm. Rx de tórax: adenopatías hiliares, no condensación. Tuberculina y Quantiferon positivos. Aspirado gástrico: BK y PCR negativas, cultivo: *M. tuberculosis*. Se trata con 4 drogas. A los 10 días, continúa con fiebre alta; en control de laboratorio: procalcitonina: 1,21 ng/ml; RX de tórax sin cambios. No se modifica el tratamiento, con evolución favorable.

**Conclusiones.** El primer caso nos recuerda la necesidad de pensar en la posibilidad de una tuberculosis ante un derrame pleural sin neumonía y las limitaciones de la PCR para su diagnóstico. El segundo, que la duración de los

síntomas puede ser larga pese a un tratamiento correcto y que la determinación de niveles de procalcitonina puede ser un factor de confusión a la hora de realizar el seguimiento.

**ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ: ENTIDAD INFRECUENTE EN EDAD PEDIÁTRICA.** *Fernández Morán, Eva; Pontón Martino, Belén; Amat Valero, Sonia; Fernández López, Ainhoa; García Fernández, Sonia; Antomil Guerrero, Beatriz; Díaz García, Paula; Garrido García, Estíbaliz. Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Introducción.** La aparición de úlceras genitales agudas en la infancia no venéreas, ni atribuible a otras causas conocidas, se conoce como úlcera de Lipschütz, con baja incidencia e infradiagnóstico. Su aparición suele acompañarse de fiebre, mialgias, malestar y pueden recaer. La etiología principal es atribuida a causas infecciosas. (Virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, *Mycoplasma*, herpes, brucela y ureaplasma).

**Caso clínico.** Lactante de 18 meses que acude a urgencias por regular estado general, fiebre y aftas orales y genitales. Presentaba elevación de reactantes de fase aguda (PCT 1.53 ng/ml, PCR 16.4 mg/dl) y neutropenia. Valoradas las lesiones por Cirugía Infantil (CI), se consensua ingreso e iniciar Augmentine intravenoso (i.v), abordándose otros posibles diagnósticos diferenciales ante la clínica descrita. Permanece afebril y estable, con corección analítica. Sin embargo, presenta evolución tórpida de la úlcera genital, aparición de zona negruzca y úlcera en sacabocados. Ante sospecha de ectima gangrenoso, se reinterroga a la familia quien afirma ser asiduos a piscinas. En cultivo se confirma aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterococcus faecalis* por lo que se ajusta antibioterapia a Ceftazidima y Ampicilina i.v durante diez días. Seguimiento y curas diarias por parte de CI con antibiótico y epitelizante tópico, hasta práctica resolución de la lesión. Aislamiento en exudados faríngeos y genitales de Epstein-Barr (EB), CMV y adenovirus con serología compatible con infección reciente de EB, siendo diagnóstica de úlcera genital por EB con sobreinfección por *Pseudomonas* por inoculación directa.

#### Conclusiones:

- Importancia de la historia clínica, la exploración y del trabajo multidisciplinar con Cirugía.
- Las lesiones ulcerativas orales y genitales pueden ser la puerta de entrada para otros patógenos, produciendo coinfecciones y agravando el cuadro clínico.