

Comunicaciones Orales Viernes 29 de abril

PRIMERA SESIÓN

HIPERTRANSAMINASEMIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO SIN ENFERMEDAD HEPÁTICA. *Antomil Guerrero B¹, Elola Pastor AI², Blanco Lago R¹, Díaz Martín JJ², Málaga Diéguez I¹, Jiménez Treviño S², Hedrera Fernández A¹, González Jiménez D².* ¹Unidad de Neuropediatría, AGCde Pediatría; ²Unidad de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La hipertransaminasemia es un indicador sensible pero poco específico de daño hepático. No es infrecuente encontrar cifras de transaminasas elevadas en un paciente asintomático como única manifestación de hepatopatía. No obstante, dicha alteración analítica puede constituir la primera manifestación de enfermedades no hepáticas.

Caso clínico. Lactante de 23 meses que acude a Urgencias de Pediatría por gastroenteritis aguda. En analítica realizada se observa hipertransaminasemia moderada (aspartato aminotransferasa -AST- 262 U/L y alanina aminotransferasa -ALT- 437 U/L) y en muestra de heces se detecta calicivirus. Tras rehidratación intravenosa y mejoría clínica es dado de alta. En los antecedentes únicamente destaca seguimiento en Atención Temprana por retraso en la adquisición de la marcha. Su pediatra de Atención Primaria repite analítica tras resolución del episodio agudo, donde se objetiva persistencia de hipertransaminasemia (AST 467 U/L y ALT 337 U/L) junto con creatinfosfoquinasa (CK) de 7.448 U/L. Se deriva al paciente a Gastroenterología Infantil. En consulta se repiten estudios confirmando los hallazgos (AST 239 U/L, ALT 317 U/L y CK 18.755 U/L). Se solicita valoración por Neuropediatría. A la exploración neurológica destaca afectación

de la fuerza proximal, pseudohipertrofia gemelar y maniobra de Gowers positiva, altamente sugerente de distrofia muscular de Duchenne. El diagnóstico se confirma con el hallazgo de la mutación patogénica c.1286c>g, p. Ser429* en la secuenciación del gen DMD.

Comentarios. Las causas de hipertransaminasemia en niños son numerosas, por lo que el diagnóstico diferencial es amplio y debe incluir causas extrahepáticas. Ante el hallazgo de hipertransaminasemia en un paciente pediátrico asintomático y sin datos de alarma, se debe proceder a una búsqueda etiológica activa y de forma escalonada, e interpretar los resultados en el contexto clínico del paciente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ICTERICIA PERSISTENTE EN EL LACTANTE A PROPÓSITO DE UN CASO. *Pérez Alba M¹, Fernández Rodríguez H¹, Miguens Iglesias P¹, González Carrera E¹, Rodríguez Lorenzo P¹, Molinos Norriella C².* ¹MIR Pediatría; ²FEA Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

Introducción. La ictericia colestática es una forma frecuente de presentación de las hepatopatías infantiles, aunque también puede ser la manifestación inicial de enfermedades sistémicas.

Caso clínico. Lactante de 2 meses con incremento progresivo del tinte icterico desde el nacimiento. Asocia buen desarrollo pondero-estatural, alimentada con lactancia materna exclusiva, con diuresis y deposiciones normales. No presenta antecedentes prenatales de importancia. En la exploración física destaca ictericia generalizada cutáneo-mucosa, y abdomen globuloso, con hepatomegalia de unos 3 cm. Entre los estudios complementarios realizados:

- Hemograma: hemoglobina 12,9 g/dl, plaquetas y recuento leucocitario normales.
- Coagulación: tasa de protrombina 59%, TTPAm 1,36 sg, Dímero D 1.110 ng/mL.
- Bioquímica: alanina aminotransferasa 845 U/L, aspartato aminotransferasa 622 U/L, gamma-glutamil transpeptidasa 72 U/L, fosfatasa alcalina 1.133 U/L, bilirrubina total 15,7 mg/dL, bilirrubina directa 10,9 mg/dL, lactato deshidrogenasa 1.084 U/L, ferritina 2.087 ng/ml, alfa-1-antitripsina 114 mg/dL, ceruloplasmina 16 mg/dL, proteína C reactiva 3.4 mg/L. Succinilacetona: < 0,20 mg/g creatinina.
- Ecografía de abdomen: normal.
- Hemocultivo y urocultivo: negativos.
- Carga viral citomegalovirus (CMV) en sangre y en orina: positiva.
- Serología CMV IgG e IgM: positivas.

Comentarios. La etiología de la ictericia está condicionada en gran medida por la edad del paciente. Las pruebas complementarias irán dirigidas a descartar causas obstructivas, metabólicas, endocrinas, tóxicas e infecciosas. En este caso, se objetiva la positividad de la viremia para CMV, siendo negativa esta determinación en sangre de la prueba del talón. Se realiza el diagnóstico de infección postnatal por citomegalovirus, iniciando tratamiento con ganciclovir y suplementación vitamínica. La paciente se encuentra en seguimiento con mejoría clínica y analítica.

ANALIZANDO LA ORINA EN UN NIÑO DE 3 AÑOS: UN HALLAZGO INSÓLITO. *Santamaría Sanz PI, Menéndez Bango C, López Salas E, García González M, De la Mata Franco G, Domínguez Sánchez P, Pérez Salas S, Corpa Alcalde A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. El estudio de las alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base es importante en Pediatría, por su gran frecuencia y porque pueden suponer una situación de gravedad, ocultando patologías poco prevalentes.

Caso clínico. Niño de 3 años ingresa en planta de hospitalización por distensión abdominal, vómitos, estreñimiento y retraso ponderoestatural desde lactante. Se realizan radiografía de abdomen y enema opaco hallando heces en marco cólico sin dilatación de asas. En analítica de sangre presenta hipopotasemia grave (2,2 mEq/L), motivo por el que ingresa en UCIP. Rehistoriando a los padres refieren poliuria, polidipsia, avidez por alimentos salados y debilidad muscular “desde siempre”. Se completa

estudio destacando alcalosis metabólica hipopotasémica e hipoclorémica, excreción fraccionada de potasio y cloro aumentadas en orina con TA normal para edad, hallazgos sugestivos de tubulopatía (probable síndrome de Bartter). Se inicia tratamiento con reposición de potasio (aportes máximos totales de 13 mEq/kg/día) e indometacina (2 mg/kg/día). La actividad de renina-angiotensina-aldosterona muestra valores elevados para la edad. Mejoría progresiva del estado general a lo largo del ingreso en UCIP con aumento de potasio hasta 3 mEq/L. Se realiza seguimiento en Nefrología y Gastroenterología Pediátricas con adecuada evolución. Tratamiento actual: suplementos de potasio oral e indometacina. Resultado de estudio genético de síndrome de Bartter: pendiente.

Comentarios. Las manifestaciones clínicas de las enfermedades renales pueden ser muy inespecíficas en lactantes y niños pequeños. Es importante realizar una buena anamnesis y estudiar las alteraciones iónicas en sangre y orina para llegar al diagnóstico de patologías poco frecuentes como las tubulopatías.

POLIKUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA RECESIVA. DIFICULTADES DEL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL NEONATAL. *Fernández Fernández D, Fernández Fernández M, Martínez Sáenz de Jubera J, Pou Blázquez Á, Alejos Antoñanzas M, Molleda Fernández S, Álvarez Juan B, Fuentes Martínez S. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Introducción. La poliquistosis renal autosómica recesiva (PQRAR) es una enfermedad debida a mutaciones en el gen PKHD1 que codifica la proteína fibroquística. Se caracteriza por dilataciones exclusivamente en los túbulos colectores.

Caso clínico. Gestación a término que cursó con oligoamnios. Cesárea por desproporción. Ingreso en Neonatología por neumotórax. Presenta hiponatremia (125 mmol/L) que persiste a pesar de aportes orales. Se aprecia abdomen globuloso realizándose ecografía abdominal que detecta quistes renales bilaterales. Ingresa permaneciendo clínicamente estable, existiendo dificultad para las tomas de TA que parecen presentar cifras dentro de la normalidad. Realizado exoma en el que se encuentran, una variante patogénica y otra de significado incierto con alguna evidencia patogénica en el gen PKHD1. Al mes de vida, se aprecia cifras de TA 200/100 mmHg. Creatinina plasmática 0,56 mg/dl con proteinuria (cociente proteína/creatinina en micción aislada 1,8). Se inicia tratamiento antihipertensivo siendo necesarios tres fármacos para

control de la TA. En ecocardiograma se objetivan datos de miocardiopatía hipertensiva. Control progresivo de la TA hasta normalización de los valores con desaparición de la proteinuria previa al alta. Seguimiento en consulta de Nefrología infantil con buen control de TA con enalapril, amlodipino y labetalol, así como suplementes de cloruro sódico y bicarbonato. Normalización de la ecocardiografía. Creatinina plasmática estable. Desarrollo ponderoestatural y neurológico normal.

Comentario. Entre las manifestaciones descritas en la PQAR, se encuentran la hiponatremia (6-30% de los pacientes) y la presencia de HTA que suele ser de aparición temprana y de difícil control en los primeros años de vida.

SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE VERSUS ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. *Antomil Guerrero B, Fernández Morán E, Blanco Lago R, Hedrera Fernández A, Martín Pino S, García Fernández S, Díaz García P, Málaga Diéguez I. Unidad de Neuropediatría. AGC de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El síndrome de encefalopatía posterior reversible (en inglés, PRES) es una entidad clínico-radiológica poco frecuente, aunque cada vez más reconocida en pediatría. El diagnóstico se basa en la asociación de manifestaciones clínicas características con un patrón típico en la neuroimagen, siendo de naturaleza generalmente reversible. Su etiología y presentación clínica son comunes a las de otras entidades, por lo que en ocasiones su diferenciación resulta complicada.

Caso clínico. Lactante de 2 meses con antecedentes de síndrome de transfusión feto-fetal tratado con láser, prematuridad moderada, bajo peso al nacimiento y criptorquidia izquierda intervenida, que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) por crisis focales que se yugulan con perfusión de fenobarbital en el primer día de ingreso. Se realiza resonancia magnética (RM) apreciándose una importante alteración de la señal en la secuencia de difusión, con restricción corticosubcortical más marcada en lóbulos parietales, occipitales y esplenio de cuerpo caloso, así como potenciales evocados visuales que describen una alteración bilateral de la conducción en la vía visual. Durante el ingreso presenta buena evolución neurológica a excepción de la función visual. En RM de control se objetiva isquemia crónica parietooccipital y cerebelosa con áreas de necrosis laminar cortical.

Comentarios. Se trata de un patrón compatible con PRES y encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI), dos entidades con características solapadas y de difícil diferenciación. Frecuentemente la evolución clínica del paciente y la resolución o persistencia de las anomalías en las pruebas de imagen son los factores que permiten establecer el diagnóstico de manera retrospectiva.

SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE. A PROPÓSITO DE UN CASO. *Martín Pino S¹, García Fernández S¹, Delgado Nicolás S¹, Rubio Granda A¹, Oreña Ansorena V², Hedrera Fernández A¹, Blanco Lago R¹, Málaga Diéguez I¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. El síndrome de encefalopatía posterior reversible se trata de una entidad clínico-radiológica de causa multifactorial que suele cursar con cefalea, convulsiones, pérdida de visión y alteración del comportamiento. En la resonancia magnética se observa edema que predomina en la sustancia blanca de la región parietooccipital. El tratamiento principal consiste en reducir o eliminar el factor desencadenante, así como tratamiento sintomático.

Caso clínico. Paciente de 12 años diagnosticada recientemente de leucemia aguda linfoblástica a tratamiento con quimioterapia. Comienza con clínica de crisis tónico-clónicas generalizadas, que precisan de ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Durante su ingreso, se inicia tratamiento antiepiléptico con levetiracetam. Entre las pruebas complementarias realizadas se encuentra la resonancia magnética visualizándose en ella lesiones compatibles con encefalopatía posterior reversible. La paciente presenta buena evolución clínica con desaparición de las crisis convulsivas, siendo alta a domicilio. El seguimiento de la paciente se lleva a cabo de forma ambulatoria. Desde Consultas Externas tras haber transcurrido un mes se solicitó una nueva resonancia magnética de control en la que no se encontraron alteraciones significativas.

Comentario. La encefalopatía posterior reversible es una complicación poco frecuente de el tratamiento quimioterápico en niños. El aumento de la prevalencia de cáncer infantil, así como la mayor supervivencia, puede producir un incremento de la incidencia de esta enfermedad. No siempre existe una desaparición de las lesiones, pudiendo permanecer secuelas y desencadenando una mala evolución de estos pacientes.

EXPERIENCIA EN EL USO DE BUROSUMAB EN EL TRATAMIENTO DEL RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO LIGADO AL CROMOSOMA X. *Pou Blazquez Á¹, Fernández Fernández M¹, Martínez Saenz de Jubera J¹, Fernández Fernández D¹, Alejos Antoñanzas M¹, Molleda González S¹, Prada Pereira MT², Martínez Mier MJ³.* ¹Servicio de Pediatría; ³Servicio de Radiología. Complejo Asistencial Universitario de León. ²Servicio de Pediatría. Hospital El Bierzo. Ponferrada.

Introducción. El raquitismo hipofosfatémico ligado al X (XLH), es la forma hereditaria más prevalente de raquitismo, con una frecuencia de 1/20.000 recién nacidos vivos. Presentamos la evolución de un caso clínico con mutación de novo en el gen PHEX tras inicio de tratamiento con burosumab.

Caso clínico. Paciente de 27 meses de edad en estudio por retraso motor. En analítica previa a sedación para resonancia craneal se detecta hipofosfatemia 2,33 mg/dl. Ante la sospecha de XLH, se realiza estudio analítico encontrando FFAA 741 U/L, PTH 101 pg/ml, RTP 44,31% sin otros datos de tubulopatía. Se inicia tratamiento convencional de XLH con fósforo y vitamina D con escasa mejoría tras 9 meses de tratamiento, por lo que se decide inicio de tratamiento con burosumab tras autorización y confirmación genética de su XLH. Mejoría progresiva analítica, con control en última revisión: fósforo 3,81 mg/dl, RTP 81,2% y FFAA 356 U/L. Resolución de los signos de raquitismo activo en la radiología pasando el score radiológico de severidad del raquitismo de 4 a 2,5 puntos. Se observa también mejoría de su capacidad motora siendo normal para la edad actual de 6 años. Mejoría de la talla que ha pasado de un P 22 a P97 así como del peso desde P14 hasta P77.

Comentario. En febrero de 2018 fue aprobado el uso de burosumab para pacientes mayores de 1 año con XLH que cumplan criterios de inclusión. Tras 3 años de tratamiento en nuestro paciente, se ha observado una mejoría clínico-analítica evidente.

REGISTRO ESPAÑOL DE ENFERMEDAD DE POMPE. DESCRIPCIÓN DE 122 CASOS PROCEDENTES DE 67 HOSPITALES DEL TERRITORIO NACIONAL. *Blanco-Lago R¹, Martínez-Marín RJ², Reyes-Leiva D^{3,4}, Muelas N⁴, Vilchez J^{3,5}, Domínguez C^{4,6}, Málaga-Diéguez I¹, Nascimento A⁷.* ¹Neuropediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Institut de Recerca Biomedica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴CIBERER. ⁵Servicio Neurología. Hospital La Fe. Valencia. ⁶Servicio Neurología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁷Servicio de Neuropediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

Introducción. La enfermedad de Pompe es una rara enfermedad de depósito lisosomal que se caracteriza en la edad infantil por debilidad muscular progresiva y miocardiopatía potencialmente letales. Es una enfermedad grave para la que existe un tratamiento enzimático sustitutivo eficaz. Existen dos tipos principales, la *Infantile Onset Pompe Disease* (IOPD), con debut en el primer año de vida y *Late Onset Pompe Disease* (LOPD), de inicio posterior al año de vida. Dentro de este segundo grupo se denominan formas juveniles (*Juvenile Onset Pompe Disease*, JOPD) aquellos que debutan entre el año y los 18 años de vida.

Objetivos. 1) Presentar el Registro Español de la Enfermedad de Pompe (REP), donde colaboran diferentes Hospitales del territorio nacional. 2) Descripción epidemiológica y clínica.

Resultados. Recogidos 122 pacientes, de los cuales 41 fueron diagnosticados en edad pediátrica (13 en formas IOPD y 28 en JOPD). En el grupo de pacientes IOPD, la mutación más frecuente fue la 32-13T>G y casi el 70% son varones. El debut clínico fue con miocardiopatía hipertrófica (53,8%) asociada a hipotonía e hiperckemia. Edad media de inicio de los síntomas: dos meses en la IOPD y 8,5 años en la JOPD. En el grupo de los IOPD (13) 2 pacientes precisan soporte ventilatorio

Comentarios. La presencia de un registro nacional de esta enfermedad rara permite describir y conocer mejor las características y evolución de estos pacientes, así como darla a conocer entre los Pediatras ya que el diagnóstico y tratamiento precoces condicionan el pronóstico vital y funcional de estos pacientes.

SÍNDROME KBG. A PROPÓSITO DE UN CASO. *Macías Panedas A, González García C, Soltero Carracedo JF, Jiménez Hernández EM, Barrio Alonso MP, Rojo Fernández I, Andrés de Llano J, Peña Valenceja A.* Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Introducción. El síndrome KBG pertenece al grupo de enfermedades raras con herencia autosómica dominante, producida por una modificación del gen *ANKRD11* que codifica una proteína con múltiples dominios de la ankirina en las neuronas, regulando así su proliferación y desarrollo del cerebro durante la etapa embrionaria. Se caracteriza fenotípicamente por manifestar dismorfias faciales, macrodoncia de incisivos centrales superiores, pérdida auditiva, talla baja, criptorquidia, alteraciones electroencefalográficas, anomalías esqueléticas y retraso en el desarrollo psicomotor como principales alteraciones.

Caso clínico. Lactante de 13 meses en seguimiento por criptorquidia derecha pendiente de cirugía. Se remite a la consulta de Neuropediatría para valoración tras diagnóstico de ptosis palpebral congénita y fenotipo peculiar. Durante la exploración se observan rasgos dismórficos (facies inexpresiva, cráneo afilado, filtrum corto, sinofridia, pabellones auriculares grandes y pectus carinatum) e hipotonía generalizada con masas musculares atroficas y escaso tejido adiposo. Como pruebas complementarias se realiza electroneurograma y electromiograma con estudio dentro de los límites de la normalidad. Debido a ello se decide realizar estudio genético (CGH-array y exoma) donde se identifica la mutación en el gen *ANKRD11* como portador en heterocigosis del cambio c.7234C>T (p.Q2412*) compatible con el síndrome KBG.

Comentarios. Como síndrome genético que es, su tratamiento está basado en un control evolutivo de la aparición síntomas compatibles y de la vigilancia de aquellos aspectos necesarios en el seguimiento y prevención de la aparición de posibles problemas en los pacientes, como problemas de conducta, hiperactividad, trastorno de atención, anomalías esqueléticas, pérdidas auditivas, epilepsia, defectos congénitos del corazón y discapacidad intelectual.

REVISIÓN DE INGRESOS DE PIELONEFRITIS AGUDA EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA EN HOSPITAL TERCIARIO ENTRE 2017 Y 2021. *Martín Galache M, García Lorente M, Escalona Gil AM, Jiménez Domínguez A, Ferrín Ferrín MA, Criado Muriel MC, González González MM, González Calderón O. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca.*

Objetivos. Revisión de ingresos de pielonefritis aguda para estudiar: etiología, antibioterapia administrada, diferencias en tiempo de ingreso con los años, relación entre coinfecciones-tiempo de ingreso y edad-tiempo de ingreso.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo y analítico revisando historias clínicas (1/1/2017-31/12/2021) de pacientes hospitalizados en planta de Pediatría diagnosticados de pielonefritis aguda en hospital terciario.

Resultados:

- Muestra de 134 pacientes con 51,5% mujeres y 48,5% varones. La mediana de edad fue 4 meses.
- La duración media del ingreso fue 5,13 días.
- Ausencia de correlación entre edad y tiempo de ingreso.
- El 19,4% presentaban patología urinaria previa, fundamentalmente reflujo vesicoureteral.

- Los principales uropatógenos aislados fueron *Escherichia coli* resistente a amoxicilina/ampicilina (56,7%) y *Escherichia coli* sensible a amoxicilina/ampicilina (12,7%).
- La antibioterapia intravenosa más empleada durante el ingreso fue gentamicina (33%) seguida de cefotaxima (27%) y ampicilina (14%).
- El 95,5% finalizaron el tratamiento en domicilio con cefuroxima oral principalmente (35,6%).
- El 3,7% presentaron coinfección por VRS, y el 8,9% por otros gérmenes; precisando ambos mayor tiempo de ingreso.
- Se realizó ecografía al 61%.

Conclusiones:

- El uropatógeno fundamentalmente aislado fue *Escherichia coli* resistente a amoxicilina/ampicilina.
- La antibioterapia más empleada fue gentamicina intravenosa en hospitalizados y cefuroxima oral en domicilio.
- No hubo cambios en la duración del ingreso con los años.
- No se demostró relación entre edad y tiempo de hospitalización.
- Ha disminuido la mediana de edad de los pacientes hospitalizados.
- Los pacientes con coinfecciones permanecieron más tiempo ingresados.

SEGUNDA SESIÓN

DISTRÉS RESPIRATORIO NEONATAL. UN DIAGNÓSTICO INUSUAL. *Vega López L¹, Delgado Nicolás S¹, Courel del Río V¹, Rubio Granda A¹, Rodríguez Márquez C¹, Martín Pino S¹, Lareu Vidal S². ¹Servicio de Pediatría; ²Unidad de Neonatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El distrés respiratorio neonatal es una manifestación clínica frecuente en el recién nacido. Su etiología es muy diversa y no siempre de origen pulmonar, por lo que es importante realizar un buen diagnóstico diferencial.

Caso clínico. Neonato de 13 días de vida derivado al hospital de referencia de la comunidad por un cuadro de dificultad respiratoria no asociado a otra clínica. La analítica general fue normal, la gasometría mostraba acidosis respiratoria y la radiografía, informada por radiología, era compatible con un neumotórax a tensión. A pesar de la disociación entre la clínica, leve, y la radiología, se decidió drenar el neumotórax, produciéndose un empeoramiento clínico brusco. La radiografía de control mostró un neumotórax a tensión junto con la lesión que previamente había

sido descrita como un neumotórax. Tras la colocación del drenaje torácico continuo se seguía observando la lesión inicial. Ante la evolución atípica del cuadro, se realizó una tomografía computarizada, siendo el paciente diagnosticado de un enfisema lobar congénito.

Comentarios. La aparición de un neumotórax en pacientes neonatos previamente asintomáticos es rara y debemos pensar en otras patologías. El enfisema lobar congénito es una patología poco frecuente que se produce por una alteración en el desarrollo pulmonar generando un atrapamiento aéreo por un mecanismo valvular. Casi el 100% de los casos producen sintomatología en los primeros 6 meses de vida.

DETECCIÓN DE SARS-COV-2 MEDIANTE TEST DE ANTÍGENO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. *Andrés Porras MP, Bullón González I, Salamanca Zarzuela B. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Objetivos. Analizar los resultados de los test de antígenos para SARS-CoV-2 realizados en nuestro servicio de Urgencias Pediátricas.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los test de antígenos realizados en el servicio de Urgencias Pediátricas entre el 22/12/2021 y el 10/02/2022, así como los datos de filiación, la sintomatología, los contactos y la realización o no de PCR de SARS-CoV-2 y su resultado.

Resultados. Se realizaron 653 test de antígenos (53,9% varones, edad media 56 ± 45 meses), siendo positivos 174 (26,6%). Entre los positivos (50,5% mujeres, edad media $67,3 \pm 51$ meses) la clínica predominante fue la fiebre ($n=138$). Se identificó un contacto familiar en 77 pacientes y escolar en 10. Entre los 387 pacientes con test negativo, se realizaron 92 PCR por considerarse alta la sospecha de COVID, resultando positivas 11 de ellas (12%). 9 tenían un contacto familiar estrecho y, de estas, 7 presentaban fiebre. Un paciente (1%) de aquellos con test de antígeno negativo, sin fiebre y sin contacto estrecho, tuvo PCR positiva. Resultó significativa la relación entre tener un contacto familiar y un test de antígeno positivo ($p < 0,01$), pero no con otro tipo de contacto ($p = 0,13$).

Conclusiones. El test de antígeno resultó de especial utilidad para descartar enfermedad en pacientes sin contacto estrecho. Sin embargo, 11 pacientes con fiebre y contacto familiar, presentaron PCR positiva con test de antígeno negativo. El porcentaje de positividad varía desde un 48% a un 8% en días consecutivos, que puede ser secundario a la valoración de caso sospechoso y a la técnica de obtención de la muestra.

IMPLEMENTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE: ESTUDIO SONO-NEC.

Fernández Fernández D¹, Pou Blazquez Á¹, Oulego Erroz I¹, Terroba Seara S¹, Rodríguez Fanjul J², Jiménez González A¹, Alonso Quintela P¹, Fuentes Martínez S¹. ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. ²Servicio de Pediatría. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Objetivos. Evaluar si la ecografía a pie de cama (EPC) mejora el diagnóstico precoz de la enterocolitis necrotizante (ECN).

Material y métodos. Estudio no-aleatorizado, controlado, antes-después en dos unidades neonatales. Durante el periodo de intervención (octubre 2019-octubre 2021), en los prematuros con sospecha de ECN se realizó EPC como primera prueba diagnóstica y se trataron en función de los hallazgos (protocolo SONO-NEC). El grupo control (octubre 2015-septiembre 2019) se manejó de forma convencional en base a la radiografía. La variable principal fue la tasa de confirmación de ECN en el momento de la primera sospecha clínica. Las variables secundarias fueron la evolución radiológica, clínico-analítica, necesidad de cirugía o muerte.

Resultados. En el grupo intervención fueron incluidos 35 pacientes con sospecha de ECN confirmándose en 14 (40%), mientras que en el grupo control fueron incluidos 49 pacientes confirmándose la ECN en 22 (44,9%). En 14/14 (100%) de los episodios del grupo intervención la ECN se confirmó en la evaluación inicial, comparado con 10/22 (45,4%) en el grupo control ($p=0,001$). Los pacientes del grupo intervención desarrollaron menos trombocitopenia y coagulopatía, menor progresión a estadio de Bell \geq II y precisaron menos días de ayuno y nutrición parenteral que los pacientes incluidos en el grupo control ($p < 0,05$).

Conclusiones. Nuestros resultados muestran que la EPC aumenta las tasas de diagnóstico precoz respecto a la radiografía, lo que podría asociarse a una mejor evolución clínica de la ECN. Se trata del primer estudio que evalúa la EPC en el diagnóstico y evolución de la ECN.

ATRESIA ESOFÁGICA Y ASOCIACIÓN VACTERL EN LOS ÚLTIMOS 22 AÑOS EN ASTURIAS. *Delgado Nicolás S¹, Rubio Granda A¹, Martín Pino S¹, Parada Barcía A², Sánchez Pulido LJ², Agustín Bada Á¹, Suárez Rodríguez M¹, Solís Sánchez G¹. ¹AGC de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La atresia esofágica es una malformación que puede presentarse aislada o asociada a otros

defectos congénitos, entre los que destaca la asociación VACTERL.

Objetivo. Describir las atresias esofágicas diagnosticadas en nuestro centro en los últimos 22 años, para valorar su incidencia, características clínicas, malformaciones asociadas y manejo terapéutico, individualizando los casos de asociación VACTERL.

Pacientes y métodos. Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, de una serie de casos de atresias esofágicas diagnosticadas en el HUCA en los últimos 22 años. Revisión de archivo de diagnósticos del servicio de Neonatología y de historias clínicas. Estadística descriptiva.

Resultados. Se encontraron un total de 43 pacientes con atresia esofágica, con una incidencia de 1 cada 3.646 recién nacidos vivos. De ellos el 53% eran varones. La mediana de la edad gestacional fue de 37 semanas, con una mediana de peso al nacimiento de 2.492 gramos. El 67% presentaron alguna malformación asociada siendo lo más frecuente las malformaciones cardíacas en 11 de los pacientes. Un total de 7 pacientes presentaron la asociación VACTERL. El 100% de los pacientes recibieron profilaxis antibiótica previa a la cirugía, y en su mayoría se utilizó ampicilina y gentamicina. La mortalidad registrada fue del 5%.

Comentarios. La atresia esofágica es una malformación relativamente frecuente que suele conllevar malformaciones asociadas y su diagnóstico prenatal no siempre es posible. La asociación VACTERL aparece en un reducido número de casos, pero siempre se debe descartar.

USO DE CAMPANA DE VACÍO COMO TERAPIA DEFINITIVA EN NIÑOS CON PECTUS EXCAVATUM: EXPERIENCIA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. *Parada Barcia A, Gómez Farpón A, Pérez Costoya C, Sánchez Pulido L, Penín Calvo C, Álvarez Muñoz V. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El pectus excavatum constituye la anomalía de la pared torácica más frecuente. La campana de vacío ha supuesto una revolución en el manejo de pacientes preadolescentes al ofrecer una alternativa no quirúrgica.

Objetivos. Describir las características del manejo con campana de vacío de pacientes con pectus excavatum de nuestro centro, así como los resultados obtenidos durante el seguimiento.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes menores de 8 años con diagnóstico de pectus excavatum que recibieron tratamiento con campana de vacío, controlados en un hospital universitario de tercer nivel. Se

estudiaron variables epidemiológicas (sexo, edad, antecedentes familiares); variables clínicas subjetivas (síntomas referidos por el paciente) como objetivas (magnitud de la depresión, deformidades asociadas), así como respuesta al tratamiento (diferencia en la magnitud de la depresión esternal sin campana, previo a la terapia y tras el tratamiento; complicaciones asociadas, abandono del tratamiento).

Resultados. Se incluyeron a 10 pacientes con diagnóstico de pectus excavatum que recibieron tratamiento con campana de vacío. La edad media de los pacientes al inicio del tratamiento fue de 6,1 años (DE: 1,10); el 60% eran mujeres (n=6). El 50% asociaba antecedentes en primer o segundo grado de pectus excavatum (n=5). Ningún paciente asociaba comorbilidades de interés para el proceso estudiado ni presentaba clínica al momento de la valoración en consulta. No hubo abandonos durante el tratamiento. El 20% de los pacientes asociaron problemas cutáneos leves (n=2). La reducción media a los 6 meses de tratamiento sería de 14,75 (DE: 4,77).

Conclusiones. Se ha observado como el uso de campana de vacío ha conseguido corregir la deformidad torácica de pacientes pediátricos con pectus excavatum, con buena tolerancia por parte de pacientes muy jóvenes.

SEGURIDAD DE LA DEXMEDETOMIDINA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. *González López C, Pérez Pérez A, Delgado Nicolás S, Elola Pastor AI, Alonso Losada DI, Vicente Martínez C, Solís Sánchez G, Lareu Vidal S. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Analizar la seguridad de la dexmedetomidina en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, que incluyó pacientes hospitalizados en la UCIN tratados con dexmedetomidina, clasificados en prematuros y a término, entre abril de 2020 y diciembre de 2021. Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico IBM-SPSS20.0, utilizando estadísticos básicos de centralización y dispersión y contrastes múltiples.

Resultados. Se empleó dexmedetomidina en 21 pacientes, siendo el distrés respiratorio la patología de base más habitual. El 71,4% eran varones, de mediana 37 semanas de edad gestacional corregida al inicio del tratamiento (rango intercuartílico 28,5-41). El 76,1% precisaban ventilación mecánica invasiva (mediana de duración previa de 2 días) y el 9,5% tratamiento inotrópico. No se administró dosis de carga en ningún caso y las medianas de dosis ini-

cial y máxima fueron 0,1 y 0,3 µg/kg/h respectivamente. Se observaron efectos adversos atribuidos al fármaco en 5 pacientes: 44,4% de los pacientes a término frente 8,3% de los pretérmino incluidos ($p=0,055$), ninguno de ellos grave, siendo lo más frecuente bradicardia sinusal sin repercusión hemodinámica (4 casos). El tratamiento se discontinuó en el 80% de los pacientes que presentaron efectos adversos.

Conclusiones. El 23,8% de los neonatos tratados han presentado efectos adversos, sin diferencias estadísticamente significativas entre pacientes pretérmino y a término, siendo lo más frecuente bradicardia sin repercusión hemodinámica. Aunque los efectos adversos no han sido graves, han supuesto la suspensión del tratamiento en el 19% de los pacientes tratados.

HIJOS DE MADRES CON COVID-19 DURANTE EL EMBARAZO. Vega López L¹, Delgado Nicolás S¹, Álvarez Merino M¹, Rodríguez Márquez C¹, Rubio Granda A¹, Martín Pino S¹, Courel del Río V¹, Fernández Colomer B². ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Neonatología, AGC Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivo. Describir las características de las gestantes con COVID-19 y sus recién nacidos (RN) en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Cohorte retrospectiva incluyendo a las gestantes diagnosticadas de COVID-19, mediante PCR, desde marzo de 2020 a febrero de 2022 y sus RN, en un hospital de tercer nivel.

Resultados. Se incluyeron un total de 100 gestantes y sus RN. La frecuencia de casos fue más elevada en los meses de enero de 2022 (18%), septiembre de 2021 (10%) y noviembre de 2020 (8%). La patología previa más frecuente en las gestantes fue obesidad, presente en el 28%. En el 62% de las mujeres la infección se produjo en el tercer trimestre, encontrándose el 92% asintomáticas o con clínica leve. Solo una paciente presentó enfermedad grave. El 47% recibió tratamiento para la enfermedad, siendo heparina de bajo peso molecular el más usado. El 40,6% de las gestantes presentaban la pauta completa de vacunación. La tasa de cesáreas fue solo del 13% y la de prematuridad del 8% (cifras similares a pre-pandemia). En cuanto a los RN, no precisaron maniobras de RCP en el 88% de casos, ningún RN resultado positivo para SARS-CoV-2 y en el 87% de los casos se mantuvieron en alojamiento conjunto con su madre.

Conclusiones:

- La mayor parte de las gestantes presentaron baja expresividad clínica.
- El COVID-19 no aumenta la tasa de cesáreas, prematuridad, reanimación neonatal ni ingreso hospitalario.

- Muy baja tasa de transmisión materno-fetal sin observarse ingresos neonatales por la enfermedad.

EVOLUCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA AL ALTA EN GRANDES PREMATUROS (2011-2021). Cancho Soto T, Antoñón Rodríguez M, Pérez Porra S, Bullón González I, Montejo Vicente MM, Izquierdo Caballero R, Samaniego Fernández CM, Caserío Carbonero S. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. La lactancia materna (LM) es la alimentación óptima para los recién nacidos pretérminos (RNPT). Previene importantes complicaciones (NEC, infección nosocomial), disminuye la estancia hospitalaria y mejora su pronóstico.

Objetivo. Conocer la tasa de LM al alta de los RNPT <32 semanas y/o 1.500 g ingresados en una Unidad de Neonatología (UCIN) nivel III y su evolución.

Población y método. Estudio descriptivo retrospectivo de los RNPT <32 semanas y/o 1.500 g ingresados durante 2011-2021. Se revisaron edad gestacional y peso al nacimiento, días de estancia, edad postmenstrual (EPM), peso y tipo de alimentación al alta.

Resultados. Se incluyeron 235 pacientes: 58,7% varones, edad gestacional (EG) 30,3 semanas y peso al nacimiento 1.327 g. Media de estancia hospitalaria 46,5 días. Características al alta: EPM 36,9 semanas, peso al alta 2.382,4 g y tasa de lactancia materna (exclusiva o mixta) 74,5%. Analizando la tasa anual de LM, desciende en los años 2013, 2015 y 2020 con tasas <60%. Destacar los descensos de los años 2015 (59,1%), que coincide con la apertura del Banco de Leche (BLCYL) y de 2020 (55%) en relación con la pandemia COVID-19. En 2021 la tasa de LM ha aumentado hasta el 92,9% con un 50% de LM exclusiva.

Conclusiones:

- En nuestra unidad, se observó un descenso paradójico en la tasa de LM tras la disponibilidad de leche donada.
- La pandemia SARS-CoV-2 ha tenido una clara repercusión en estos pacientes.
- La mejora de la tasa de lactancia materna al alta debe ser un objetivo primordial de la unidad.

¿SE HAN PRODUCIDO CAMBIOS EN LAS TASAS DE LACTANCIA MATERNA EN MATERNIDAD EN ÉPOCA DE PANDEMIA? Bullón González I, Andrés Porras P, Pérez Porra S, Cancho Soto T, De la Hueraga López A, Caserío Carbonero S, Morales Luengo E, Samaniego Fernández M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. La pandemia por SARS-CoV-2 ha tenido gran impacto en la atención al nacimiento y la lactancia. En nuestro hospital, se mantuvo desde el inicio de la pandemia el contacto estrecho madre-recién nacido (RN).

Objetivos. Determinar si la pandemia ha influido en las tasas de alimentación de los RN en la maternidad.

Población y método. Se recogieron datos de alimentación de los RN dados de alta desde la maternidad de abril a diciembre de 2019, 2020 y 2021 comparando además entre RN hijos de madre SARS-CoV-2 positivas y negativas en periodo de pandemia (abril 2020 a diciembre 2021). Los datos se obtienen de una base de datos Access que incluye tipo de alimentación: lactancia materna exclusiva (LME), lactancia materna suplementada (LMS) y lactancia artificial exclusiva (LA).

Resultados. Durante el periodo prepandemia de 2019 1.263 RN: 61,8% LME, 24,7% LMS y 12% LA. Durante el periodo de pandemia 2.674 RN: 31 hijos de madre SARS-CoV-2 positivas (LME 35,5%, LMS 54,8% y LA 9,7% y 2.643 hijos de madre no COVID con tasas de LME 63,7% ($p<0,01$), LMS 23,4% ($p<0,001$) y LA 12,3%.

Conclusiones. En el periodo de pandemia, en los hijos de madres SARS-CoV-2, hubo un descenso significativo de las tasas de LME y aumento de suplementación probablemente por menor supervisión durante ingreso y al alta. De forma global la pandemia no ha influido negativamente en las tasas de lactancia materna exclusiva en nuestro centro incluso objetivando un ligero aumento.

SÍNDROME MULTIINFLAMATORIO SISTÉMICO ASOCIADO A COVID-19: UN NUEVO RETO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. *Pañeda García C¹, Fernández López A², Molina Herranz D³, Vivanco Allende A², Mayordomo Colunga J², Medina Villanueva A², Menéndez Cuervo S², Concha Torre A².* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²UCI Pediátrica,

AGC Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³UCI Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción. El síndrome multisistémico inflamatorio pediátrico (SIMS-PED) es una enfermedad desencadenada por una respuesta inmunitaria excesiva relacionada con la COVID-19.

Objetivos. Describir la experiencia con SIMS-PED en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de tercer nivel durante la pandemia por SARS-CoV-2.

Material y métodos. Estudio retrospectivo mediante revisión de Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de SIMS-PED ingresados en una UCIP durante 2 años (marzo 2020-marzo 2022). Se analizaron variables demográficas, clínicas analíticas y de evolución.

Resultados. En el periodo analizado ingresaron 10 pacientes con 80% varones y edad media de 11,9 años. Ningún paciente tenía PCR positiva SARS-CoV-2 al ingreso y el 80% presentaba serología compatible con infección pasada. El tiempo medio de evolución previo al ingreso fue 3,4 días. Todos presentaron fiebre, 90% dolor abdominal y 70% exantema. Un tercio de los ingresados presentaba dificultad respiratoria. En cuanto al soporte, 4 pacientes precisaron ventilación invasiva; el 80% precisó soporte vasoactivo. Todos recibieron antibioterapia sistémica por elevación de reactantes de fase aguda y un paciente precisó hemodiafiltración por fallo renal anúrico. En cuanto al tratamiento inmunomodulador, todos recibieron gammaglobulinas y corticoides y a una paciente se le infundió Tocilizumab. La estancia media en UCIP fue de 2,5 días. Falleció un paciente (10%) y el resto se recuperó sin secuelas.

Conclusiones. Se trata de una enfermedad poco frecuente pero grave, con afectación multiorgánica, grandes necesidades de soporte y morbimortalidad elevada. Es necesario un alto índice de sospecha basado en criterios clínicos para un diagnóstico precoz y un correcto manejo.