

Posters

SESIÓN POSTERS 1

1. UNA CARDIOPATÍA DE LO MÁS SILENCIOSA.

Garrido Martín M, Mosquera Froufe M, Smith Álvarez CI, Pérez Baguena MP, Hernández Pinchete S, Martín Valbuena J, Domínguez Manzano P, Plata Izquierdo B. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción. La miocardiopatía no compactada (MCNC) se caracteriza por la trabeculación del ventrículo izquierdo (VI) y la persistencia de recesos intertrabeculares profundos en el miocardio. Es una enfermedad congénita de etiología desconocida, tiene una incidencia de 0,11 por 100.000. En el lactante suele cursar de forma asintomática y el diagnóstico se realiza mediante ecocardiografía. El tratamiento es sintomático y de las complicaciones.

Caso clínico. Recién nacida de 19 días de vida, procedente de embarazo controlado, hija de madre diabética insulino dependiente, precisó CPAP (continuous positive airway pressure) en el periodo perinatal inmediato. Asintomática desde el punto de vista cardiovascular, clase funcional I/VI. En la exploración física presenta buen estado general, sin edemas ni hepatomegalia; en la auscultación apreciamos ritmo de galope. Se realiza electrocardiograma (ECG) que muestra signos de crecimiento de VI y alteración en la repolarización. En la Ecocardiografía destaca el aspecto globuloso y dilatado del VI con abundante trabeculación en ápex y una disfunción sistólica importante con una fracción de eyección del VI en torno a 25%. Dados los hallazgos, se decide ingreso para control clínico estricto. Gracias al hallazgo en la paciente, se realiza screening en sus progenitores diagnosticando a su padre de una MCNC.

Comentarios. La incidencia de la MCNC está aumentando gracias a los nuevos conocimientos acerca de esta entidad y las mejoras técnicas en las pruebas de imagen. La instauración temprana del tratamiento mejora el pronóstico de estos pacientes, sin evitar sus principales complicaciones: disminución de la función sistólica progresiva, riesgo de embolia sistémica y riesgo de arritmias ventriculares.

2. EFECTOS DE LA RISPERIDONA SOBRE EL ECG, ¿DEBEMOS FIJARNOS SOLO EN EL QT? Pérez Pérez A, Vega López L, González López C, Elola Pastor AI, Garrido García E, Murias López SM, Fernández Barrio BC, Ibáñez Fernández MA. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La risperidona es un fármaco cada vez más utilizado en pediatría. Es bien conocido su efecto sobre el intervalo QT. Sin embargo, puede producir también un enlentecimiento de la conducción cardiaca, efecto menos conocido.

Caso clínico. Niño de 11 años traído a urgencias en ambulancia por síncope de unos 30 minutos de duración tras sobreingesta intencional de risperidona (inicialmente dosis desconocida). A su llegada TEP estable, se monitoriza y se administra carbón activado. Destaca FC mantenida de 114 lpm, y en electrocardiograma (ECG) intervalo QT de 560 ms e intervalo PR de 240 ms (Fig. 1). Ante estos hallazgos se retira risperidona y se inicia tratamiento con bisoprolol tras interconsulta con Cardiología Pediátrica. Ingres para monitorización durante 36 horas, permaneciendo estable. Se repite el ECG al alta con disminución tanto del intervalo PR (190-200 ms) como del QT (470 ms) (Fig. 2). En interrogatorio

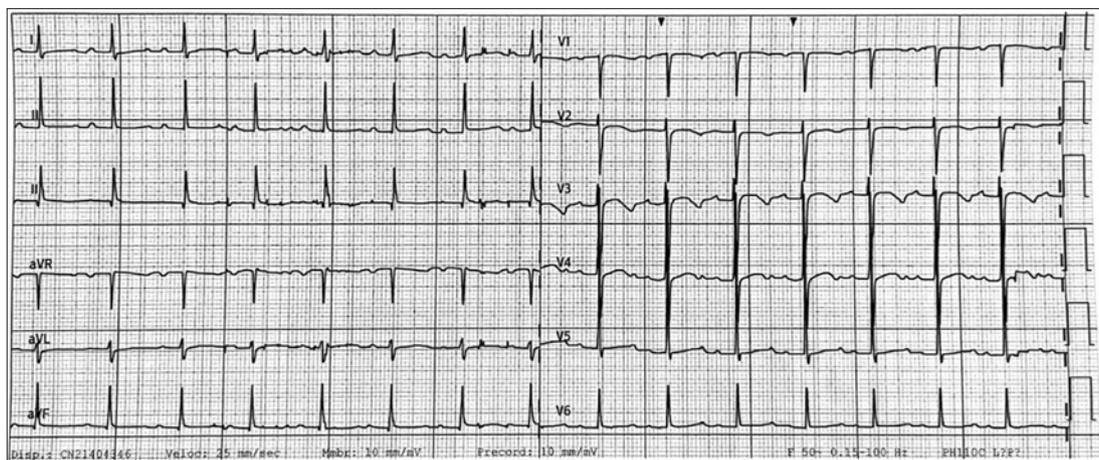


Figura 1.

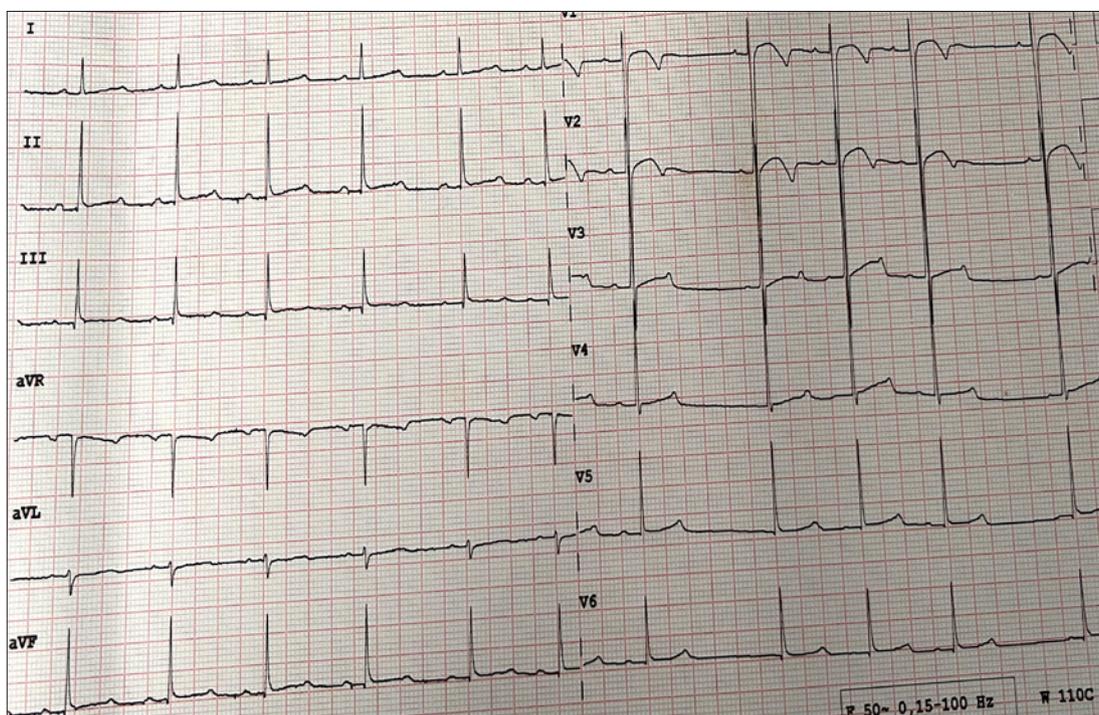


Figura 2.

a la madre refieren ingesta de 2 mg de risperidona. Como antecedentes personales destacan dos síncope previos, el primero de características vasovagales tras un traumatismo craneoencefálico. El segundo ocurrió estando en domicilio, de forma súbita, sin pródomos ni desencadenantes específicos. Niegan antecedentes familiares de síndrome de QT largo (SQTL), muerte súbita u otras cardiopatías.

Comentarios. Se trata de un SQTL en un paciente sin diagnóstico previo, agravado por la ingesta de risperidona. Además, la prolongación del PR parece estar también en relación al uso de este medicamento.

Es importante la realización de ECG previo al inicio de risperidona y repetirlo de forma periódica mientras dure el tratamiento.

3. ¡SALVADO POR EL DUCTUS! Díaz García P¹, Fernández Morán E¹, Fernández Castiñeira S², Pérez Pérez A¹, García Fernández S¹, Antomil Guerrero B¹, Fernández López A¹, Ibáñez Fernández A¹. ¹AGC de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Centro de Salud de Salas. Área IV. Asturias.

Introducción. Los avances en diagnóstico ecográfico prenatal permiten detectar cada vez más malformaciones durante el embarazo. El hallazgo de cardiopatías fetales tiene un espectro de gravedad amplio, no siendo posible filiar la cardiopatía en todas las ocasiones.

Caso clínico. Recién nacido varón con hallazgos en ecografía prenatal y resonancia magnética fetal de dilatación de cavidades derechas, mesocardia y mesoapex. Parto eutócico sin precisar reanimación. Ante valoración normal al nacimiento y las 6 horas de vida se decide actitud expectante. A las 19 horas de vida inicia distrés respiratorio progresivo, presentaba soplo pansistólico IV/VI y pulsos femorales difícilmente palpables. Se observaba gradiente significativo de saturación preductal y postductal así como de tensiones arteriales entre miembros superiores e inferiores. Ingresó en Cuidados Intensivos Neonatales y es valorado por Cardiología Pediátrica, que realiza ecocardiograma con hallazgos de hipertensión pulmonar grave, comunicación interauricular tipo ostium secundum y arco aórtico de pequeño tamaño. Se solicita angio-TAC torácico que confirma coartación de aorta grave dependiente del ductus. Ante estos hallazgos, se inicia perfusión de prostaglandinas y se contacta con hospital de referencia para traslado y corrección quirúrgica. Controles posteriores en Consultas Externas satisfactorios.

Conclusiones:

- El diagnóstico prenatal es de vital importancia para el manejo clínico de recién nacidos.
- El manejo de un paciente con hallazgo prenatal de posibles malformaciones debe basarse en la gravedad de la misma, así como en la estabilidad clínica del paciente.
- Ante la sospecha de cardiopatía congénita grave debe evitarse el cierre del ductus arterioso mediante el uso de prostaglandinas.

4. USO DE MASCARILLAS DURANTE LA PANDEMIA, ¿CONSULTAN MÁS LOS NIÑOS POR SINTOMATOLOGÍA CARDIOLÓGICA? Pérez Pérez A, Rodríguez Márquez C², Delgado Nicolás S, González López C, Elola Pastor AI, Fernández Barrio BC, Ibáñez Fernández MA. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivo. Determinar si con el uso de mascarillas han aumentado las consultas por palpitations, mareos, síncope o dolor torácico en la consulta de cardiología pediátrica de un hospital de tercer nivel. Estudiar si había disminuido la edad de presentación de esta sintomatología.

Material y métodos. Estudio descriptivo y observacional en el que se compararon las primeras consultas por palpi-

taciones, síncope, dolor torácico y mareos en la Unidad de Cardiología Pediátrica de un hospital de tercer nivel, desde enero hasta diciembre de 2021 y se compararon con el mismo periodo durante el año 2019 (prepandemia).

Resultados. En el año 2019 consultaron por estos síntomas un total de 126 pacientes, 65 varones y 61 mujeres, con una media de edad de 10 años. 30 de ellos presentaban palpitations, 47 mareo, 29 síncope y 58 dolor torácico. Dos de ellos fueron diagnosticados de insuficiencia mitral leve y en otros dos niños se observaron extrasístoles ventriculares. En 2021, consultaron 141 pacientes, 70 mujeres y 71 varones con una media de edad de 9,5 años. 51 consultaron por palpitations, 52 por mareos, 26 por síncope y 64 por dolor torácico. De ellos, dos pacientes se diagnosticaron de síndrome de Wolf-parkinson-white y otro de síndrome de QT largo.

Conclusiones. Las primeras consultas por estos motivos aumentaron discretamente durante el año 2021 frente al 2019. Se observa un mayor aumento de las primeras consultas por palpitations, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p=0,028$). No se observan grandes diferencias en la edad de presentación.

5. CAUSA POCO HABITUAL DE SÍNDROME DE ABS-TINENCIA NEONATAL. Marrero Calvo MFe, Jiménez Saucedo MP, Abad Moreno N, Martín Bahamontes C, Rupérez Peña SM, Rubio Rodríguez F, De Pedro del Valle S, García Serrano E. Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

Introducción. El mate es una infusión hecha con hojas de yerba mate (*Ilexparaguariensis*). Es considerada en Uruguay como bebida nacional y es el país con el mayor consumo per cápita de yerba mate a nivel mundial. Las hojas de la planta contienen cafeína como principio psicoactivo.

Caso clínico. RN 37+2. A los 2 días de vida ingresa en Neonatología por hiperbilirrubinemia. En exploración temblores significativos sobre todo al estímulo y febrícula. Analíticas normales salvo glucemias en límite bajo e hipocalcemia leve (7,7 mg/dL) que resuelve con aportes orales la primera y suplementos de calcio la segunda. Persistencia de temblores en las 4 extremidades, muy llamativos en extremidades superiores, disconfort, regurgitaciones frecuentes y febrícula (máximo 37,9°C). Tóxicos en orina negativos. Ecografía SNC normal. EEGa normal. Insistimos por tóxicos a los padres y dada su procedencia uruguaya se pregunta directamente por yerba mate, refiriendo ingesta materna desde los 4 meses de gestación de 1 L al día. Ante sospecha de síndrome de absti-

nencia se deciden medidas de contención y monitorización según escala Finnegan, no precisando tratamiento farmacológico y evolucionando de forma favorable. Seguimiento en consulta ambulatoria con exploración normal.

Comentarios. Las costumbres culturales por el arraigo y la normalización considerada, muchas veces no se relacionan con un hallazgo clínico y debemos investigar y profundizar de forma muy detallada en la anamnesis. Es frecuente el síndrome de abstinencia neonatal en nuestro medio a otros tóxicos, lo que nos hizo reconocer el cuadro clínico e investigar sobre el agente causal.

6. MASTITIS VERSUS INTUMESCENCIA MAMARIA NEONATAL, A PROPÓSITO DE UN CASO. *Bello Martínez B¹, Lobejón Martín B².* ¹Pediatra de Área. CS Palencia Rural, Dueñas, Baltanas. Palencia. ²Matrona. CS Baltanas, Fromista, Torquemada. Palencia.

Introducción. La intumescencia mamaria del recién nacido es un proceso fisiológico producido por el paso de hormonas maternas (estrógenos) al feto. Puede aparecer una secreción blanca (galactorrea) a través del pezón. No requiere tratamiento. Se recomienda no apretar o intentar extraer la secreción, porque podríamos facilitar la infección y provocar una mastitis del recién nacido, una complicación grave que requiere antibiótico intravenoso.

Caso clínico. Varón de 17 días, madre marroquí de 28 años. Buen aspecto y adecuada ganancia ponderal. Tumefacción mamaria bilateral, mayor en mama derecha, con rubor, calor y endurecimiento, no fluctuación, no impresiona de absceso; afebril. Pregunto a la madre si han apretado las mamas del bebé, me responde: “Yo no me atrevo, lo hace mi madre”, explico que eso no se debe hacer. Ante el buen estado general, y la impresión de ingurgitación mamaria muy marcada, pero sin signos aparentes de infección, explico a la madre los signos de alarma a vigilar, y pauto paracetamol cada 8 h. A la semana la ingurgitación había disminuido solo ligeramente, ya sin calor local ni rubor; buen estado general. Inicio tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico oral. Siete días después solo persiste en la mama izquierda una mínima zona ingurgitada, móvil, no caliente, ni eritematosa. Retiro el antibiótico y el paracetamol.

Comentarios. La intumescencia neonatal tiene importancia por su posible complicación infecciosa: la mastitis del recién nacido. Culturalmente hay familias en las que por tradición se exprimía las mamas de los recién nacidos. Nuestra labor como pediatras es educar para la salud, y así tratar de prevenir estas complicaciones.

7. SÍNDROME DE PATAU: CUANDO LA REALIDAD SUPERA LAS EXPECTATIVAS DE SUPERVIVENCIA.

Maillo Del Castillo JM, Lázaro Ramos J, Marrero Calvo ME, Jiménez Martín AM, Jiménez Saucedo MP, Abad Moreno N, Martín Bahamontes C, Rupérez Peña S. Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Complejo Asistencial de Ávila.

Introducción. El síndrome de Patau o Trisomía 13 es una anomalía cromosómica (cromosoma 13 adicional). Se caracteriza por malformaciones cerebrales, cardíacas, dismorfismo facial, anomalías oculares, dérmicas, esqueléticas, y retraso psicomotor grave. Más de un 95% de fetos mueren intraútero. De los que sobreviven, la mitad, mueren en el primer mes de vida y el 90% mueren antes del año por complicaciones cardíacas, renales o neurológicas.

Caso clínico. Niña con diagnóstico de Síndrome de Patau tras el nacimiento. En la exploración destacaba: bajo peso, facies peculiar (aplasia cutis en vertex, frente huidiza, angioma fronto-ocular derecho, microftalmia, raíz nasal aplanada y engrosada). Paladar ojival. Cuello corto. Hernia umbilical. Dedos largos de pies y manos en flexión. Calcáneo prominente. Hipertonía leve. Dextrocardia. Levoapex. Comunicación interauricular (CIA). Cariotipo: trisomía 13 libre. Síndrome de Patau (47, XX +13). Actualmente tiene 13,5 años y realiza seguimiento combinado entre hospitales de Madrid y Ávila. Padece múltiples comorbilidades: CIA no intervenida; Encefalopatía, Parálisis cerebral (GMFSC V): Tetraparesia espástica. Epilepsia con crisis generalizadas; Esofagitis por Reflujo Gastroesofágico, Disfagia; Hipovitaminosis D, Bocio grado 3 con Hipotiroidismo (secundario a fármacos); Artritis Idiopática Juvenil poliarticular ANA +, Poliposis nasal; Trastorno grave del comportamiento y del sueño; y Glaucoma congénito bilateral intervenido. Ingresos por infecciones respiratorias y crisis epilépticas (≤ 1 /año).

Comentarios. Se han registrado algunos casos de supervivencia prolongada hasta edad adulta. Nuestra paciente a pesar de todas sus comorbilidades tiene una “aceptable” calidad de vida gracias al gran apoyo familiar y de los diversos profesionales, siendo poco frecuentes los ingresos o visitas a urgencias.

8. ¿ERITEMA MULTIFORME EXUDATIVO O POSIBLE SÍNDROME DE DRESS?

Calleja Ibáñez M, Pérez Salas S, Gonzalo San Esteban A, Palacio Tomás L, Pérez Arnáiz L, Gil Calderón FJ, Mañaricua Arnáiz A, Barbadillo Mariscal B. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. Los exantemas son un motivo de consulta frecuente en pediatría. La etiología más frecuente es vírica, como en el caso del eritema multiforme, que se caracteriza por presentar lesiones en diana cursando de forma benigna y autolimitada. Sin embargo, es importante descartar cuadros potencialmente graves, como el Síndrome de DRESS o el Síndrome de Stevens-Johnson, relacionados con la administración de fármacos.

Caso clínico. Niño de 12 años que acude a urgencias por fiebre $>39^{\circ}\text{C}$ y afectación del estado general, exantema máculo-papuloso generalizado, afectación palmoplantar, lesiones dianiformes, angioedema, mialgias y dolor genital de 5 días de evolución. Recibió tratamiento domiciliario con paracetamol, ibuprofeno y cetirizina. No refiere viajes, ingesta de otros fármacos, productos de herbolario ni infecciones recientes. Analítica con eosinofilia del 13% y PCR 30 mg/dl. Resto de pruebas normales. Ante empeoramiento clínico se inicia tratamiento con corticoterapia intravenosa, antihistamínicos y azitromicina oral. Se diagnosticó de eritema multiforme exudativo, sin embargo, también cumpliría criterios de posible Síndrome de DRESS aunque sin asociación farmacológica evidente. Presentó mejoría progresiva siendo dado de alta al quinto día.

Comentario. El síndrome de DRESS es una reacción de sensibilidad severa a fármacos que asocia principalmente fiebre, eosinofilia y afectación del estado general. El diagnóstico es complejo, requiriendo alta sospecha clínica para poder iniciar tratamiento de forma precoz y así disminuir la morbimortalidad. En el caso de nuestro paciente la sospecha diagnóstica incluyó un posible síndrome de DRESS a pesar de no tener agente claro conocido, presentando buena evolución tras inicio de tratamiento precoz de soporte.

9. CIRCUNFLEJA ORIGINADA DE LA ARTERIA CORONARIA DERECHA. DIAGNÓSTICO ECOCARDIOGRÁFICO. *Marrero Calvo MF, Abad Moreno N, Martín Bahamontes C, Rupérez Peña S, Rubio Rodríguez F, De Pedro del Valle S, García Serrano E, Lázaro Ramos J. Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.*

Introducción. La incidencia de las anomalías coronarias oscila entre el 0,1 y el 8,4%. La preocupación fundamental radica en conocer qué anomalías pueden manifestarse con muerte súbita, ya que no todas deben considerarse de alto riesgo. El origen anómalo de la circunfleja del seno aórtico derecho es generalmente una anomalía asintomática y benigna. Parece existir una asociación con la válvula aórtica bicúspide.

Caso clínico. Neonato de 48 horas, sin antecedentes de interés. Procede de embarazo controlado que cursó con normalidad. Parto a las 38+2 s de EG. Test de Apgar: 9/10. En el 2º día de vida, previo al alta, se detecta soplo sistólico I/VI en BEI, por lo que se realiza ecocardiografía, donde se objetiva miniductus en remisión, e imagen de coronaria anómala, retroaórtica, que discurre por el surco aurículo ventricular izquierdo. Se realiza el diagnóstico de sospecha de arteria coronaria circunfleja con origen en la coronaria derecha.

Comentarios. De las anomalías coronarias, las que tienen mayor incidencia de muerte súbita son las que siguen un trayecto interarterial (o intramural), aquellas en las que la coronaria anómala es la dominante y las que presentan clínica en pacientes de edad menor de 30 años. El origen anómalo de la circunfleja, naciendo de la coronaria derecha o del seno coronario derecho, es considerada una variante benigna, con bajo riesgo de provocar muerte súbita. Las imágenes de la ecocardiografía constituyen la base para el diagnóstico inicial. Otras pruebas de imagen, o funcionales (ergometría) pueden realizarse en la evolución.

10. SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON SECUNDARIO AL USO DE LAMOTRIGINA. A PROPÓSITO DE UN CASO. *Marrero Calvo MF¹, Martín Bahamontes C¹, Fernández de Miguel S², Rupérez Peña SM¹, Rubio Rodríguez F¹, De Pedro del Valle S¹, García Serrano E¹, Lázaro Ramos J¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. ²Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario de Salamanca.*

Introducción. El síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) es una reacción mucocutánea grave cuya causa más frecuente es la hipersensibilidad a fármacos. Según la superficie corporal afectada por ampollas y erosiones hablamos de SSJ si la afectación es $>10\%$, necrólisis epidérmica tóxica (NET) si afecta a más del 30% y síndrome intermedio SSJ/NET cuando compromete al 10-29%.

Caso clínico. Paciente mujer de 13 años que acude a urgencias por fiebre de 48h de evolución con posterior aparición de lesiones papuloeritematosas pruriginosas en cara, tórax, palmas, plantas y dorso de pies. Posteriormente, vesículas a nivel facial, pabellones auriculares y tronco. Destaca inyección conjuntival y ampollas en labios con úlceras en lengua, paladar duro y blando con intensa odinofagia que impide la ingesta de sólidos y líquidos. Desde hace 20 días en tratamiento con lamotrigina en dosis ascendentes junto con su tratamiento de base con ácido valproico por crisis

parciales refractarias. Ante la sospecha clínica de SSJ se suspende tratamiento con lamotrigina y se traslada a la UCI pediátrica del Hospital de Referencia.

Comentarios. Aunque el SSJ es una entidad poco frecuente cuya incidencia se encuentra en torno a 5.3 casos/millón de niños/año, su morbimortalidad es próxima al 20%, por lo que es muy importante pensar en esta entidad para suspender rápidamente el fármaco desencadenante e instaurar el tratamiento adecuado. Al igual que otros anticonvulsivantes, la lamotrigina puede causar reacciones adversas severas como el SSJ y la NET, por lo que es importante explicar a los pacientes que ante la aparición de lesiones cutáneas suspendan el medicamento de inmediato y acudan a su médico para valoración.

SESIÓN POSTERS 2

11. OSTEOMIELITIS MULTIFOCAL HEMATÓGENA.

Álvarez Merino M¹, Fernández Morán E¹, Rodríguez Ortiz M¹, Rodríguez Ovalle S¹, Vázquez Villa JM¹, García Suárez L², Anes González G², Calle-Miguel L¹. ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Radiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La osteomielitis multifocal aguda hematógena es una forma infrecuente y potencialmente grave de presentación de infección osteoarticular por la posibilidad de evolucionar a sepsis.

Caso clínico. Varón de 9 años que acude a urgencias pediátricas por fiebre (máximo 39,5°C) y malestar general de 24 horas. Presenta dolor creciente en falange proximal y cabeza de metatarsiano del primer dedo derecho con limitación de movilidad de primera articulación metatarsofalángica y ligero dolor en talón ipsilateral. No clínica osteoarticular en otras regiones ni antecedentes personales de interés. Exploración física: eritema en cara interna del pie con dolor a punta de dedo. Se realiza radiografía de pie derecho (hallazgos de enfermedad de Sever), hemograma, bioquímica (Proteína C Reactiva 5,9 mg/dl) y hemocultivo (*Staphylococcus aureus* metilín-sensible). Ingresa con cloxacilina endovenosa ante sospecha de artritis séptica en primera articulación metatarsofalángica. Se realiza ecografía compatible con osteoartritis. Durante el ingreso, presenta aumento del dolor en calcáneo derecho, rechazo al apoyo y signos de inflamación local. Se solicita leucocidina Panton-Valentine (LPV) y se asocia clindamicina hasta resultado negativo. Se realiza resonancia magnética

nuclear, con hallazgos compatibles con osteomielitis del calcáneo derecho. Tras 10 días de ingreso, es dado de alta con cefadroxilo y control en consultas externas, con evolución favorable.

Conclusiones. Las infecciones osteoarticulares precisan de un alto nivel de sospecha para su abordaje precoz. Ante una demora en la respuesta al tratamiento antibiótico adecuado hay que plantearse posibles complicaciones o, como en nuestro caso, formas infrecuentes de presentación, habitualmente ocasionadas por *S. aureus* productor de LPV.

12. FRACTURA DE RADIO CON HALLAZGO RADIO-

LÓGICO INESPERADO. Grullon Ureña E¹, Fuentes Martínez S¹, Redondo Alonso JC², Lobete Prieto CJ², Robles Álvarez I¹, Alejos Antoñanzas M¹, Muñoz Cabrera V¹, Fernández García A¹. ¹Complejo Asistencial Universitario de León. ²Centro de Salud José Aguado, León.

Introducción. Las fracturas sobre osteocondromas son poco comunes, pero están descritas como causa de dolor en estas tumoraciones. Sin embargo, en la mayoría de los casos se asocian a un traumatismo previo por lo que no estaríamos ante fracturas patológicas.

Caso clínico. Niño de 4 años que acude a urgencias por dolor en antebrazo tras caída accidental desde su propia altura y con mecanismo de eversión. Como antecedentes personales destaca osteocondroma en reborde costal derecho. El padre tiene osteocondromas múltiples. En la exploración física se objetiva dolor a la palpación de antebrazo derecho con movimientos de flexo-extensión de codo y muñeca conservados y de pronosupinación dolorosos. Se solicita radiografía de antebrazo donde se observa lesión compatible con osteocondroma que asocia línea de fractura en el tercio medio del cúbito derecho. Se realiza interconsulta a traumatología quien indica inmovilización con férula antebraquiopalmar dorsal. En revisión realizada por su parte a los quince días se comprueba evolución adecuada y se retira la escayola.

Comentarios. Los osteocondromas son hallazgos de imagen relativamente frecuentes, representando aproximadamente el 10-15% de todos los tumores óseos y el 35-45% de los tumores óseos benignos. Dada su frecuencia y su bajo potencial de malignización, cuando son solitarios no requieren más estudios de imagen que la radiografía simple, donde se identifica una lesión sésil o pedunculada en región metafisaria. El dolor en los osteocondromas puede ser debido a efectos mecánicos, a fracturas o, más raro, a la malignización de los mismos.

13. CERVICALGIA EN NIÑOS, UN SÍNTOMA NO BANAL. *Rubín Roger S, Rodríguez Márquez C, Fernández López A, Vicente Martínez C, Alonso Álvarez MA, De Lucio Delgado A.* AGC de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La sintomatología musculoesquelética es motivo de consulta frecuente en pediatría. En el caso de la cervicalgia, deben considerarse otras causas, como las inflamatorias, infecciosas y neoplásicas, en el diagnóstico diferencial.

Caso clínico. Niña de 12 años, sin antecedentes de interés, que consulta por cervicalgia de 2 semanas de evolución que atribuye a ejercicios con balón medicinal. Asocia sintomatología de vómitos y cefalea, destacando en la exploración física contractura muscular con rigidez nuchal y posición en "trípode". Se solicita TC cervical para descartar posible lesión cervical postraumática (subluxación atlo-axoidea), con el hallazgo en cortes superiores de masa a nivel de línea media de fosa posterior, decidiéndose ampliar estudio craneal con una Resonancia Magnética, que apoya dicha sospecha. Se requirió colocación de válvula ventrículo-peritoneal debido a hidrocefalia. La biopsia estableció el diagnóstico definitivo de pinealoblastoma.

Comentarios. La cervicalgia persistente en pacientes pediátricos podría ser un signo de alarma y requiere especial atención, para descartar otras patologías subyacentes, como en el caso mencionado.

14. RETINOBLASTOMA BILATERAL, ENFERMEDAD INFRECUENTE DE ORIGEN GENÉTICO QUE PRECISA UN DIAGNÓSTICO PRECOZ. *Maillo del Castillo Mendoza JM, Rubio Rodríguez F, De Pedro del Valle S, García Serrano E, Lázaro Ramos J, Martín Sanz AJ, Jiménez Martín AM, Jiménez Saucedo MP.* Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

Introducción. El retinoblastoma es un tumor embrionario de origen retiniano infrecuente (1/20.000 nacidos) con una evolución fatal en caso de diagnóstico tardío. La mayoría son unilaterales. Pronóstico vital y ocular depende de la precocidad en el diagnóstico.

Caso clínico. Niño de 10 meses que acude a su Pediatra para valoración por una infección respiratoria, objetivándose mancha blanca a simple vista confirmando alteración en la valoración del reflejo rojo. Interconsulta a Oftalmología que sospecha posible retinoblastoma derivándose a hospital de tercer nivel. Se confirma retinoblastoma bilateral (grado B

ojo derecho multifocal y grado D3 ojo izquierdo). Estudios cromosómicos y moleculares detectan mutación en gen Rb1. Recibe tratamiento con quimioterapia intra-arterial en tándem y crioterapia y termoterapia transpupilar en el ojo derecho. Otros tratamientos posibles son radioterapia externa, radioterapia local, fotocoagulación y enucleación. Actualmente presenta ceguera total en un ojo y alteración visual parcial en el contralateral, pudiendo evitar enucleación ocular en este momento. Tras diagnóstico y tratamiento adecuado, es importante realizar consejo genético de cara a valorar riesgo fundamentalmente en hermanos y de cara a la descendencia.

Conclusiones. El retinoblastoma se presenta clínicamente como leucocoria y estrabismo (raramente como glaucoma, celulitis orbitaria, uveítis y hemorragia vítrea). Para poder hacer un diagnóstico lo más precoz posible es imprescindible poder hacer revisiones en periodo neonatal y de lactante con un tiempo de consulta adecuado para explorar el reflejo rojo y valorar con detalle cualquier sintomatología ocular. Ante la sospecha clínica, el paciente debe ser derivado lo antes posible a unidades de referencia para esta patología, dado que se precisa gran experiencia y equipos multidisciplinarios con muy alto grado de especialización para poder obtener los mejores resultados posibles.

15. TRASTORNO DE LA MARCHA EN PACIENTE DE 2 AÑOS CON ANTECEDENTE DE RETRASO PSICOMOTOR: ¿FORMA TODO PARTE DEL MISMO CUADRO? *López Salas E¹, Navarro Abia V¹, Pérez Salas S¹, Barbadiello Mariscal B¹, Obregón Asenjo M¹, García Miralles LC¹, Zarandona Leguina S¹, Pérez Dueñas B².* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. ²Sección de Neurología Pediátrica. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción. La mioclonus-distonía SGCE es un trastorno del movimiento que inicia en la infancia o adolescencia con mioclonías de predominio en región superior del cuerpo, combinadas en aproximadamente la mitad de los casos con distonía focal-segmentaria. Se asocia a comorbilidades psiquiátricas (TOC, fobias, alcoholismo, etc.). La herencia es autosómica dominante con penetrancia variable debido a un fenómeno de imprinting materno.

Caso clínico. Varón de 2 años de familia consanguínea. Padre y tres hermanos mayores con discapacidad intelectual (dos de ellos con sordera de inicio tardío). Dos familiares mujeres lejanas diagnosticadas de mioclonus-distonía SGCE. Ingresa por alteración de la marcha de un mes de evolución, con movimientos al caminar de sacudida hacia

adelante de cadera izquierda con contracción de brazo ipsilateral en flexión-pronación. Empeoramiento progresivo hasta ocasionar caídas. Asocia retraso psicomotor con mayor afectación del lenguaje y rasgos de trastorno del espectro autista (TEA). Se realizan tóxicos en orina, analítica sanguínea con perfil metabólico, cariotipo, array CGH, vídeo-electroencefalograma y resonancia magnética cerebral, normales. Escala M-Chat alterada. Se deriva a Unidad de Referencia por sospecha de mioclonus-distonía SGCE, que se confirma en estudio genético. Inician clonacepam, con mejoría parcial.

Comentarios. La secuenciación del gen *SGCE* confirma la variante genética familiar de mioclonus-distonía en heterocigosis: mutación c.627_628insGGGGTGGC en exón 5 de dicho gen. El estudio de segregación indica herencia vía paterna. Esta patología asocia rasgos de conducta que pueden confundirse con TEA, pero raramente afecta otras áreas del neurodesarrollo (lenguaje, cognitivo), por lo que se valorará realizar exoma según evolución buscando otras alteraciones.

16. HALLAZGOS QUE NO ESPERAMOS ENCONTRAR.

Oreña Ansorena V¹, García Fernández S², Corujo Murga P³, Martín Pino S², Díaz García P², Blanco Lago R², Hedrera Fernández A², Málaga Diéguez P. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Pediatría; ³Servicio de Radiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El sinus pericranii o seno pericraneal (SP) es una malformación vascular infrecuente consistente en una comunicación venosa directa entre los senos venosos duros y las venas epicraneales provocando una dilatación varicosa de las mismas. Es una patología habitualmente asintomática que puede asociarse con cefalea crónica. Las opciones terapéuticas son muy variadas (vigilancia, embolización, exéresis) dependiendo del tamaño, localización y sintomatología.

Caso clínico. Niña de 13 años sin antecedentes de interés que en el contexto de estudio etiológico en el servicio de neuropediatría de un déficit cognitivo leve (Coeficiente Intelectual de 75) y trastorno de déficit de atención de subtipo inatento se realiza resonancia magnética en donde se objetiva una prominencia del tejido celular subcutáneo de la región interparietal con presencia de vasos dilatados de morfología arrosariada en su interior lo cual es compatible con sinus pericranii por lo que se decide la realización de un angioTC en el que se visualizan estructuras venosas dilatadas, serpinginosas y permeables en tejido celular subcutáneo

comunicadas al seno sagital superior a través de una vena comunicante intradiploica en el hueso parietal izquierdo compatible con sinus pericranii interparietal.

Comentarios. En el estudio etiológico de algunas patologías podemos encontrar incidentalomas que no son la causa por la que consultaron nuestros pacientes pero que requieren un estudio multidisciplinar exhaustivo para un buen enfoque clínico-terapéutico y abordaje precoz de las mismas cuando aún no han provocado complicaciones.

17. EPILEPSIA NEONATAL A CONSECUENCIA DE UNA MUTACIÓN EN *STXBP1*. Iglesias Rodríguez M, Navarro Abia V, Luis Barrera C, Calleja Ibáñez M, Pérez Arnaiz L, López Salas E, Gonzalo San Esteban A, Arnáez Solís J. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. Las causas más frecuentes de crisis epilépticas en periodo neonatal son la encefalopatía hipoxico-isquémica, hemorragia intracraneal, alteraciones tóxico-metabólicas e infecciosas. Debemos sospechar etiopatogenia genética ante una mala evolución o discordancias entre la clínica y el resto de los datos.

Caso clínico. Recién nacida a término que a las 30 horas de vida ingresa en Neonatología por episodio de cianosis, que repite hasta en tres ocasiones. Sin antecedentes relevantes, excepto bolsa rota de 22h con correcta profilaxis antibiótica y líquido meconial. A las 66 horas de vida presenta una salva de espasmos epilépticos. En la monitorización se registra otro episodio de espasmos, con correlato eléctrico. Las crisis se controlaron con fenobarbital. Todas las pruebas resultaron anodinas excepto el electroencefalograma (EEG) con actividad epiléptica multifocal y la resonancia magnética cerebral con lesiones isquémicas periaxiales derechas. Se interpretó que las lesiones en neuroimagen no eran compatibles con los hallazgos electroclínicos, por lo que se realizó estudio metabólico (normal) y genético. En el panel de epilepsia se observó una mutación patogénica de novo en heterocigosis en el gen *STXBP1*, asociado a encefalopatía epiléptica.

Comentarios. Ante crisis epilépticas neonatales cuya semiología y/o correlato electroencefalográfico no sea congruente con el resto de los hallazgos deben descartarse causas menos frecuentes, como el origen genético. En nuestro caso se identificó una mutación en uno de los genes más frecuentemente asociados con encefalopatía epiléptica. La detección de este y trastornos similares es fundamental de cara a optimizar el tratamiento y ofrecer una adecuada orientación pronóstica a la familia.

18. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LAS FAMILIAS SOBRE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. *Rodríguez Lorenzo P, Fernández Álvarez R, Baroque Rodríguez S, Miguens Iglesias P, González Carrera E, Pérez Alba M, Fernández González N. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.*

Objetivos. Describir el grado de satisfacción del usuario en relación con la atención recibida, equipo sanitario e instalaciones de las urgencias pediátricas de un hospital de segundo nivel.

Material y métodos. Encuesta voluntaria y anónima realizada a los acompañantes de los pacientes pediátricos entre abril y junio del 2021.

Resultados. Se han obtenido 303 encuestas. La edad media de los pacientes fue de 4,79 años ($\pm 3,74$ DE) de los cuales el 57,4% eran varones. El tiempo medio total en urgencias fue de 73,78 minutos ($\pm 61,57$ DE). El 76,6% de los acompañantes eran mujeres. El 74,8% de los encuestados se encontraron "completamente satisfechos" con las facilidades para acompañar al paciente, y un 21,1% "muy satisfechos". Un 83,5% afirmaron que el personal sanitario se identificó de manera adecuada y ese mismo porcentaje refirió una adecuada información de los resultados de las pruebas complementarias realizadas. Hasta un 97,7% se encontró "satisfecho" con las indicaciones recibidas previas al alta domiciliaria. El 96,7% de las familias se han sentido escuchadas y creen que se ha hablado con ellos en un lenguaje comprensivo. Donde se ha registrado una menor puntuación es en la calidad de las instalaciones: un 30,3% las clasificó como "malas", 43,6% como "buenas" y solamente el 26,1% como "excelentes".

Conclusiones. El 95,5% de los encuestados han quedado muy satisfechos con la atención recibida, con una calificación media de 9,43 puntos ($\pm 3,99$ DE) sobre 10. Es necesario mantener este nivel obtenido y mejorar en aquellos puntos considerados débiles.

19. LABERINTITIS AGUDA. *Gil Calderón FJ, Pérez Salas S, Calleja Ibáñez M, Pérez Arnáiz L, Menéndez Bango C, Iglesias Rodríguez M, Palacio Tomás L, Valencia Ramos J. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La ataxia aguda consiste en un trastorno del movimiento caracterizado por alteraciones del equilibrio y la coordinación. Presenta una etiología multifactorial siendo fundamental descartar causas infecciosas, metabólicas, neurológicas (tanto de origen central como periférico)

y vestibulares. Alguna de estas patologías presenta elevada morbimortalidad, requiriendo una anamnesis y física exhaustivas, que permitan realizar un diagnóstico preciso e iniciar tratamiento precoz.

Caso clínico. Varón de 5 años que acude a Urgencias por astenia, abdominalgia y vómitos de 24 horas de evolución. Antecedente de PFAPA intervenido y vacunación para SARS-CoV-2 tres semanas antes. A la exploración física presenta inestabilidad de la marcha con lateralización a la izquierda y arreflexia simétrica en extremidades inferiores. Neuroconducta normal. Se solicita analítica (leucocitosis con neutrofilia, PCR 60 mg/L), TAC craneal (normal) y punción lumbar sin disociación albúmino-citológica. Tóxicos en orina negativos. Serologías negativas. Se ingresa en UCIP, persistiendo inestabilidad y lateralización izquierda pero con reflejos osteotendinosos presentes por lo que ante probable origen vestibular es valorado por otorrinolaringología siendo diagnosticado de laberintitis aguda secundaria a otitis media. Se realiza RM craneal, presentando ocupación mastoidea como única alteración patológica e iniciando antibioterapia empírica con cefotaxima, con evolución posterior favorable y recuperación completa al alta.

Comentarios. La clínica y la exploración física iniciales plantearon como diagnóstico diferencial el síndrome de Guillain-Barré, la laberintitis aguda y la ataxia post-infecciosa. En el caso de nuestro paciente, la evolución de la exploración y las pruebas complementarias permitieron realizar un diagnóstico preciso descartando la patología neurológica como causa de la ataxia.

20. TUMORES INFANTILES: UNA RAREZA ANTE LA QUE HAY QUE ESTAR ALERTA. *Bartolomé Calvo G, Gallego Matey E, Brel Morenilla M, Lavandera Gil I, Soler Monterde M, Domínguez Bernal E. Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.*

Introducción. Los tumores infantiles son muy infrecuentes pero suponen la segunda causa de mortalidad infantil. Los más frecuentes son: leucemias, tumores del sistema nervioso central (SNC) y linfomas. La etiología es multifactorial. La clínica es inespecífica, imitan patología banal (cefalea, fiebre, adenopatías, astenia...). Se deben sospechar cuando los síntomas perduran en el tiempo, asocien nueva sintomatología o haya cambios comportamentales bruscos.

Caso clínico. Niño de 3 años que en la revisión en Atención Primaria se objetiva nistagmo vertical derecho que refieren de 15 días de evolución. No otra clínica. Se remite al Hospital para ampliar estudio. Se realiza analítica sanguí-

nea normal y TC craneal: masa de baja densidad en región selar-supraselar alcanzado tercer ventrículo condicionando hidrocefalia simétrica triventricular. Se deriva a Hospital de Tercer Nivel. Se realiza RM: lesión que engloba quiasma y porción prequiasmática de nervio óptico derecho. En los potenciales evocados visuales se objetiva alteración de la vía visual. Tras estudio anatomopatológico se diagnostica de astrocitoma pilocítico, irreseccable. Se coloca válvula de derivación ventriculoperitoneal y se inicia tratamiento con vinblastina y avastin.

Conclusiones. Los tumores del SNC suponen el tumor sólido más frecuente, predominando los infratentoriales (astrocitoma). La anamnesis y exploración clínica en Atención Primaria es fundamental para detectar precozmente los síntomas y signos aunque la confirmación diagnóstica requiere de un TC y/o una RM craneal. En el tratamiento, se requiere un abordaje multidisciplinar. La cirugía es la base logrando resección completa o reduciendo el tamaño para aumentar la eficacia de la quimioterapia y radioterapia.

21. SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO: UN CUADRO CLÍNICO NO EXCLUSIVO DE ADULTOS. *Álvarez Merino M, Elola Pastor AI, Fernández Morán E, Rodríguez Ovalle S, Simón Bernaldo de Quirós C, Rubin Roger S, Ordóñez Álvarez FÁ. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El síndrome confusional agudo es un cuadro transitorio reversible en el que se alteran las funciones cognitivas. El origen del cuadro es orgánico y la causa más frecuente en pediatría son las intoxicaciones.

Caso clínico. Varón de 9 años que acude a Urgencias de Pediatría por un cuadro confusional brusco, de 3 horas de evolución, consistente en nerviosismo, inquietud motora y desinhibición en el lenguaje. Aparición posterior de desorientación temporal y alucinaciones visuales. No antecedentes personales ni familiares de interés. En la historia se constata inicio del episodio después de una exploración oftalmológica en la que se administraron 5 gotas de ciclopentolato hidrocloruro 1%. La exploración física es normal y a nivel neurológico puntúa Glasgow 15, desorientado en tiempo y espacio, lenguaje incoherente y desinhibido, con midriasis fija arreactiva bilateral. Persisten alucinaciones visuales. En las pruebas complementarias: glucemia capilar de 131 mg/dl, tóxicos en orina negativos y electrocardiograma normal. Se contacta con el Servicio de Toxicología, que indica que está descrito el síndrome confusional secundario al ciclopléjico, siendo este transitorio (hasta 24 horas). El paciente perma-

nece 12 horas en observación hospitalaria, desapareciendo progresivamente la clínica descrita y manteniéndose asintomático al alta. Se notifica el caso como reacción adversa a medicamento.

Conclusiones. Las reacciones adversas a medicamentos no son tan frecuentes en población pediátrica. Sin embargo, recoger en la historia clínica los antecedentes de exposición a fármacos resulta esencial en casos como el expuesto. Los ciclopléjicos usados en oftalmología pueden causar un síndrome confusional agudo, siendo más frecuente en la edad pediátrica.

SESIÓN POSTERS 3

22. MONOARTRITIS AGUDA. LA NECESIDAD DE LA ALTA SOSPECHA. *Macías Panedas A¹, Jiménez Hernández EM¹, González García C¹, Soltero Carracedo JF¹, Llorente Pascual RM², Bartolomé Porro JM¹, De la Torre Santos S¹, Villagómez Hidalgo FJ¹. ¹Complejo Asistencial Universitario de Palencia. ²Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. El diagnóstico diferencial de las monoartritis en la infancia es muy amplio y, siendo la patología infecciosa una de las causas más frecuentes siempre es necesario descartar otras etiologías como alteraciones autoinmunes, traumatológicas o tumorales. Para el correcto diagnóstico es imprescindible una orientación mediante una exhaustiva anamnesis y exploración física, lo cual nos permitirá sospechar el probable origen de la lesión con un alto índice de aciertos.

Caso clínico. Niño de 2 años sin antecedentes de interés que comienza con dolor e impotencia funcional de miembro inferior izquierdo acompañado de edema en la rodilla. Días antes fue diagnosticado de enfermedad boca-mano-pie que trató de forma sintomática. No ha presentado fiebre. A la exploración presenta una actitud en flexión y rotación externa, dolor a la movilización pasiva y presencia de edema en región suprapatelar, sin rubor ni calor. Se realiza ecografía de rodilla donde se observa derrame articular suprapatelar con presencia de septos y contenido ecogénico del líquido sinovial y analítica con resultado de Ac. Antinucleares positivos (1/80) y ac. Epstein-Barr VCA-IgM positivos. Se traslada al servicio de Traumatología del HUBU donde se le realiza artrocentesis con extracción de líquido amarillento y turbio que tras su análisis se descarta patología infecciosa. Se procede a realización de artrotomía articular con posterior resolución del cuadro.

Comentarios. En la infancia este tipo de patologías suponen un motivo de consulta frecuente, siendo necesario un diagnóstico diferencial amplio para realizar un abordaje temprano para todos aquellos casos en los que sea necesario una intervención urgente.

23. UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR DE ESPALDA EN LOS ADOLESCENTES. *Maillo del Castillo Mendoza JM, Rupérez Peña SM, Rubio Rodríguez F, De Pedro del Valle S, García Serrano E, Lázaro Ramos Je, Martín Sanz AJ, Jiménez Martín AM. Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.*

Caso clínico. Niño de 12 años que consulta por dolor lumbar intenso e invalidante de varios días de evolución. No ha presentado fiebre ni procesos infecciosos en los días previos. No antecedente de traumatismo. *AF y AF:* sin interés. *Rx simple columna:* se observan imagen erosiva de límites escleróticos a nivel de L1. *RM:* irregularidades anteriores en los platillos vertebrales inferiores desde D12 a L2 sin acuña-mientos vertebrales compatibles con osteocondrosis lumbar juvenil. *Traumatología:* confirma diagnóstico

Discusión. La osteocondrosis lumbar juvenil o enfermedad de Kummel, entidad muy rara que afecta a la placa terminal del cartílago de crecimiento, probablemente debido a la tensión repetitiva en el cartílago de crecimiento debilitado por antecedentes genéticos. Pico de incidencia: en la fase de mayor crecimiento óseo. Los aspectos radiográficos están relacionados con las lesiones del platillo vertebral e incluyen acuña-miento vertebral, irregularidad del platillo vertebral y nódulo de Schmorl. El síntoma guía es el dolor. De curso generalmente benigno, se dispone poca información de su historia natural. Podría estar relacionado con mayor dolor de espalda en la edad adulta. El tratamiento de primera línea es médico e incluye rehabilitación y en ocasiones aparatos ortopédicos. Parece que los resultados son mejores cuanto antes se inicie el tratamiento. En general la cirugía se limita a los casos con afectación grave y con fracaso del tratamiento conservador.

Conclusiones. El interés del caso radica en la localización infrecuente de la osteocondrosis, no obstante, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor de espalda juvenil.

24. CUANDO LA LENGUA NOS SORPRENDE: HIPERPIGMENTACIÓN DE PAPILAS FUNGIFORMES. *Martín Galache M¹, Escalona Gil AM¹, Jiménez Domínguez A¹, De Pablo García M¹, Álvarez Smith CI¹, Alcubilla García L¹,*

López Ávila FJ¹, San Segundo Nieto C². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. ²Servicio de Pediatría. Centro de Salud Garrido Sur, Salamanca.

Introducción. La pigmentación de las papilas fungiformes linguales es una entidad benigna, asintomática y no evolutiva que afecta predominantemente a individuos de raza negra. Su prevalencia es de un 0,4% en asiáticos y de hasta un 33% en pacientes de raza negra. Suele aparecer entre la segunda y tercera décadas de la vida, aunque se han descrito casos aislados en pacientes pediátricos.

Caso clínico. Paciente de 10 años, de origen latino y fototipo IV que acudió a nuestra consulta por odinofagia. En la exploración física destacaba ligera hiperemia faríngea y la presencia de múltiples máculas hiperpigmentadas, de 0,5-1 mm de diámetro, distribuidas en tercio distal y regiones laterales de cara ventral de la lengua; resto de exploración física sin alteraciones. El paciente refería no haberse percatado de cuándo había aparecido dicha hiperpigmentación y que sus familiares directos no la presentaban. Debido a que nuestro paciente no presentaba ninguna otra sintomatología y no se evidenciaba ningún otro hallazgo en la exploración física que apoyase la existencia de patología sistémica de base, se determinó que presentaba una hiperpigmentación de papilas fungiformes linguales y se explicó la benignidad del hallazgo.

Comentarios. El diagnóstico diferencial debería establecerse con otras pigmentaciones de la mucosa oral tales como la observada en la hemocromatosis, anemia perniciosa, enfermedad de Addison, nevus melanocíticos, melanoma y lengua negra vellosa. El diagnóstico es clínico, por lo tanto, es importante saber identificar este hallazgo casual y conocer que se trata de una variante de la normalidad para evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias.

25. REACTIVACIÓN DE INFECCIÓN CONGÉNITA POR VIRUS HERPES SIMPLE TRAS LA VACUNA DEL SARS-COV-2. *Andrés Porras MP¹, Pérez Gavilán C¹, Pérez Porra S¹, Salamanca Zarzuela B¹, Sánchez Tocino H². ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. La infección latente por virus herpes simple (VHS) puede no volver a causar síntomas o bien reactivarse de forma periódica. Procesos que implican activación del sistema inmune, como por ejemplo la vacunación, pueden actuar como desencadenante de infecciones virales latentes.

Caso clínico. Paciente mujer de 9 años de edad, con antecedente de infección congénita por VHS. Embarazo controlado, sin factores de riesgo, a los 18 días de vida fue diagnosticada en consulta de Oftalmología de una úlcera geográfica por VHS en ojo izquierdo. Se realizó tratamiento con Aciclovir oral y tópico, más corticoide tópico (primero dexametasona y posteriormente fluorometolona). En posterior seguimiento por Oftalmología por opacificación residual corneal. Tras pasar la enfermedad por SARS-CoV-2 en octubre de 2021, la paciente recibió la primera dosis de la vacuna del SARS-CoV-2 el 11 de enero de 2022. A los 10 días, consultó en el servicio de Urgencias Pediátricas por lesión papulosa en canto externo de ojo izquierdo. La paciente tenía tratamiento de mantenimiento con Aciclovir oral (18mg/kg/día), así que se añadió tratamiento con fluorometolona tópica. Tres días más tarde, presentó exantema variceliforme inicialmente en tronco y posteriormente en cara.

Comentarios. A pesar de no aparecer entre los efectos secundarios de la vacuna frente al SARS-CoV-2, se han documentado casos de reactivación de herpes zóster tras su administración, no habiéndose publicado hasta el momento reactivaciones de una infección congénita como la que presentamos.

26. EFECTO ADVERSO DE LA VACUNA VARICELA-ZOSTER POCO FRECUENTE PERO POTENCIALMENTE GRAVE. *Rubio Granda A, Delgado Nicolás S, Martín Pino S, Vega López L, Courel del Río V, Márquez Rodríguez C, Alonso Álvarez MA. AGC de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La vacuna de virus Varicela-Zóster presenta una tasa de reacciones adversas de 5-35%, siendo, generalmente, leves. La trombopenia está descrita como un efecto adverso raro de esta vacuna ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$ niños sanos) y requiere notificación. Este hallazgo con la primera dosis, puede plantear cierta controversia posterior a la hora de administrar la segunda dosis de la vacuna.

Caso clínico. Varón de 15 meses, que consulta por exantema generalizado, de reciente aparición, consistente en placas hiperémicas, algunas con centro más blanquecino y edema palpebral unilateral, que impresiona de eritema multiforme menor. Además, presenta un exantema petequial extenso, confluyente en algunos puntos, y referido como previo. El resto de exploración por aparatos fue normal. Destacaba el antecedente de la administración de 1ª dosis de vacuna de varicela-zoster 12 días antes. Se admi-

nistra una dosis de prednisolona oral, con franca mejoría del exantema. En las pruebas complementarias, se constata trombopenia de 300.00 plaquetas/ μ L, indicándose observación 24 horas y control analítico posterior, observándose 47.000/ μ L plaquetas. 10 días después, nuevo control con normalización.

Comentarios. La aparición de un exantema petequial en el contexto de la vacuna de la varicela, requiere estudio y seguimiento hasta normalización de la cifra de plaquetas. En nuestro paciente, este raro efecto adverso coincidió también con una forma menor de eritema multiforme que también se atribuyó al antecedente vacunal, ante la ausencia de otras causas etiológicas posibles, y dada la coincidencia temporal.

27. SOY HERPES, NO ME OPERES. *Penín C, Pérez Costoya C, Sánchez Pulido LJ, Parada Barcia A, Granell Suárez C, Álvarez Muñoz V, Gómez Farpón Á. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La principal causa de infección periungueal es la bacteriana, sin embargo, debemos de tener en cuenta otras etiologías. El panadizo herpético se caracteriza por presentar agrupación de vesículas dolorosas junto con tumefacción y eritema en las falanges distales. Las vesículas pueden confluir en ampollas que se ulceran. Suelen producirse por autoinoculación.

Caso clínico. Varón de 3 años que acude por mala evolución de herida en 2º dedo de la mano derecha. Traumatismo previo 10 días antes con un arbusto. Había sido valorado en Urgencias 3 días después, pautando Augmentine oral durante 7 días. Acuden por presencia de nuevas lesiones pustulosas muy dolorosas. Permanece afebril en todo momento. Se observan en falange distal del 2º dedo de la mano derecha lesiones pustulosas en cara dorsal y palmar. Movilidad y sensibilidad conservada. Se realiza desbridamiento de las lesiones, mostrando todas ellas fondo limpio sin presencia de cuerpos extraños. Ingresa para antibioterapia intravenosa y tópica por mala evolución de la herida. Se recogen exudados para estudio de bacterias, virus y hongos, detectándose infección por virus herpes simple tipo 1. Se suspende antibioterapia e inicia tratamiento con Aciclovir tópico 5%. El paciente evoluciona favorablemente, siendo dado de alta al día siguiente con tratamiento en domicilio.

Conclusión. El panadizo herpético debe entrar en el diagnóstico diferencial de lesiones vesiculosas en los dedos. La evolución es autolimitada por lo que la incisión y drenaje no están indicados. El Aciclovir tópico durante 7 días puede acortar la duración del proceso.

28. LA IMPORTANCIA DE NO INFRAVALORAR LAS ADENOPATÍAS. Escalona Gil AM, Martín Galache M, Jiménez Domínguez A, Ferrín Ferrín MA, De Pablo García M, Alcubilla García L, Mendoza Sánchez MC, González González MM. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción. Las adenopatías constituyen una consulta frecuente en Pediatría. Suelen aparecer entre los 3 y 5 años, a nivel cervical. Generalmente, son transitorias secundarias a una infección y se resuelven espontáneamente o con antibiótico.

Caso clínico. Mujer de 5 años que acudió a urgencias de nuestro hospital por tumefacción submandibular derecha de 2 meses de evolución en tratamiento con amoxicilina-clavulánico desde su inicio sin objetivarse cambios. A la exploración física, destacaba la presencia de adenopatía submandibular derecha dolorosa, no adherida a planos profundos, dura, móvil, sin afectación de la piel, de 1,5 x 1,5 centímetros. Múltiples adenopatías laterocervicales bilaterales menores de 1 cm. Caries en primer molar inferior derecho. No adenopatías en otras localizaciones. Afebril, con buen estado general. La ecografía mostraba dos adenopatías redondeadas con hilio graso conservado aunque desplazado y múltiples adenopatías laterocervicales bilaterales con cortical engrosada y pérdida del hilio graso y la morfología ovalada. Se realizaron pruebas analíticas, serologías, Mantoux, Quantiferon, radiografía de tórax, punción aspiración con aguja fina y biopsia con aguja gruesa. Destacó la elevación de reactantes de fase aguda, positividad inmunoglobulina G de VCA y EBNA, Mantoux de 13 x 12 milímetros y anatomía patológica en la que se objetivó inflamación granulomatosa necrotizante. Ante los hallazgos, se inició tratamiento con azitromicina y ciprofloxacino, objetivándose disminución del tamaño.

Comentarios. Las adenopatías generan alarma en los familiares. Por ello, debemos conocer su benignidad en la mayoría de las ocasiones resultando fundamental una adecuada historia clínica y exploración física, que suelen ser suficientes para el diagnóstico.

29. LUMBALGIA DE LARGA EVOLUCIÓN POR ESPONDILOLISTESIS. Pérez Arnaiz L, García Miralles LC, Gonzalo San Esteban A, Corpa Alcalde A, Pérez Salas S, Santamaría Sanz P, López Salas E, Merino Arribas JM. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. El dolor lumbar en niños es menos frecuente que en edad adulta, pero se ha comprobado que hasta

un 10-30% de población pediátrica ha experimentado dolor lumbar en algún momento de su vida. La mayoría de veces no hay una alteración anatómica asociada y la evolución es benigna. Es necesario realizar un estudio detallado para descartar patologías asociadas.

Caso clínico. Niña de 7 años de edad que ingresa por dolor a nivel lumbosacro, marcha anómala y cojera de 9 meses de evolución. Refiere dolor lumbar, más intenso en el último mes, con irradiación hacia extremidad inferior derecha, que dificulta la marcha. No refiere traumatismos previos, heridas, fiebre o dolor en otras articulaciones. En exploración física destaca pérdida de la lordosis lumbar y tendencia a la rotación externa de EID con dolor a la palpación de 5º vértebra lumbar derecha. Balance muscular conservado. No alteración en la sensibilidad. Reflejos conservados. Se solicita analítica sanguínea completa incluyendo serología viral, de hongos y parásitos con resultado normal. Radiografía de columna completa, RM craneal y de columna lumbar objetivando anterolistesis grado 2 de L5 sobre S1 por lisis bilateral de la pars interarticularis con estenosis de canal a ese nivel. Se realiza interconsulta a neurocirugía quien aconseja derivación a hospital de referencia para intervención quirúrgica.

Comentarios. La espondilolistesis en niños es una patología de curso benigno, y solo un pequeño porcentaje de pacientes desarrollarán una progresión sintomática. La indicación quirúrgica es la persistencia de síntomas a pesar del tratamiento conservador, que varía según la edad de los pacientes.

30. A PROPÓSITO DE UN CASO: NEUMONÍA NECROTIZANTE. Jiménez Hernández EM, Macías Panedas A, Soltero Carracedo JE, González García C, Villagómez Hidalgo FJ, Fernández Alonso JE, Alonso López JA, Cantero Tejedor MT. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Introducción. La neumonía necrotizante ocurre como complicación de una neumonía adquirida en la comunidad. Está caracterizada por la pérdida de arquitectura normal del parénquima pulmonar con presencia de necrosis. Se debe sospechar ante una neumonía con evolución desfavorable clínica y radiológicamente. Los microorganismos más frecuentes son *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y anaerobios. El diagnóstico se realiza mediante ecografía Doppler pulmonar o tomografía computarizada con contraste.

Resumen del caso. Paciente de 4 años derivada desde Atención Primaria por tos, fiebre de 4 días de evolución e insuficiencia respiratoria. Se realiza radiografía de tórax

mostrando infiltrado paracardíaco derecho y retrocardíaco, antígeno de neumococo en orina con resultado positivo y aspirado nasofaríngeo positivo para Metapneumovirus, Rino/Enterovirus y Parainfluenza 3 y 4. Ingresa y se pauta tratamiento con cefotaxima intravenosa, corticoterapia intravenosa y aerosolterapia con Salbutamol y Bromuro de Ipratropio. Tras 48 horas presenta mejoría parcial, suspendiéndose corticoterapia y bromuro de Ipratropio. Debido a nuevo pico febril y asociación de dolor en hemitórax izquierdo, se solicita ecografía pulmonar objetivándose neumonía necrotizante. Se inicia vancomicina intravenosa y se contacta con la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica del Hospital de referencia donde permanece dos días y se traslada a planta debido a mejoría clínica. Realiza fisioterapia respiratoria y finaliza antibioterapia. Se realiza control radiológico y espirométrico dos semanas después del alta, mostrando normalidad.

Comentarios. La neumonía necrotizante presenta un incremento de incidencia especialmente en pacientes hospitalizados. Se suele realizar tratamiento conservador debido a una adecuada respuesta a antibioterapia intravenosa, evolucionando hacia curación completa. El tratamiento quirúrgico es infrecuente, realizándose en caso de mala evolución o empeoramiento.

31. GRANULOMA ANULAR EN LA INFANCIA, A PROPÓSITO DE UN CASO. *Simón Bernaldo de Quirós C¹, Alcántara Canabal L², Álvarez Merino M¹, Rodríguez Ovalle S¹, Rubín Roger S¹, Rodríguez Ortiz M¹, Vázquez Villa JM¹.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Centro de Salud Pumarín, Área IV, Oviedo.

Introducción. El granuloma anular (GA) es una dermatosis inflamatoria granulomatosa, benigna y autolimitada. Existen cuatro variantes: localizada, generalizada, subcutánea y perforante. Comentamos un caso de GA subcutáneo, variante atípica casi exclusiva en la infancia.

Caso clínico. Niño de cuatro años que consultó por lesiones cutáneas múltiples de dos semanas de evolución. Afebril. Exploración física: múltiples lesiones eritematosas, nodulares en localización pretibial de ambas extremidades inferiores, palpables e induradas, no dolorosas, algunas con coloración violácea en superficie. No mialgias ni artralgias. Pruebas complementarias: test rápido de estreptococo negativo, analítica (hemograma, bioquímica, serología, virología en exudado faríngeo) EB-EBNA IgG positivo, resto normal. Evolución: acudieron a dermatólogo privado con impresión diagnóstica de granuloma anular, pautando tratamiento con tacrólimus tópico.

Comentarios. El GA subcutáneo es una variante poco frecuente, casi exclusiva en edad pediátrica. De etiopatogenia desconocida, la principal hipótesis es una reacción de hipersensibilidad tipo IV. Factores desencadenantes: traumatismos, picaduras de insectos, vacunas, fármacos e infecciones virales. Consiste en nódulos subcutáneos de 1-4 cm, de consistencia firme, asintomáticos, localización típica en extremidades inferiores (área pretibial), dorso de pies, antebrazos, manos y cuero cabelludo. El 25% pueden asociar lesiones del GA localizado: pápulas violáceas o eritematosas confluentes y anulares. El diagnóstico es clínico, solo en evolución tórpida o duda diagnóstica estaría indicado biopsiar. El diagnóstico diferencial incluye: fiebre reumática, artritis reumatoide, eritema nodoso, tumores, sarcoidosis, quistes dermoides, etc. No existe tratamiento de elección. El más utilizado: corticoterapia tópica e intralesional; como alternativas: fototerapia, crioterapia, tacrólimus tópico, etc. La conducta expectante es una alternativa razonable, ya que la mayoría son autolimitados.

32. OTOMASTOIDITIS COMPLICADA CON TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS Y EMPIEMA INTRACRANEAL. A PROPÓSITO DE UN CASO. *Barbadillo Mariscal B, Luis Barrera C, Iglesias Rodríguez Mario, Obregón Asenjo M, Calleja Ibáñez M, Álvarez Gómez L, Portugal Rodríguez R, Gabaldón Pastor D.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. La mastoiditis es la complicación supurativa más frecuente de la otitis media aguda (OMA). Puede aparecer asociada a otras complicaciones intracraneales como el absceso cerebral y la tromboflebitis de senos venosos. La incidencia de estas entidades es baja pero la mortalidad global por OMA (próxima al 8%) se debe casi exclusivamente a sus complicaciones intracraneales, por lo que es fundamental un diagnóstico y tratamiento precoces.

Caso clínico. Niño de 5 años con OMA izquierda de dos semanas de evolución sin respuesta al tratamiento antibiótico oral que refiere cefalea, rigidez nuchal e irritabilidad. Se realiza TC craneal objetivándose una otomastoiditis izquierda complicada con empiema retrocerebeloso y trombosis de senos venosos izquierdos. Se realiza drenaje transtimpánico y se administra tratamiento con cefotaxima y linezolid intravenosos más enoxaparina subcutánea. El tratamiento se mantiene durante 4 semanas y el paciente presenta mejoría clínica. Previo al alta se realiza control con RM craneal que evidencia desaparición del empiema y repermeabilización casi completa de los senos. Se decide completar tratamiento con linezolid oral y enoxaparina

durante un mes más hasta comprobar resolución completa de las alteraciones radiológicas.

Conclusiones. Ante toda OMA con mala evolución debe descartarse la existencia de complicación extra o intracraneal, siendo en ocasiones necesaria una prueba de imagen. La evolución de nuestro paciente fue favorable gracias a la antibioterapia intravenosa prolongada, ya que hasta el momento no se han obtenido resultados equiparables con pautas más cortas en régimen ambulatorio.

SESIÓN POSTERS 4

33. DOLOR ABDOMINAL NO SIEMPRE ES DE CAUSA GASTROINTESTINAL. Oreña Ansorena V¹, García Fernández S², Fernández López A², Fernández Morán E², Díaz García P², Antomil Guerrero B², Pérez Costoya C³, Corujo Murga P⁴. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Pediatría; ³Servicio de Cirugía Pediátrica; ⁴Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El hidrosálpinx es una acumulación de líquido seroso en la trompa de Falopio, debido a una obstrucción distal y dilatación de la misma. Suele producirse por una infección de las trompas, endometriosis o adherencias pélvicas. Es poco frecuente en mujeres prepúberes.

Caso clínico. Niña de 10 años que presenta dolor abdominal de 6 días de evolución, náuseas y disuria. Durante las primeras 48h vómitos y un pico de 38°C. Tratado con cefixima oral por sospecha de ITU hasta resultado de urino cultivo negativo. No menarquía, como único antecedente de interés ITUs de repetición, la última hace 2 años. En la exploración presenta dolor a la palpación en hemiabdomen inferior sin signos de irritación peritoneal. Se realiza analítica donde se observa elevación de los marcadores de infección (leucocitos 13.920/ μ L y PCR 8,6 mg/dL) y ecografía abdominal donde se objetiva una estructura tubular que parece corresponder a la trompa derecha dilatada y que mide unos 7 x 7cm. Todo ello sugiere hidrosálpinx derecho por lo que se traslada a hospital de referencia donde se realiza RM abdominal que confirma la sospecha. Se añade en la analítica marcadores tumorales siendo negativos salvo el CEA-125 que es de 81 U/mL y que disminuye al alta. Ante los hallazgos se inicia ceftriaxona y metronidazol iv que se mantiene durante 7 días con resolución.

Comentarios. El hidrosálpinx supone una patología excepcional en niñas prepúberes y suele existir una causa o

malformación subyacente. En el presente caso no encontramos ningún factor de riesgo para la aparición del mismo.

34. HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO. Mañaricua Arnáiz A, Calleja Ibáñez M, García Miralles LC, Pérez Salas S, Corpa Alcalde A, Menéndez Bango C, Martínez Díaz S, De Frutos Martínez C. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. El hematoma subcapsular hepático (HSH) es una condición infrecuente en recién nacidos (RN), cuyo diagnóstico puede pasar desapercibido. Son factores predisponentes: parto traumático, prematuridad, coagulopatía, bajo peso, hipoxia y sepsis. La principal complicación es la rotura del HSH, que ocurre característicamente a los 3-5 días y que ha de sospecharse ante un shock hipovolémico con distensión abdominal. El diagnóstico se confirma mediante ecografía. Requiere tratamiento precoz de soporte; los casos con mala evolución pueden precisar cirugía.

Caso clínico. RN varón, prematuro de 28 semanas y 750 gramos. Parto por cesárea, extracción muy dificultosa por presentación transversa y placenta anterior. Apgar 2/7/8. Al ingreso, presenta anemia con Hb 8,5 g/dL y coagulopatía leve, con ecografías cerebral y pulmonar normales. Por distensión abdominal, se realiza ecografía abdominal que muestra HSH de 29x28x14 mm. Recibe dos transfusiones de concentrado de hematíes, por lo que corrige la anemia y permanece hemodinámicamente estable las siguientes 72 horas. Al tercer día, se objetiva deterioro clínico con taquicardia, mala perfusión, mayor distensión abdominal y anemización con Hb 9 g/dL. La ecografía evidencia rotura del HSH con hemoperitoneo. Precisa transfusión de hematíes, plasma y plaquetas, con buena respuesta que permite actitud conservadora y seguimiento ecográfico, con resolución del cuadro a los 14 días.

Comentarios. Ante un RN con parto traumático que presenta anemia aguda o shock hipovolémico sin causa aparente, es importante sospechar un HSH. Ante este diagnóstico, es crítico vigilar la rotura capsular, entre el tercer y quinto día de vida, ya que se beneficia del tratamiento precoz con hemoderivados.

35. ¿QUÉ TIENES DEBAJO DE ESA LESIÓN? Marrero Calvo ME, Jiménez Martín AM, Jiménez Saucedo MP, Abad Moreno N, Martín Bahamontes C, Rupérez Peña SM, Rubio Rodríguez E, De Pedro del Valle S. Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Complejo Asistencial de Ávila.

Introducción. La aplasia cutis congénita (ACC) es un trastorno congénito caracterizado por ausencia focal o generalizada de piel. La mayoría se presentan en el cuero cabelludo como un defecto cutáneo pequeño, solitario y sin pelo cubierto por tejido atrófico. El 15-30% de los casos la lesión del cuero cabelludo está asociada con un defecto en el hueso subyacente y la duramadre con exposición del cerebro y seno sagital que conlleva un alto riesgo de infección, hemorragia masiva y trombosis del seno sagital.

Caso clínico. Recién nacido a término sin antecedentes familiares de interés y embarazo controlado normal sin consumo de tóxicos ni teratógenos. Parto vaginal eutócico no instrumental y sin electrodo fetal interno. Al nacimiento presenta lesión cutánea ulcerada en vertex de 1x1,5cm compatible con ACC, se palpa reborde óseo alrededor sugiriendo defecto del hueso subyacente. En radiografía presenta discontinuidad en calota craneal a dicho nivel y en ecografía cerebral defecto óseo subyacente a la lesión cutánea con un diámetro de 13mm, el seno venoso longitudinal superior en ese tramo permanece permeable y con morfología normal. Ante dichos hallazgos se traslada a Unidad de Neurocirugía Infantil que realiza RMN craneal confirmando dicho defecto óseo y mantiene ingresado con tratamiento conservador hasta cicatrización completa de la lesión sin presentar signos de sangrado ni trombosis. Pendiente de valoración ambulatoria de necesidad de tratamiento quirúrgico.

Comentarios. Ante la detección de una ACC es importante descartar posibles defectos asociados que pueden convertir un pronóstico habitualmente excelente de esta lesión en un alto riesgo de infección, hemorragia y trombosis.

36. VÓMITOS Y DOLOR ABDOMINAL PERSISTENTE EN INFECCIONES POR SALMONELLA: ¿ALGO MÁS QUE UNA SIMPLE GASTROENTERITIS? Medina Guerrero C¹, Grullón Ureña E¹, Robles Álvarez I¹, Martínez Sáenz de Jubera J², Fernández Fernández M², Hontoria Bautista E², Andrés Andrés AG². ¹Residente de Pediatría; ²Médico Adjunto de Pediatría. Hospital Universitario de León.

Introducción. La pancreatitis aguda por *Salmonella* es una complicación poco frecuente derivada de la infección gastrointestinal por esta bacteria. Ante la persistencia de vómitos, dolor abdominal y mal control analgésico, debemos descartar esta entidad.

Caso clínico 1. Niño de 8 años que ingresa por vómitos, diarrea y dolor periumbilical de 3 días de evolución, asociando fiebre y escasa tolerancia oral. Al 4º día de hospitalización, ante persistencia de los vómitos, se detecta elevación

de triglicéridos, amilasa (236 mg/dl) y lipasa (212 mg/dl), sospechándose pancreatitis aguda. El coprocultivo resultó positivo para *Salmonella enteritidis*, iniciándose antibioterapia con ampicilina, mejorando el estado general, iniciándose progresiva ingesta oral y descendiendo las enzimas pancreáticas.

Caso clínico 2. Paciente de 12 años que acude a urgencias por dolor abdominal, fiebre, vómitos y diarrea tras comida en restaurante, decidiéndose hospitalización por deshidratación moderada. Tras fracaso de la tolerancia oral y persistencia del dolor, se evidencia analíticamente aumento de amilasa (346 U/L), diagnosticándose pancreatitis aguda. El resultado del coprocultivo fue positivo para *Salmonella enteritidis*. Se inició antibioterapia con cefotaxima y analgesia con meperidina, con evolución favorable del dolor, adecuada tolerancia oral y normalización progresiva de la amilasa.

Comentarios. La ausencia de mejoría clínica mediante medidas habituales en este tipo de pacientes debe sugerir realización de coprocultivo y determinación de parámetros analíticos implicados en inflamación pancreática. Cobra especial importancia en el caso de aislar patógenos como *Salmonella*. Existe la duda si la pancreatitis forma parte del proceso inflamatorio gastrointestinal o se trata de una complicación extraintestinal.

37. EXPERIENCIA CON LA INMUNOTERAPIA ORAL CON HUEVO EN UN HOSPITAL COMARCAL. Lastra Areces B, Pérez Solís D, Blanco Sánchez AR, Fernández Castro AI, Montes Granda M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario San Agustín, Avilés.

Objetivo. La inmunoterapia oral (ITO) es una alternativa a la dieta de evitación en algunas alergias alimentarias. El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia y seguridad de la inmunoterapia oral (ITO) con huevo en una consulta de alergia de un hospital comarcal.

Material y métodos. Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de pacientes pediátricos con alergia al huevo persistente sometidos a ITO. Para la inducción se utilizó proteína de clara de huevo deshidratada (OVO-DES NM) administrada diariamente y con incrementos semanales hasta alcanzar una dosis de 4 gramos en la décima semana, seguida de una fase de mantenimiento con ingesta de al menos un huevo cada 2 días.

Resultados. Se trataron 13 pacientes (6 niñas), de entre 5 y 13 años (mediana 5,5 años). Se consiguió tolerancia al final de la inducción en 11/13 pacientes (84,6%). Tras una mediana de seguimiento de 3 años, mantienen tolerancia

completa 10 pacientes (76,9%) y tolerancia parcial uno (7,7%). Durante la ITO presentaron síntomas leves los 13 pacientes, especialmente prurito orofaríngeo (9), dolor abdominal (7) y rinoconjuntivitis (6). Los pacientes que no completaron la inducción presentaron vómitos persistentes (1) y angioedema (1). Se emplearon antihistamínicos en 8 casos (61,5%) y ninguno precisó adrenalina. Entre los pacientes que consiguieron tolerancia se observó una tendencia al descenso de las IgE específicas, siendo estadísticamente significativo para la ovoalbúmina: mediana (P25-P75) 4,05 (3,5-26,8) vs. 1,65 (0,8-24,8), $p=0,03$.

Conclusiones. La ITO con huevo resultó ser un tratamiento muy eficaz y bien tolerado, con una excelente relación beneficio/riesgo.

38. PATOLOGÍAS FRECUENTES EN TIEMPOS DE COVID-19: APENDICITIS VERSUS SIM-PEDS. *Rodríguez Ovalle S¹, Delgado Nicolás S¹, Elola Pastor A¹, Amat Valero S², Vega Mata N², Pérez Costoya C², Toyos González P¹, Hedrera Fernández A¹.* ¹AGC de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Una de las complicaciones más temidas tras la infección por el coronavirus SARS-CoV-2 en el paciente pediátrico es el síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (SIM-PedS), cuya expresividad clínica es variable y cursa con IgG habitualmente. positiva para SARS-CoV-2 y aumento de los biomarcadores inflamatorios. El dolor abdominal en un paciente con antecedente previo de infección activa o reciente. COVID-19, debe hacer pensar en esta entidad.

Caso clínico. Niña de 11 años que consulta en Urgencias Pediátricas por dolor abdominal de seis días de evolución, con vómitos y malestar general, presentando febrícula en los últimos tres días (temperatura máxima 37,8°C) con empeoramiento del cuadro clínico. La prueba rápida de detección de antígenos para SARS-CoV-2 realizada en Atención Primaria fue positiva. A la exploración en urgencias destaca dolor selectivo en fosa ilíaca derecha (FID) con defensa asociada, por lo que se solicita valoración por Cirugía. Pediátrica descartando en ese momento abdomen quirúrgico. Con sospecha de SIM-PedS, se extrae analítica sanguínea objetivando leucocitosis de $15,79 \times 10^3/\mu\text{L}$ con 76,3% de neutrófilos, Proteína C reactiva (PCR) de 8,6 mg/dL, procalcitonina de 0,46 ng/mL, dímero D de 7.317 ng/mL y fibrinógeno de 1.071 mg/dL. Ante la persistencia de dolor abdominal en FID y los resultados analíticos, previa decisión de administrar tratamiento para SIM-PedS, se realiza ecografía abdominal

en la que se constatan hallazgos compatibles con apendicitis con apendicolito. probablemente complicada, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente, con la que se resuelve el cuadro clínico.

Comentarios. A pesar de la potencial gravedad de un diagnóstico tardío de SIM-PedS, la clínica y la exploración física siempre deben orientar las pruebas complementarias y el diagnóstico. Las entidades frecuentes deben ser la primera opción diagnóstica ante clínica compatible.

39. MANEJO DEL ENFISEMA INTERTICIAL PULMONAR ADQUIRIDO EN PREMATURA EXTREMA MEDIANTE OCLUSIÓN BRONQUIAL CON CATÉTER DE ANGIOPLASTIA. *González López C¹, Álvarez Muñoz V², Crehuet Gramatyka D², González Sánchez S³, Ibáñez Fernández A¹, Arias Llorente RP¹, Lareu Vidal S¹.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica; ³Servicio de Radiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El enfisema pulmonar intersticial (EIP) se puede presentar en los pulmones inmaduros de los prematuros debido a sobredistensión por ventilación mecánica.

Caso clínico. Prematura (26 semanas de edad gestacional, 950 gramos) nacida por cesárea urgente, APGAR 1/3/6. Ventilación mecánica invasiva (VMI) el primer día de vida, posteriormente no invasiva (VMNI) de dos presiones, con estabilidad inicial. A los 20 días presenta apneas y bradicardia que requieren intubación, observando EIP derecho. Progresivo empeoramiento del enfisema, atrapamiento aéreo y atelectasia del pulmón izquierdo, con repercusión hemodinámica a pesar de medidas posicionales, ventilación de alta frecuencia oscilatoria (VAFO) y soporte hemodinámico con dopamina y dobutamina. Intento de intubación selectiva del bronquio izquierdo mediante medidas posicionales, sin éxito. Dado el fracaso de las terapias convencionales y la imposibilidad de fibrobroncoscopia por falta de equipo adecuado al peso de la paciente, cirugía pediátrica llevó a cabo oclusión endobronquial con catéter de angioplastia con balón inflado con contraste bajo control por escopia. Progresiva mejoría, disminución de las presiones del ventilador y aceptable oxigenación pudiendo desinflar el balón sin deterioro clínico a los 6 días. Retirada de la VMI y VMNI a los 33 y 52 días de vida respectivamente, siendo alta a domicilio sin soporte ni oxigenoterapia a los 100 días.

Comentario. El tratamiento del EIP se basa en medidas convencionales (soporte respiratorio y medidas posicionales) pero puede requerir técnicas alternativas cuando las primeras fallan, siendo muy limitados los trabajos publicados en

población pediátrica, a lo que hay que añadir limitaciones técnicas en los prematuros.

40. MAMÁ, ¿POR QUÉ ME SUBE LA TENSIÓN? *Tamargo Cuervo A¹, Álvarez Juan B¹, González Álvarez V², Delgadillo Chilavert V², Alvarenga N², Macías Gómez A³, Amato E², Calzada García-Mora C⁴.* ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. ²Servicio de Neuropediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. ³Servicio de Neurología. Hospital del Mar. Barcelona. ⁴Servicio de Pediatría. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción. La hemorragia intracraneal de origen no traumática es rara en la infancia, pero constituye una entidad con importante morbimortalidad. La causa más frecuente es la malformación arteriovenosa, pero en un alto porcentaje no llega a establecerse la etiología.

Caso clínico. Paciente de 14 años seguida por neuroretinitis y tratada con corticoides en pauta descendente. Acude a Urgencias por cefalea y alteración del nivel de conciencia, apreciándose cifras de TA muy elevadas. Se realiza TAC craneal donde se visualiza hematoma bulbar posterior que le condiciona parálisis fasciobraquiocrural, dismetría, disfagia y singulto continuo. Tras estabilización inicial en UCIP, continúa presentando TA > pc 99 cursando en forma de brotes, a pesar de tratamiento antihipertensivo. La familia informa de episodios de sudoración profusa nocturnos, cefalea y epistaxis frecuentes desde el último año. En el estudio de HTA destacan metanefrinas en orina y catecolaminas en sangre elevadas. Se realiza gammagrafía MIGB mostrando hallazgos compatibles con paraganglioma metastásico. Se realiza resección de 3 lesiones abdominales mediante laparotomía media. En el momento actual se mantiene estable sin tratamiento antihipertensivo, con recuperación casi completa de la sintomatología inicial.

Comentario. Los hematomas bulbares puros son poco frecuentes, por lo que se debe realizar una búsqueda exhaustiva de posibles causas. En el caso de esta paciente, fue posible llegar a la etiología del cuadro. Los feocromocitomas y los paragangliomas son tumores neuroendocrinos infrecuentes en pediatría. La HTA se encuentra en un 60-90% de los casos. El tratamiento es la exéresis quirúrgica, consiguiéndose remisión completa en un alto porcentaje.

41. DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE ENTERCOLITIS NECROTIZANTE. *Álvarez Juan B¹, Terroba Seara S¹, Castañón López L¹, Alonso Quintela P¹, Rodríguez Blanco S¹,*

Ardela Díaz ED², Pradillos Serna J², Rodríguez Ruiz M². ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción. La enterocolitis necrotizante (ECN) es la patología digestiva más frecuente en el periodo neonatal, asociada a la prematuridad. La etiología es incierta y el diagnóstico es fundamentalmente clínico y radiográfico. El tratamiento, según el estadio, será conservador o quirúrgico.

Caso clínico. Prematuro de 32+4 semanas, con antecedente de exposición prenatal a QT por diagnóstico materno de carcinoma de cérvix. No otros antecedentes de interés. A los 13 días de vida, deposiciones con sangre, coprocultivo positivo para rotavirus. A los 15 días de vida, inestabilidad y analítica con elevación de reactantes de fase aguda. En ecografía abdominal se objetiva gas en porta, neumatosis intestinal y disminución de vascularización de asas. Placa de abdomen que confirma neumoperitoneo. Se realiza exéresis de colon transversal por múltiples perforaciones. Buena evolución posterior con anastomosis con un mes y medio de vida. En la actualidad 2 meses de vida, buen desarrollo ponderoestatural. A seguimiento por neonatología y ORL.

Comentarios. Es fundamental realizar un diagnóstico precoz de ECN con el fin de instaurar un tratamiento lo más pronto posible. La ecografía abdominal es una técnica barata e indolora que nos permite hacer un seguimiento sin radiar al paciente. Sin embargo, es necesario una formación continuada al tratarse de una técnica operador-dependiente.

42. HEPATITIS AUTOINMUNE EN EDAD PEDIÁTRICA: CUÁNDO SOSPECHARLA. *Pérez Gavián C, Corchete Cantalejo M, Vegas Álvarez A, Benito Pastor H, Puente Montes S.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. La hepatitis autoinmune (HAI) forma parte de la enfermedad hepática autoinmune, grupo de enfermedades de base inflamatoria y carácter progresivo. El diagnóstico se basa en una combinación de datos clínicos, bioquímicos, inmunológicos, de imagen e histológicos. La evolución natural es la progresión a cirrosis hepática, pero con tratamiento inmunosupresor la respuesta es favorable en la mayoría de casos.

Objetivo. Describir las características de los pacientes con diagnóstico de HAI en el servicio de Pediatría de un hospital de tercer nivel.

Población y métodos. Serie de casos de pacientes con diagnóstico histológico de HAI desde 2009 a 2021.

Resultados. Se recogieron 7 pacientes. El 71,4% mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 8,08 años (1,25-12,92). Clínicamente asintomáticos el 28,6%. El 83,3% presentaba antecedentes familiares de otras enfermedades autoinmunes. En todos los pacientes se halló hipertransaminasemia (grave en dos de los casos y leve-moderada en el resto), con Ig G elevada en el 71,4%. El 57,1% fue HAI tipo 1, un 14,3% tipo 2 y un 28,6% seronegativa. Dos de los casos presentaron síndrome de solapamiento, asociándose en ambos con colangitis esclerosante primaria. Ecografía normal en el 100% de los casos, con colangio-RMN patológica en dos de ellos. En el 100% se realizó biopsia hepática, confirmándose el diagnóstico. La respuesta al tratamiento inicial con corticoides e inmunosupresores fue buena en el 85,7%.

Conclusiones. Nuestros datos se corresponden con los publicados en series largas de pacientes con HAI. Siendo la clínica poco sugerente, ante una hipertransaminasemia crónica, los antecedentes familiares de patología autoinmune junto con elevación de Ig G y de autoanticuerpos nos pueden hacer sospechar el diagnóstico de una HAI.

**43. TORSIÓN TESTICULAR INTRAUTERINA: A PRO-
PÓSITO DE UN CASO.** *Martínez Pérez M¹, Álvarez Juan B¹, Pradillos Serna JM², Rodríguez Ruiz M², Ardela Díaz ED², Castañón López LN¹, Jiménez González A¹, Terroba Seara S¹.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción. La torsión testicular intrauterina es una patología infrecuente producida por la rotación axial de la gónada, comprometiendo el flujo sanguíneo testicular. Suele ser extravaginal y clínicamente silente, lo que retrasa el diagnóstico. Se considera una urgencia quirúrgica, por lo que es fundamental realizar un diagnóstico precoz, para salvar el testículo afecto.

Caso clínico. Prematuro tardío de 36+6 semanas nacido por cesárea programada por presentación podálica. No otros antecedentes de interés. En la exploración física al nacimiento presenta teste izquierdo duro, aumentado de tamaño con coloración violácea y aparentemente indoloro. En la ecografía escrotal se evidencia teste derecho normal y teste izquierdo aumentado de tamaño con ecogenicidad heterogénea, estriación lineal del parénquima y engrosamiento de la túnica albugínea. Ausencia de flujo en Doppler. Ante sospecha de torsión testicular izquierda se realiza cirugía urgente, en la que se objetiva teste izquierdo infartado con torsión testicular extravaginal. Se realiza orquidectomía

izquierda por inviabilidad del teste y orquidopexia profiláctica derecha.

Comentarios. Es imprescindible realizar una exploración exhaustiva del recién nacido para sospechar torsión testicular intrauterina precozmente, a pesar de su baja incidencia. Una vez realizado el diagnóstico clínico y ecográfico, el tratamiento es quirúrgico urgente, para intentar preservar la función testicular y debe de acompañarse de orquidopexia del testículo contralateral.

SESIÓN POSTERS 5

44. INTOXICACIÓN POR LEVOTIROXINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. *Cancho Soto T, Pérez Porra S, Bullón González I, Andrés Porras MP, Ferrer Ortiz I, Acebes Puertas R, Corchete Cantalejo M, Centeno Malfaz F.* Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. Las intoxicaciones accidentales por Levotiroxina ocurren principalmente en niños. Las dosis pediátricas habituales oscilan entre 0,125-0,25 mg diarios considerándose tóxicas desde 5 mg. Los sistemas más afectados son: cardiovascular, nervioso y gastrointestinal.

Caso 1. Paciente de 7 años con sospecha de ingesta de 25 comprimidos de Levotiroxina de 125 mg durante 8 días. Exploración y electrocardiograma normal. En la primera analítica: T4L 2,95 ng/dL y TSH 0,01 mUI/L, ingresando para vigilancia, ECG diario y tratamiento con colestiramina, dándose de alta al quinto día con niveles normales de T4L y TSH suprimida.

Caso 2. Paciente de 3 años con sospecha de ingesta de 15 comprimidos de Levotiroxina 25 µg. Exploración y electrocardiograma normal. En la analítica inicial: T4L 1,93 ng/dL y TSH 0,45 mUI/L. Se administró carbón activado ingresando para vigilancia, ECG diario y control hormonal, dándose de alta a los seis días con niveles de T4L normales y TSH suprimida.

Caso 3. Paciente de 20 meses con sospecha de ingesta de 3 comprimidos de Levotiroxina de 88 µg hace 50 minutos. Exploración y electrocardiograma normal. En la analítica presenta: T4L 0,93 ng/dL y TSH 1,67 mUI/L. Se administra carbón activado ingresando para monitorización hormonal, ECG diario y vigilancia. Ante estabilidad clínica y analítica, se decide alta a los tres días.

Comentarios:

1. Ante una intoxicación por Levotiroxina, se precisa vigilancia, ECG diario y monitorización hormonal durante 5 días.

- Los factores de gravedad son: dosis, tiempo transcurrido, fármacos asociados, edad y otras enfermedades.
- En ingesta aguda se debe administrar carbón activado, colestiramina interrumpe la circulación enterohepática y tratamiento sintomático con propranolol si precisa.

45. ¿INFLUYÓ EL CONFINAMIENTO DOMICILIARIO POR COVID-19 EN LOS NIVELES DE VITAMINA D DE LOS NIÑOS? ESTUDIO PROSPECTIVO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA. Aparicio Fernández de Gatta C¹, Expósito de Mena H², González Calderón O¹, Alonso Díaz J³, Hernández-Fabián A¹, Martín Galache M¹, Torres Peral R¹. ¹Servicio de Pediatría; ²Sección de Gastroenterología Infantil. Hospital Universitario de Salamanca. ³Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud. Área Salamanca.

Introducción. El confinamiento domiciliario durante la primera ola de la pandemia por SARS-CoV-2 en 2020 disminuyó la exposición solar. Se pretende evaluar su repercusión en los niveles de vitamina D de una población pediátrica.

Material y métodos. Estudio prospectivo y observacional en niños 1-14 años de Salamanca entre junio y octubre de 2020. Se determinaron los niveles de 25-hidroxivitamina D (25-OH-VD) y se realizó una encuesta sobre distintas variables relacionadas.

Resultados: Se recogieron 123 participantes, con una media de edad de 8,15 años (IC95% 7,52-8,79). El 56,1% fueron mujeres. El 14% presentaba insuficiencia de vitamina D (25-OH-VitD No se relacionan los niveles con la edad, el sexo, el z-score de peso, talla o IMC o la presencia de balcón

o jardín en el domicilio. Existen diferencias en los niveles dependiendo del fototipo de piel ($p < 0,032$). Los niveles de 25-OH-VD son mayores en los pacientes con fotoprotección (mediana 29,9 vs 23,5 ng/ml). Los niveles de 25-OH-VD presentaron una pendiente de correlación ascendente según la fecha se alejaba del final del confinamiento (Rho 0,467; $p < 0,001$); con relación entre los niveles y las horas de sol (Rho 0,368; $p < 0,001$).

Conclusión. No hemos encontrado unos datos de insuficiencia al final de confinamiento mayores que en estudios previos. Los niveles de 25-OH-VD aumentaron de forma progresiva en relación con las horas de exposición al sol y con los meses de verano. Curiosamente, los niveles de 25-OH-VD fueron mayores en los niños con fotoprotección.

46. ¿EXISTE LA GASTRITIS ATRÓFICA EN PEDIATRÍA? Elola Pastor AI¹, Granda Lobo M², González López C¹, Pérez Pérez A¹, Vicente Martínez C¹, González Jiménez D³, Díaz Martín JJ³, Jiménez Treviño S³. ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Anatomía Patológica; ³Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La gastritis atrófica (GA) es una condición precancerosa secundaria a la inflamación crónica de la mucosa gástrica poco frecuente y conocida en la edad pediátrica.

Caso clínico (Fig. 1). Niño de 4 años derivado a la consulta de gastroenterología pediátrica por reflujo desde el nacimiento a tratamiento con Inhibidores de la bomba de protones (IBP) iniciado a los 3 años. No antecedentes neo-

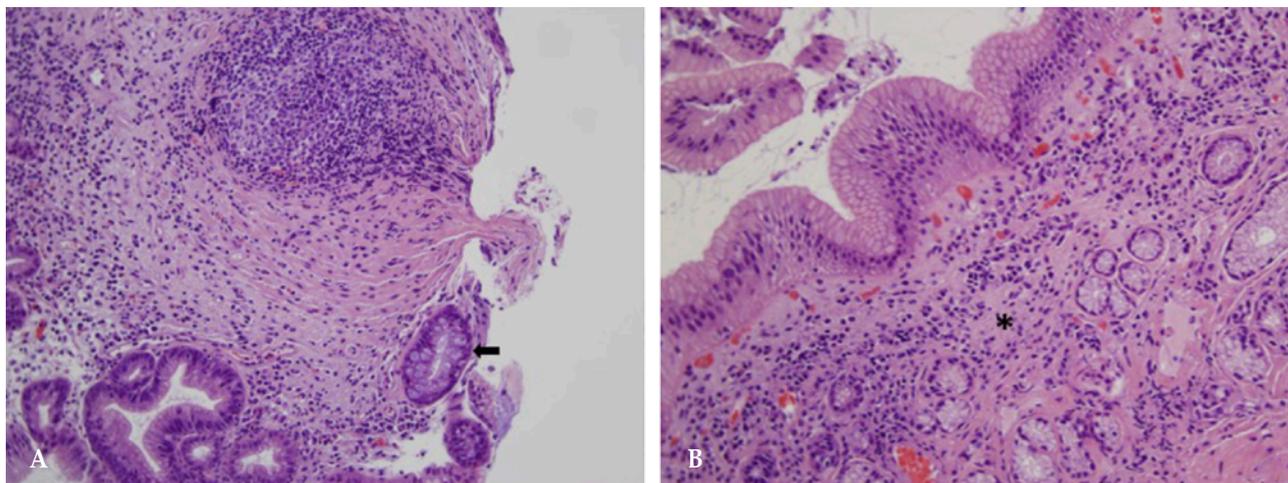


Figura 1. Biopsias endoscópicas del paciente. A) Metaplasia enteróide (flecha). B) Atrofia gástrica: disminución marcada del número de glándulas (asterisco).

natales, personales ni familiares de interés. En consultas se solicita tránsito gastrointestinal en el que se objetiva hernia de hiato, pHmetría patológica (tiempo de pH<4 del 11%) y endoscopia digestiva alta (EDA) con hallazgos de esofagitis grado B de los Ángeles. Debido a la persistencia de esofagitis a pesar de tratamiento a los 6 años se interviene mediante funduplicatura de Nissen. Mejoría clínica con EDA de control normal, sin embargo al año de la cirugía reaparecen síntomas reanudándose tratamiento con lansoprazol (1 mg/kg). A los 11 años ante clínica dependiente de IBP, se realiza nueva EDA observándose reaparición de hernia, esofagitis e inflamación de la mucosa herniada. En anatomía patológica informan de esofagitis activa inespecífica y GA con metaplasia enteróide. Se realiza búsqueda activa de *Helicobacter pylori* siendo negativo (clotest, biopsia, antígeno fecal, test de aliento y serología). Se plantea relación entre el tratamiento prolongado con IBP con los hallazgos histológicos, pero se mantiene IBP a la espera de valorar nueva intervención quirúrgica.

Comentarios. La mayoría de casos de GA se asocian con la infección por *Helicobacter*. Existen otros posibles factores desencadenantes como las enfermedades autoinmunes (celiaquía, tiroiditis) o el tratamiento prolongado con IBP. La GA requiere un seguimiento estrecho clínico y endoscópico, siendo desconocida la evolución en el paciente pediátrico.

47. ¿QUÉ SE PUEDE ESCONDER TRAS UNA ENURESIS?

Segovia Molina I¹, Puente Montes S¹, Mulero Collantes I¹, Cancho Soto T¹, Barrena López C², Centeno Malfaz F¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Servicio de Neurocirugía. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción. La poliuria se define como cualquier situación en la que la eliminación de orina es inapropiadamente alta. Entre las diversas causas encontramos los defectos de reabsorción a nivel tubular que pueden conducir a enuresis. Es necesario definir si nos encontramos ante una situación real de poliuria y realizar un diagnóstico diferencial, comenzando con un estudio básico inicial y valorando la necesidad de pruebas funcionales, que permitan diferenciar entre polidipsia primaria y diabetes insípida de origen central o nefrogénico.

Caso clínico. Presentamos una mujer de 13 años que consulta por polidipsia y enuresis de 2 años de evolución. Cefalea ocasional. Control de esfínteres diurno y nocturno a los 18 meses de edad. Exploración física: Peso 51 kg (-0,14 DE), talla 151,5 cm (-1,15 DE). Tanner I. Resto de exploración

normal. Se realiza analítica sanguínea con bioquímica, iones, osmolalidad en sangre y filtrado glomerular en rango de normalidad. Densidad urinaria 1.005. Osmolalidad en orina de 24 horas 180 mosmol/kg. V/GFR 2. Ante sospecha de diabetes insípida, se realiza dieta seca obteniendo osmolalidad urinaria de 233 mosmol/kg. Ante tales resultados, se solicita resonancia magnética (RM) craneal que muestra una lesión ocupante de espacio hipofisiaria. Se amplía estudio confirmándose déficit hormonal múltiple e iniciándose tratamiento sustitutivo con desmopresina, hidrocortisona y levotiroxina. Se consulta con Neurocirugía y se realiza intervención quirúrgica observándose sangrado en el lecho quirúrgico y en estudio anatomopatológico aparente quiste de la bolsa de Rathke hemorrágico. Posteriormente, se completa tratamiento con hormona de crecimiento (GH) y finalmente estrógenos transdérmicos.

Conclusión. Ante enuresis secundaria con control de esfínteres previo, es necesario un estudio más detallado que permita esclarecer la etiología y despistar enfermedades subyacentes.

48. NUEVAS INDICACIONES DEL OZENOXACINO

TÓPICO. *Brel Morenilla M¹, Gallego Matey E², Bartolomé Calvo G¹, Lavandera Gil I¹, Soler Monterde M¹, Pérez Yagiüe G¹, Carrón Bermejo M¹.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. ²Centro de Salud Segovia Rural, Segovia.

Objetivos. El ozenoxacino es un antibiótico tópico de acción bactericida, de reciente comercialización, indicado principalmente como tratamiento a corto plazo de impétigo ampolloso. Por su efecto bactericida contra *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*, patógenos responsables de la mayoría de infecciones de la piel y tejidos blandos, proponemos el ozenoxacino como alternativa a otros antibióticos tópicos como tratamiento de diferentes procesos cuyo puerta de entrada sea cutánea.

Material y método. Como muestra poblacional se incluyen aquellos pacientes pediátricos (entre 0 y 14 años) con infecciones balanoprepuciales así como aquellos que presentan onfalitis en período neonatal. Se pauta ozenoxacino (1 aplicación cada 12 horas durante 5 días) en un total de 15 niños, 10 con síntomas compatibles con balanitis y 5 con síntomas compatibles con onfalitis.

Resultados. La respuesta ante el tratamiento pautado fue muy satisfactoria, objetivándose remisión clínica completa a las 48 horas en todos los pacientes. La administración del fármaco resultó segura y bien tolerada, sin evidenciarse efectos secundarios locales como irritación o sensibilización.

Conclusiones. Ozenoxacino es un fármaco seguro, de fácil administración y rápida respuesta, por lo que puede constituir una nueva alternativa terapéutica en aquellas infecciones cutáneas superficiales como impétigos, balanitis u onfalitis.

49. A PROPÓSITO DE UN CASO: MASTOCITOSIS CUTÁNEA. *Jiménez Hernández EM, Soltero Carracedo JFo, González García C, Macías Panedas A, Fernández Alonso JE, Cabanillas Boto M, De la Torre Santos SI, Rodríguez Calleja J. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.*

Introducción. Las mastocitosis son un grupo infrecuente de enfermedades (prevalencia 1-5/10.000) caracterizadas por infiltración de mastocitos en diferentes tejidos de forma sistémica o cutánea, siendo esta última la forma de presentación más común. La urticaria pigmentosa representa la forma más frecuente. Se caracteriza por la aparición de máculas o pápulas de color pardo-rojizo localizadas principalmente en tronco y extremidades que ocasionan prurito intenso. Presenta signo de Darier positivo. El diagnóstico es clínico y puede confirmarse mediante biopsia. Presenta buen pronóstico en la infancia, generalmente no asocia manifestaciones sistémicas y tiende a la desaparición.

Resumen del caso. Niña de 4 años en seguimiento por Dermatología desde los 7 meses tras la aparición de lesiones papulosas en cuero cabelludo y espalda que se vuelven edematosas y pruriginosas a la presión (signo de Darier positivo). Se realiza analítica sanguínea sin alteraciones y niveles de triptasa sérica dentro de la normalidad. No se realiza biopsia y se diagnostica de urticaria pigmentosa. Se pauta tratamiento con antihistamínicos tipo 1 a dosis bajas y corticoides tópicos. Durante el seguimiento presenta adecuada evolución, sin asociación de sintomatología extracutánea, descenso de la triptasa sérica en sucesivos controles y precisando tratamiento sintomático con antihistamínicos, con uso ocasional de corticoides. Tras recidiva de lesiones en tronco y extremidades, se solicita interconsulta al Centro de Estudios de Mastocitosis de Castilla-La Mancha.

Comentarios. Las mastocitosis constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades, siendo la afectación cutánea la forma de presentación más frecuente en la infancia. El tratamiento se basa en el control de los síntomas y evitar los factores que provocan la degranulación de mastocitos.

50. CUANDO TE DESPIERTA LA URTICARIA. *Maillo del Castillo JM, De Pedro del Valle S, Martín Sanz AJ, García Serrano E, Lázaro Ramos J, Jiménez Martín AM, Jiménez Saucedo MP, Abab Moreno N. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Ávila.*

Introducción. Los síndromes de activación mastocitaria comprenden un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por episodios recurrentes que encuadran síntomas desde la urticaria hasta la anafilaxia. Aunque en ocasiones se puede identificar un desencadenante, generalmente ocurren sin una causa identificable. El ascenso de triptasa sérica durante el episodio es secundaria a la activación de mastocitos anómala. La respuesta clínica a estabilizadores de mastocitos nos confirmará el diagnóstico.

Caso 1. Adolescente de 12 años. Seguimiento en psicología infantil por sospecha de trastorno somatomorfo. Episodios recurrentes matutinos, muchos tras el desayuno, que comienzan con dolor abdominal y vómitos y se siguen de deposiciones diarreicas y erupción cutánea pruriginosa que comienza en zona facial y se hace generalizada. Buena respuesta a tratamiento antihistamínico y corticoideo. Estudio de alérgenos alimentarios negativo.

Caso 2. Escolar de 9 años. Antecedente de síndrome de vómitos cíclicos en etapa preescolar. Episodios recidivantes con una latencia de 15 días siempre nocturnos. Despertar brusco con dolor abdominal y vómitos que se siguen de pequeñas lesiones urticariales en zona facial que se extienden y generalizan. Buena respuesta a tratamiento antihistamínico y corticoideo oral que utilizan en domicilio en cada episodio. Estudio de alérgenos alimentarios negativo.

Comentarios. En ambos casos los antecedentes supusieron una variable para el retraso diagnóstico. Ambos requirieron varios ingresos en planta para control de síntomas durante el estudio. Tras comprobar ascenso de cifra de triptasa en episodios se inició tratamiento con estabilizadores mastocitarios y antihistamínicos con control de episodios progresivo. Actualmente realizan seguimiento en Centro Especializado.

51. NÓDULO MAMARIO A ESTUDIO. *Escalona Gil AM¹, Martín Galache M¹, Jiménez Domínguez A¹, Ferrín Ferrín MA¹, Álvarez Smith CI¹, García García JE¹, López Ávila FJ², Mateos Diego MA². ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ²Servicio de Pediatría. Centro de Salud Tejares Elena Ginel Díez, Salamanca.*

Introducción. La ectasia ductal mamaria es una afección benigna caracterizada por dilatación de conductos de las

glándulas mamarias acompañada de inflamación y fibrosis periductal. Clínicamente se caracteriza por telorragia principalmente, aunque también puede cursar con nódulos o aumento del volumen de las glándulas mamarias. La ecografía resulta fundamental para su diagnóstico y el tratamiento suele ser conservador.

Caso clínico. Varón de 3 años que consulta en Atención Primaria por nódulo en glándula mamaria izquierda desde hace 4 semanas. No refiere secreciones por el pezón, traumatismo mamario ni manipulación de la zona. No presenta antecedentes perinatales de interés. Afebril, con buen estado general. A la exploración física destaca la presencia de dos nódulos móviles, indoloros, bien delimitados, no adheridos a planos profundos, en región retroareolar izquierda. No adenopatías a nivel axilar ni supraclavicular. Se realizó ecografía de partes blandas en la que se identificó estructura tubular lobulada, con contenido anecoico y paredes finas, de 15 x 4 milímetros en región retroareolar de glándula mamaria izquierda sugerente de ectasia ductal; junto con ganglios axilares reactivos.

Comentarios. La ectasia ductal mamaria es una afección infrecuente por lo que es preciso conocer su benignidad para evitar la realización de pruebas innecesarias o generar alarma en familiares y pacientes. Por ello, podría plantearse la formación en ecografía de los pediatras especialistas de Atención Primaria permitiendo de este modo el manejo de estas patologías desde el Centro de Salud sin necesidad de derivación.

52. NO SIEMPRE ES PÚRPURA. Escalona Gil AM, Martín Galache M, Jiménez Domínguez A, Ferrín Ferrín MA, De Pablo García M, Alcubilla García L, Álvarez Smith CI, Barajas Sánchez MV. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción. La dermatitis artefacta es un trastorno facticio de manifestaciones cutáneas que suele presentarse en pacientes expuestos a factores estresantes. Se caracteriza por lesiones simétricas, de bordes definidos y similar estadio evolutivo presentes en zonas accesibles para ser auto-infligidas. Su diagnóstico es de exclusión y puede precisar intervención psiquiátrica para su resolución.

Caso clínico. Mujer de 12 años que acudió a Urgencias Pediátricas por lesiones cutáneas de carácter purpúrico desde hacía 3 días. No refería otra clínica concomitante, sangrado mucoso ni antecedentes traumáticos previos. Como antecedentes personales destacaba infección de vías respiratorias superiores en las 2 semanas previas, y dolor abdominal en los 2 meses anteriores aislándose *Campylobacter*

jejuni en el coprocultivo. Entre los antecedentes familiares destacaba un tío con policitemia vera. Mostraba buen estado general y a la exploración física presentaba lesiones purpúricas ovoideas y lineales en región anteroexterna de ambos miembros superiores (6 en el izquierdo y 8 en el derecho) y piel de características atópicas. Se realizaron pruebas analíticas incluyendo hemograma, bioquímica, coagulación y serologías para diversos virus, destacando la positividad de Inmunoglobulina G VCA, EBNA y Erythrovirus B19. Se interconsultó a Dermatología quienes sospecharon de un trastorno facticio, reconocido finalmente por la paciente.

Comentarios. Las lesiones purpúricas constituyen un reto diagnóstico que precisa exclusión de enfermedades potencialmente graves como coagulopatías o trastornos autoinmunitarios. La dermatosis facticia es una patología infrecuente que puede ser un desafío para el pediatra. Suele relacionarse con estrés psicosocial importante y debe conocerse para su abordaje diagnóstico y terapéutico adecuado.

53. REVISIÓN DEL NIÑO SANO: DEL OPTOTIPO, AL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA. Grullón Ureña E¹, Gayol Barba P², Suárez Rodríguez M^Á², Muñoz Cabrera V¹, Fernández García A¹, Medina Guerrero C¹, Molleda González S¹, Martínez Pérez M¹. ¹Residente de Pediatría. Hospital Universitario de León. ²Médico adjunto de Pediatría. Centro de Salud La Palomera. León.

Introducción. Se discute mucho sobre la idoneidad de mantener el programa de revisión del niño sano, al considerar que puede favorecer una "sobrecapacitación de las consultas" y una dependencia casi emocional de los padres. Pero este programa tiene como objetivo el cribado de patología no aguda ni sospechada por la familia, y en ocasiones ni siquiera por el pediatra.

Caso clínico. Paciente de 8 años visto en la revisión pausada según programa de nuestra área sanitaria, en el que se aprecia tras realizar optotipo una disminución de la agudeza visual importante con anisocoria que no se había apreciado con anterioridad. Derivado a oftalmología presenta sinequias posteriores en ojo derecho e inicio de queratopatía en banda en ojo izquierdo. Se solicita estudio de uveítis crónica y se deriva para valoración reumatológica. Estudio analítico inicial sin datos reseñables y ecografía articular de miembros inferiores con engrosamiento de la sinovial de la rodilla derecha como único hallazgo. Se le pone una infiltración de triamcinolona de 40 mg en la rodilla e inicia tratamiento con metotrexato 15 mg/semanal, con buena evolución hasta el momento actual.

Comentarios. Los hallazgos anormales de una exploración sistemática son parte de los objetivos perseguidos en la revisión programada de los niños, y pueden llevar al diagnóstico de entidades más complejas de lo esperado, como es el caso de este paciente al que se le detecta una disminución de agudeza visual por uveítis crónica anterior, asociada a una artritis idiopática juvenil.

SESIÓN POSTERS 6

54. DETRÁS DE LOS ESPASMOS EPILÉPTICOS. *Gómez González B¹, González García J², De Los Arcos Solas M¹, Pérez Menéndez MT¹, García-Noriega Fernández M¹, Calvo Gómez-Rodulfo A¹, Corral Hospital S¹, González Acero A³.*
¹Hospital Valle del Nalón. Langreo. ²Hospital Álvarez Buylla. Mieres. ³Hospital de El Bierzo.

Introducción. El complejo esclerosis tuberosa (CET) es un síndrome neurocutáneo con gran variabilidad de expresión fenotípica, signos, síntomas y gravedad. Aunque es una entidad con un patrón de herencia autosómico dominante, la mayoría de pacientes no tienen antecedentes familiares, encontrándonos ante una mutación “de novo”.

Caso clínico. Presentamos el caso de una lactante de 14 meses derivada por sospecha de crisis en las últimas dos semanas. Aportan vídeo en el que se observan movimientos en salvas (5-6) consistentes en flexión de cabeza y extremidades superiores; los realiza a diario en una o dos ocasiones. No refieren retraso psicomotor. En la exploración física se aprecian tres manchas hipocrómicas en extremidades inferiores, una de ellas lanceolada. No otras alteraciones cutáneas. Exploración neurológica normal. Se realiza estudio oftalmológico y ecografía abdominal sin alteraciones; vídeo electroencefalograma compatible con hipoarritmia. Se inicia tratamiento con vigabatrina ante sospecha de esclerosis tuberosa, confirmándose en resonancia magnética cerebral donde se objetivan múltiples nódulos subependimarios. Cese de las crisis tras el inicio del tratamiento, sin alteraciones en el desarrollo neurológico hasta la fecha. No se encuentra mutación en estudio genético.

Comentarios. Aunque el CET es una entidad poco frecuente, es primordial conocer sus principales características, permitiendo realizar un diagnóstico precoz y una intervención terapéutica temprana. En un pequeño porcentaje no encontraremos mutación genética, sin que esto excluya el diagnóstico. Es importante tener un alto índice de sospecha ante un lactante con espasmos epilépticos y buscar de forma activa estigmas cutáneos que puedan hacernos llegar a un diagnóstico.

55. SÍNDROME DE WITTEVEEN-KOLK, PEQUEÑA Y POCO FRECUENTE PATOLOGÍA. *Corpa Alcalde A, Luis Barrera C, García Miralles LC, Mañaricúa Arnáiz A, Arteta Sáenz E, Blanco Barrio A, Puente Ubierna L, Conejo Moreno D.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. El síndrome de Witteveen-Kolk es una enfermedad de herencia autosómica dominante, causada por una alteración del gen *SIN3A*. Cursa, entre otros, con problemas en el crecimiento, retraso psicomotor, rasgos dismórficos y en ocasiones epilepsia. Se benefician de un manejo precoz y multidisciplinar y la calidad de vida depende de la aparición de los trastornos psiquiátricos y/o neurológicos.

Caso clínico. Varón con diagnóstico prenatal de crecimiento intrauterino retardado motivo por el que se finaliza la gestación a las 30 semanas. Somatometría al nacimiento: peso (-2,6 DE), longitud (-2,2 DE), perímetro craneal (-2,4 DE), compatible con pequeño para la edad gestacional (PEG) [u1] armónico. A los 6 meses ingresa para estudio de fallo de medro. Llama la atención facies triangular y orejas de implantación baja, así como peso y longitud por debajo de -4 DE para la edad. Durante el primer año de vida presenta un escaso incremento ponderoestatural con velocidad de crecimiento y longitud patológicas (ambas -4 DE). Se optimiza nutrición con sonda nasogástrica, sin éxito, precisando gastrostomía a los 2 años. Ante evolución desfavorable y tras objetivarse retraso psicomotor (RPM), se completó estudio: analítica normal excepto somatomedina-C (-4,14 DE). Cariotipo (46XY), estudio metabólico, CGH arrays, estudio de X-frágil y test del sudor (negativos). A los 4 años se amplió genética, encontrándose mutación en heterocigosis en gen *SIN3A* que se corresponde con Síndrome Witteveen-Kolk, compatible con la clínica del paciente.

Comentario. El fenotipo/genotipo no siempre se corresponde, pero los pacientes PEG que asocian otras características como RPM, deben ser estudiados desde el punto de vista genético.

56. CRISIS FOCALES DEL LÓBULO FRONTAL: PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO. *Miguens Iglesias P, Pérez Alba M, González Carrera E, Alvargonzález Fernández J, García Iglesias A, Lombraña Álvarez E.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

Introducción. Los trastornos epilépticos en la edad pediátrica tienen una incidencia anual de 0,5-1/1.000 habitantes. Dentro de ellos, los de origen focal, presentan diferentes características clínicas en función del área cerebral implicada.

Caso clínico. Niña de 8 años que presenta, desde hace dos semanas, episodios que describen como mirada perdida, detención de la actividad y, ocasionalmente, rigidez o movimientos de extremidades. No emite sonidos y refieren que busca a su madre para abrazarla cuando esta se lo pide. Recuperación rápida y completa en escasos segundos. Ocurren tanto en vigilia como durante el sueño (se incorpora de la cama, con mirada perdida y movimientos de extremidades). No antecedentes médicos de interés y sin hallazgos relevantes en la exploración física. Aportaban vídeo en el que se observa a la paciente acostada, con expresión de miedo y postura distónica de extremidad superior derecha. Se solicita vídeo EEG en el que se aprecian “descargas en regiones frontales, de predominio izquierdo”, asociadas a actividad motora y expresión de pánico, sugestivo de crisis focales hipermotoras del lóbulo frontal. Se completa estudio con RM craneal, que únicamente muestra focos subcorticales milimétricos hipertintensos en T2, inespecíficos. Se inicia tratamiento con oxcarbazepina, actualmente en pauta ascendente.

Comentarios. Se presenta este caso para recordar algunas características de las crisis del lóbulo frontal, como su aparición durante el sueño, con automatismos hipermotores, expresiones de terror o posturas distónicas; así como la importancia de descartar patología orgánica subyacente con la realización de pruebas de imagen.

57. REVISIÓN DE PACIENTES CON DISPLASIA SEPTO ÓPTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. *García Fernández S¹, Oreña Ansorena V², Corujo Murga P³, Martín Pino S¹, Fernández López A¹, Blanco Lago R¹, Hedrera Fernández A¹, Málaga Diéguez I.* ¹Servicio de Pediatría; ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivo. Analizar de las características clínicas y demográficas de los pacientes con displasia septo óptica así como de los hallazgos en la resonancia magnética nuclear.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes con displasia septo-óptica con edades entre los 3 y los 13 años a seguimiento en Neuropediatría de un hospital de tercer nivel desde enero de 2017 a marzo de 2021. Realización de base de datos a través de historia clínica electrónica.

Resultados. De un total de 6 pacientes con sospecha de displasia septo óptica, tras excluir aquellos no confirmados, se incluyeron un total de 4 pacientes (50% varones) con una edad media al diagnóstico de 3 años (rango 2 meses-5 años). En el 75% la clínica al debut fueron alteraciones visuales.

El otro caso debutó como diabetes insípida con vómitos e hipernatremia con buena respuesta a desmopresina. El 100% de los pacientes presentan en la resonancia hipoplasia de nervio óptico (bilateral en el 50% y del ojo derecho en el otro 50%). Otros hallazgos menos frecuentes fueron hipoplasia del tallo hipofisario (25%), hipoplasia del quiasma óptico (50%), agenesia parcial del cuerpo caloso (25%) y holoprosencefalia lobar (25%). El 50% presenta retraso del desarrollo psicomotor, el 100% obesidad precoz y el 50% hipotiroidismo central a tratamiento con levotiroxina.

Conclusiones. Como ya se ha visto en estudios anteriores, la displasia septo-óptica es una patología poco frecuente que se caracteriza por hipoplasia de uno o ambos nervios ópticos, defectos de la línea media cerebral y disfunción hipotálamo-hipofisaria la cual es inconstante.

58. DOCTOR, ¿QUÉ LE PASA AL OJO DE MI HIJO? *Díaz García P, Antomil Guerrero B, García Fernández S, Fernández Morán E, Rodríguez Ortiz M, Hedrera Fernández A, Blanco Lago R, Málaga Diéguez I.* AGC de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La anisocoria es un hallazgo frecuente en pediatría, considerado patológico si la asimetría es superior a 2 milímetros. En ese caso, debe estudiarse para descartar patología subyacente.

Caso clínico. Lactante de 6 meses que consulta en Urgencias de Pediatría por anisocoria súbita de horas de evolución, objetivada al despertar. Negaban antecedente traumático así como clínica infecciosa. Destacan como antecedentes de interés síndrome de bridas amnióticas con afectación hemicara izquierda y hallazgo de asimetría de ventrículos laterales en ecografía transfontanelar. Asintomático hasta la fecha con neurodesarrollo normal. En la exploración física destacaba miosis, ptosis y enoftalmos izquierdos (Fig. 1), hallazgos compatibles con Síndrome de Horner. No presentaba signos de focalidad neurológica. Se solicita TC craneal



Figura 1.

urgente que descarta patología intracraneal aguda. Ingresó para estudio etiológico, descartando meduloblastoma u otros procesos tumorales. En resonancia magnética cerebral se objetivó asimetría llamativa interhemisférica, con sospecha de hemimegalencefalia sin repercusión clínica actualmente. Ante estabilidad clínica se decide alta a domicilio con diagnósticos de síndrome de Horner posiblemente idiopático y hemimegalencefalia. Se realizará control ambulatorio en Consultas Externas de Neuropediatría.

Conclusiones:

- La etiología de un síndrome de Horner pediátrico es variada, siendo la más frecuente la idiopática.
- Es de vital importancia descartar patología grave, especialmente la tumoral.
- Ante la sospecha de síndrome de Horner, se deberían llevar a cabo pruebas de imagen y analíticas que permitan orientar el diagnóstico etiológico.
- La hemimegalencefalia es un trastorno de la migración neuronal muy poco frecuente y con mal pronóstico. No hemos encontrado en la literatura asociación entre ambas.

59. UN CASO INFRECUENTE DE DIFICULTAD PARA LA MARCHA. *Miguens Iglesias P¹, González Carrera E¹, Pérez Alba M¹, Rodríguez Lorenzo P¹, Pardo de la Vega R¹, Urdiales Sánchez S².* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Neurofisiología. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

Introducción. La polineuropatía hereditaria con susceptibilidad a la parálisis por presión (HNPP) es una neuropatía hereditaria poco frecuente en la edad pediátrica, que se presenta habitualmente en forma de monopatía aguda no dolorosa.

Caso clínico. Paciente mujer de 12 años remitida por cuadro de dificultad para la dorsiflexión de pie izquierdo con limitación para la marcha de varias semanas de evolución. No recuerda antecedente traumático ni infeccioso. Como antecedente familiar relevante, su madre padece síndrome del túnel carpiano derecho. La paciente presenta una dificultad III/V para la dorsiflexión de pie izquierdo con sensibilidad conservada, abolición de los reflejos aquileos y un ligero patrón de la marcha en steppage. El resto de la exploración fue normal. El estudio electromiográfico y electroneurográfico, demostró patrones compatibles con una polineuropatía mixta (motora y sensitiva), de tipo desmielinizante y asimétrica. Ante estos resultados se realiza estudio genético que confirma una HNPP por presencia en heterocigosis de una microdelección parcial del exón PMP22 en la región

cromosómica 17P11.2. Se inició tratamiento rehabilitador, y la evolución clínica fue favorable, con recuperación completa de la función motora y sensitiva del miembro inferior izquierdo. Se ha iniciado estudio genético familiar.

Comentarios. La HNPP es una entidad infrecuente (7-16 casos/100.000 habitantes) y de presentación excepcional en Pediatría. Su forma clínica más característica es una neuropatía sensitiva y motora recurrente en nervios individuales (peroneo, cubital, mediano), en pacientes con antecedentes familiares de cuadros semejantes. La recuperación funcional es completa en muchos casos.

60. CUANDO LA EPILEPSIA NO EVOLUCIONA BIEN.

Oreña Ansorena V¹, García Fernández S², Corujo Murga P³, Antomil Guerrero B², Fernández Morán E², Blanco Lago R², Hedrera Fernández A², Málaga Diéguez I². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Pediatría; ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Los trastornos del desarrollo cortical constituyen un grupo de entidades que derivan de la detención de la migración neuronal, pero también pueden verse afectadas la proliferación y la organización. La heterotopía es el más frecuente, en la que un subconjunto de neuronas no migra a la corteza cerebral en desarrollo y permanecen como nódulos que recubren la superficie ventricular.

Caso clínico. Paciente de 9 años derivado a Neuropediatría por inicio 2 años antes de crisis epilépticas de semiología hipermotora nocturnas y de frecuencia 3 por semana. Asocia deterioro del rendimiento académico y problemas atencionales. Se realiza vídeo-EEG en privación de sueño donde se objetivó y con más frecuencia durante el sueño una actividad epileptiforme focal e intercrítica en región frontal del hemisferio izquierdo. Se realiza RM craneal en donde se identifica una lesión de morfología nodular en localización subependimaria que presenta la misma señal de la cortical cerebral, localizada en el atrio ventricular izquierdo, compatible con heterotipia subependimaria en atrio ventricular izquierdo. Inicia tratamiento con oxcarbazepina sin respuesta por lo que se añade lacosamida y posteriormente levetiracetam. Actualmente con oxcarbazepina a 37,5mg/kg/d y levetiracetam a 40 mg/kg/d. Se decide derivación a unidad de cirugía de la epilepsia y se solicita estudio genético de panel para trastorno de migración neuronal, pendiente.

Comentarios. Nuestro caso presenta el debut habitual de esta patología, con epilepsia y alteración cognitiva-conductual. Se considera uno de los trastornos congénitos más

comunes en la epilepsia familiar y de comienzo precoz. La RM es la técnica diagnóstica de elección.

61. TRASTORNO DE LA MIGRACIÓN NEURONAL: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Maillo Del Castillo JM, García Serrano E, Lázaro Ramos J, Marrero Calvo MF, Jiménez Martín AM, Jiménez Saucedo MP, Abad Moreno N, Martín Bahamontes C. Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.*

Introducción. La esquizencefalia es una malformación congénita del desarrollo del sistema nervioso central con alteraciones de la migración neuronal. Es una entidad rara, cuyo diagnóstico es a través de neuroimagen y el único tratamiento es sintomático. Suelen presentar tríada clínica de hemiparesia, discapacidad intelectual y crisis convulsivas. La gravedad del trastorno motor se ve muy influenciada en función de la extensión, la apertura labial, la bilateralidad y el tamaño de la malformación.

Caso clínico. Neonato procedente de embarazo sin controlar. Niega consumo de tóxicos o infecciones. Ingresa en neonatos por hipoglucemia y sospecha de sepsis precoz con único hallazgo de presencia de *Streptococcus agalactiae* en frotis rectal. PCR citomegalovirus en orina negativo. En exploración física al mes de vida destaca estrabismo divergente y microcefalia por lo que se solicita ecografía transfontanelar. Se observan varias malformaciones cerebrales, se amplía estudio con resonancia magnética cerebral en el que se observa esquizencefalia de labio cerrado con ausencia de cuerpo calloso y de sépto pelucido. A los 20 meses destaca hemiparesia espástica derecha, leve retraso motor con resto desarrollo acorde. El electroencefalograma es normal. El estrabismo es seguido por oftalmología. Pendiente estudio genético.

Comentarios. La etapa de la migración neuronal ocurre entre el tercero y quinto mes de gestación. La etiología puede ser debida a causas genéticas, vasculares e infecciosas, siendo el CMV una de las más frecuentes. En nuestro caso, un embarazo sin controlar junto con la posibilidad de la sepsis precoz pudiera formar parte de la etiología del mismo, a la espera de los resultados genéticos.

62. FÁRMACOS Y EFECTOS ADVERSOS: ÁCIDO VALPROICO. *Gonzalo San Esteban A, Obregón Asenjo M, Pérez Salas S, Luis Barrera C, Zarandona Leguina S, Navarro Abia V, Domínguez Sánchez P, Gabaldón Pastor D. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. El ácido valproico es un fármaco anti-convulsivante dotado de un amplio espectro de actividad antiepiléptica, utilizado en la práctica clínica en crisis epilépticas generalizadas, parciales y mixtas. Sin embargo, son numerosos los efectos adversos descritos como molestias gastrointestinales, aumento de peso, anemia y trombocitopenia, hepatopatía, pancreatitis, así como riesgo teratogénico. Además, se han descrito numerosas interacciones farmacológicas, por lo que su uso requiere una vigilancia estrecha.

Casos clínicos. Se presentan dos casos representativos, poco frecuentes, entre nuestros pacientes hospitalizados en tratamiento con ácido valproico. En primer lugar, paciente de 4 años con encefalopatía epiléptica, consulta por dolor abdominal, vómitos y rechazo a la ingesta. En las pruebas de imagen se observa un íleo intestinal y en las pruebas analíticas sanguíneas destaca: amilasa de 772 mg/dL y lipasa de 847 mg/dL. Ante la sospecha de pancreatitis secundaria a ácido valproico se inicia tratamiento de soporte y se realiza una pauta descendente rápida del fármaco con resolución del cuadro. En segundo lugar, paciente de 12 años con síndrome de Dravet, tras un control analítico se observa una creatinina sérica 0,53 mg/dL, fósforo 1,8 mg/dL, acidosis metabólica, así como glucosuria y proteinuria. Presentando una excreción fraccionada de sodio: 1,9% y de potasio 13,8%, se sospecha una nefropatía tubular proximal de causa farmacológica por lo que se decide retirar el ácido valproico observando una mejoría clínica y analítica.

Comentarios. La prescripción de medicamentos supone una responsabilidad en nuestra práctica clínica. Debemos conocer los posibles efectos adversos de su utilización y vigilar su posible aparición realizando controles periódicos para su detección precoz.

63. FENOTIPO FAMILIAR PECULIAR. A PROPÓSITO DE UN CASO. *García Fernández S¹, Oreña Ansorena V², Fernández Morán E¹, Díaz García P¹, Antomil Guerrero B¹, Fernández López A¹, Hernando Acero I¹, García González N¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La displasia ectodérmica hipohidrótica es un trastorno genético del desarrollo de las estructuras ectodérmicas que se caracteriza por pelo ralo, dientes anómalos o ausencia de dientes, y disminución o ausencia de sudoración. Es una enfermedad genéticamente heterogénea presentando tres patrones de herencia: recesiva, dominante y ligada al cromosoma X.

Caso clínico. Lactante de 18 meses en estudio por fenotipo peculiar, eliminación diaria de mucosidad densa amarilla-marrón y anhidrosis. Como antecedentes familiares dos tíos paternos tienen implante coclear y varios miembros por rama materna presentan falta de piezas dentarias. Fue una gestación a término, cesárea urgente, presentando distrés respiratorio al nacimiento que fue mejorando progresivamente. Ingresado a los 18 días de vida por fiebre de origen desconocido con estudios complementarios normales incluido panel NGS de enfermedades autoinflamatorias. Seguido en Gastroenterología por escasa ganancia ponderal y en foniatría por disfagia a líquidos. En la exploración presenta pelo ralo con costras en cuero cabelludo, ausencia de cejas y pestañas, coloración pardo-amarillenta de la piel, hiperpigmentación periorbital, nariz en silla de montar y mandíbula pequeña. Se realiza exoma clínico que detecta una variante en homocigosis en el gen EDAR localizado en el cromosoma 2q13 que confirma la sospecha de displasia ectodérmica hipohidrótica. En estudio de segregación familiar ambos padres son portadores heterocigotos de la variante patogénica.

Comentarios. En nuestro paciente se ha detectado la presencia de una variante patogénica en homocigosis en el gen EDAR, una heredada de cada progenitor. El riesgo de recurrencia de la enfermedad en futuros hermanos es del 25%.

64. SÍNDROME DE MARÍN AMAT SIN ANTECEDENTE DE PARÁLISIS FACIAL. *González Carrera E¹, Miguens Iglesias P¹, Baruque Rodríguez S¹, García Iglesias A¹, Fernández Fernández E², Álvarez Álvarez N¹.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ²Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud Roces-Monteویل. Gijón.

Introducción. El síndrome de Marín Amat es una sincinesia trigémino-facial adquirida e infrecuente en pediatría. Clínicamente se observa blefarospasmo al abrir la boca, sonreír o fruncir los labios. Se debe a una regeneración aberrante del nervio facial que produce inhibición del músculo elevador del párpado superior con contracción anormal y simultánea del orbicular homolateral y pterigoideo externo ante estímulos de estiramiento muscular. El diagnóstico es clínico y no precisa pruebas complementarias para su confirmación.

Caso clínico. Niña de 3 años sin antecedentes relevantes con desarrollo psicomotor normal que, desde hace 6 meses, presenta ligera ptosis palpebral izquierda que se acentúa con el llanto. Adecuada motilidad facial sin alteración de pares bajos. Niegan antecedente infeccioso ni traumático. No otra sintomatología asociada. En la exploración presenta ligera ptosis palpebral izquierda en reposo que se acentúa cuando llora y frunce los labios. Resto de exploración general y neurológica normales. La valoración oftalmológica no muestra alteraciones. Pendiente de resonancia magnética cerebral.

Comentarios. Debemos conocer esta entidad para incluirla en el diagnóstico diferencial de ptosis palpebral y diferenciarla del síndrome de Marcus-Gunn y otras entidades como el hemiespasmo facial y la parálisis facial pura. En caso de ausencia de antecedentes que justifiquen la inervación aberrante es recomendable la realización de neuroimagen para descartar la presencia de lesión intracraneal. La totalidad de los casos publicados hasta la fecha tienen antecedente de parálisis facial o traumatismo, evento que no ocurre en nuestra paciente. Se recomienda seguimiento evolutivo para valorar la necesidad de tratamiento del blefarospasmo con toxina botulínica.