

## Comunicaciones Orales Jueves 4 de noviembre

**SÍNDROME DE AORTA MEDIA ASOCIADO A SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.** Mosquera-Froufe M, Domínguez-Manzano P, Plata-Izquierdo B, Pérez-Baguena MP, Hernández-Pinchete S Garrido-Martín M, Martín-Valbuena J, Sánchez-Rodríguez P. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.

**Introducción.** El síndrome de aorta media (SAM) se caracteriza por estenosis a diferentes niveles de la aorta y sus ramas. Su etiología es desconocida pero se ha descrito asociado a determinadas patologías, como el síndrome de Williams-Beuren (SWB), un trastorno genético raro caracterizado por facies peculiar y afectación multisistémica, incluido el aparato cardiovascular.

**Caso clínico.** De los 14 pacientes con SWB confirmados genéticamente en seguimiento en la consulta de Cardiología Infantil de nuestro de hospital, 9 presentan afectación cardíaca, siendo las más frecuentes la estenosis aórtica supra-valvular y la estenosis periférica de ramas pulmonares. Presentamos 2 casos de pacientes diagnosticados al mes de edad de coartación de aorta (CoAo) y estenosis de ramas pulmonares. Ambos se sometieron a cirugía cardíaca para corregir la CoAo, pero la evolución posterior fue tórpida, con reestenosis en el lugar de la corrección o en otros niveles de la aorta que precisaron nuevos procedimientos invasivos, además de hipertensión arterial (HTA) de difícil control, hallazgos y evolución clínica compatibles con un SAM.

**Conclusiones.** El SAM es una causa infrecuente de CoAo en los pacientes con SWB, con afectación a cualquier nivel de la aorta torácica y abdominal. La evolución en nuestra experiencia es complicada, con recoartaciones frecuentes y aparición de estenosis significativas a diferentes niveles de la aorta. La HTA es persistente y de difícil control.

**ANTROPOMETRÍA CLÁSICA VS BIOIMPEDANCIOMETRÍA EN LA VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LOS TRASTORNOS CONDUCTA ALIMENTARIA.** Corpa Alcalde A<sup>1</sup>, Arias Bueso P<sup>2</sup>, Pérez Salas S<sup>1</sup>, Laura Pérez Arnauz, Miranda Cid C<sup>2</sup>, Tolín Hernani M<sup>2</sup>, Sánchez Sánchez C<sup>2</sup>, Álvarez Calatayud G<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. <sup>2</sup>Sección de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid

**Objetivo.** En los trastornos de conducta alimentaria (TCA) uno de los hechos más importantes es la desnutrición grave. Sin embargo, los cambios en la composición corporal pueden no verse reflejados en el peso, pliegues y perímetros hasta fases muy avanzadas. El objetivo de nuestro estudio es comparar los parámetros de composición corporal obtenidos mediante antropometría clásica, con los obtenidos con la bioimpedanciometría en la valoración de pacientes con TCA; para establecerla como herramienta de adelanto diagnóstico-terapéutica.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo realizado en todos los pacientes con TCA ingresados en la Unidad de Psiquiatría Adolescente H.Gregorio Marañón desde el inicio de 2021. Se realiza valoración del porcentaje de grasa corporal total y masa magra, mediante la ecuación de Siri con los datos obtenidos de la medición de pliegues cutáneos (bicipital, tricípital, subescapular y suprailíaco) mediante plicometría, y perímetros corporales (braquial, cadera y cintura). El gasto energético basal es calculado mediante la ecuación de Schofield (peso y talla). Se mide el vector corporal por bioimpedanciometría: resistencia (R), reactancia (Xc) y ángulo de fase mediante el analizador Bodygram-Plus Enterprise 1.2.2.9 (avalado técnicamente para su uso en población pediátrica). El vector corporal se elabora a partir de la relación gráfica entre resistencia y reactancia. Los datos

recogidos se analizan mediante SPSS, aplicando el análisis de Wilcoxon para intentar establecer concordancia.

**Resultados.** Nuestros resultados preliminares: 9 pacientes, mujeres, con promedio de edad de 13,74 años e IMC  $15,9 \pm 2,4$  kg/m<sup>2</sup>. La media del porcentaje de grasa corporal, masa grasa y magra fue  $20,4 \pm 2\%$ ;  $8,4 \pm 1,9$  kg;  $32,7 \pm 5,4$  kg mediante el método antropométrico y  $23,7 \pm 7,4\%$ ;  $10,3 \pm 4,2$  kg;  $32,5 \pm 4,3$  kg mediante impedanciometría. No se observaron diferencias estadísticamente significativas. En cuanto al vector corporal obtenido, el 78% de la muestra (n=7) se encontraba en el cuadrante superior derecho, con solo dos de ellos >p95.

**Conclusiones.** Ante un vector corporal, obtenido mediante bioimpedanciometría, desviado hacia el cuadrante superior derecho (deshidratación y malnutrición) de la gráfica en población pediátrica, debemos pensar en un posible TCA, siendo necesaria ampliar la muestra.

**FACTORES MATERNOS E IMPACTO DE LA VACUNACIÓN COVID-19 EN GESTANTES Y RESPUESTA CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PRIMER MES DE VIDA.** Ferrin-Ferrin MA, Jiménez-Domínguez A, Pérez-Báguena MP, Álvarez-Smith CI, Alcubilla-García Lydia, Martín-Galache M, Escalona-Gil AM, San Feliciano L. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.

**Objetivos.** La reciente puesta en marcha del programa de vacunación frente a la COVID-19 en embarazadas podría presentar algún tipo de repercusión en recién nacidos. Sin embargo, hemos detectado durante nuestra actividad asistencial, que la incertidumbre respecto a este tema aún es notable en las gestantes. Como objetivo nos planteamos: 1) Describir los factores predictores que más influyen en la decisión de las gestantes para vacunarse de COVID-19 durante el embarazo; 2) Describir las posibles consecuencias clínicas de la vacunación COVID-19 en el embarazo, parto y período neonatal.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo prospectivo. Recogida de datos realizada, tras el consentimiento informado, en el H. Clínico Universitario de Salamanca, a todas las mujeres que dieron a luz a partir del 1/9/2021, mediante entrevista personal y posterior contacto telefónico. Análisis y descripción de los datos con el IBM® SPSS Statistics.

**Resultados.** Se han realizado entrevistas a 172 gestantes, de las cuales 85 (49,4%) viven en área urbana y 87 (50,6%) en área rural. Además, 111 gestantes (64,5%) se vacunaron

durante el embarazo y 61 (35,5%) no se vacunaron. Los motivos de no vacunación fueron: miedo a efectos adversos en el neonato en 39 gestantes (64%), incertidumbre en 13 (21%) y decisión de esperar el postparto en 9 (15%).

**Conclusiones.** La decisión sobre la vacunación COVID-19 presenta un no despreciable porcentaje de gestantes que se negaron a recibirla, siendo el miedo, la incertidumbre y la decisión de esperar al postparto, los motivos más frecuentes. Factores sociodemográficos como el lugar de residencia o el nivel académico de las madres no es significativo en su impacto. La relación entre las gestantes vacunadas y las características tanto del parto, como la valoración del neonato, no difiere con el de las gestantes no vacunadas. La respuesta clínica de los neonatos en los primeros 28 días de vida no presentó apenas diferencias entre aquellos que eran hijos de gestantes vacunadas respecto a las no vacunadas, en su mayoría con escasa o ninguna sintomatología.

**IMPACTO DE LA NO MEDICIÓN DE VOLUMEN GÁSTRICO RESIDUAL EN LACTANTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS ALIMENTADOS CON NUTRICIÓN ENTERAL PRECOZ.** Villar Rodríguez C<sup>1</sup>, Fernández Montes R<sup>2</sup>, Vivanco Allende A<sup>3</sup>, Concha Torre A<sup>3</sup>, Rey Galán C<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Universidad de Oviedo. Oviedo. <sup>2</sup>Área de Gestión Clínica de Pediatría; <sup>3</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Objetivos.** Evaluar la influencia del cese de la medición del volumen gástrico residual (VGR), parámetro hasta ahora frecuentemente utilizado para guiar el progreso de la nutrición enteral (NE) en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), en la tasa de efectos adversos relacionados con la NE y en el logro de los objetivos nutricionales.

**Material y métodos.** Se llevó a cabo un estudio cuasiexperimental retrospectivo en la UCIP del Hospital Universitario Central de Asturias, comparando dos grupos de lactantes de características similares: un grupo intervención en el que se aplicó el nuevo protocolo de NE, en el que se abandonó la práctica de medición del VGR, y un grupo control previo. Se analizó el tiempo de adquisición de objetivos nutricionales y la aparición de efectos adversos relacionados con la NE.

**Resultados.** Se incluyeron 33 lactantes (1-9 meses). El porcentaje del objetivo energético pautado recibido en las primeras 24 horas de soporte nutricional fue significativamente superior en el grupo de la intervención (92,5% frente a 67,7% en el grupo control, p=0,039), aunque no se encontraron diferencias significativas respecto al segundo y tercer día.

Se observó una mayor tendencia a la aparición de vómitos en el grupo intervención, aunque las diferencias en la incidencia de efectos adversos no fueron estadísticamente significativas.

**Conclusiones.** La no medición del volumen gástrico residual constituye una práctica segura que puede mantenerse en los protocolos de NE en el niño críticamente enfermo, no objetivándose un aumento de aparición de efectos adversos tras su generalización. Esto podría contribuir a una más rápida consecución de los objetivos nutricionales en los niños críticamente enfermos. Sin embargo, se requieren nuevos estudios que incluyan un mayor número de pacientes y permitan corroborar nuestras conclusiones.

**DISTENSIÓN ABDOMINAL EN EL PERIODO NEONATAL.** *Gutiérrez Valcuende C, Rodríguez del Rosario S, Herrera Quilón L, Llorente Sanz B, Matías del Pozo V, Villa Francisco C, Urueña Leal MC, Pino Vázquez A. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

**Introducción.** La distensión abdominal es el signo más característico para sospechar patología intestinal en el neonato, y, por tanto, para solicitar pruebas complementarias, siendo la inicial la radiografía de abdomen.

**Casos clínicos.** Presentamos cinco casos clínicos de recién nacidos que debutaron con distensión abdominal.

**Caso 1.** Recién nacido a término que presenta distensión abdominal y vómitos a las 30 horas de vida. Se realiza radiografía abdominal donde se observa neumoperitoneo. Se realiza laparotomía urgente sin visualizar perforación por lo que se toman biopsias de mucosa rectal. Resultado anatomopatológico compatible con enfermedad de Hirschprung.

**Caso 2.** Recién nacido a término que ingresa por vómitos y distensión abdominal a las 26 horas de vida. Radiografía abdominal en la que se observa dilatación de asas y ausencia de gas distal. Ante la sospecha de obstrucción intestinal, se interviene, objetivándose íleo meconial. Se diagnostica de fibrosis quística mediante el cribado de metabopatías, junto con la genética.

**Caso 3.** Recién nacido a término que ingresa al nacimiento por distensión abdominal y dificultad respiratoria. Diagnóstico prenatal de duplicidad intestinal. Intervención quirúrgica urgente en la que se confirma el diagnóstico, visualizándose quiste de duplicación necrótico volvulado.

**Caso 4.** Recién nacido pretérmino de 32+6 semanas que presenta a las 3 horas de vida inestabilidad hemodinámica y distensión abdominal. Se realiza laparotomía urgente en la que se objetiva atresia yeyunal, perforación intestinal y peritonitis meconial.

**Caso 5.** Recién nacido a término que ingresa por vómitos a las 24 horas de vida. Se realiza radiografía abdominal y tránsito intestinal objetivándose dilatación colónica y enlentecimiento del vaciamiento gástrico. Primera sospecha de íleo meconial que se descarta. Posteriormente, presenta estreñimiento progresivo realizándose biopsia de mucosa rectal, compatible con enfermedad de Hirschprung.

**Conclusiones.** La distensión abdominal en el periodo neonatal es un síntoma inespecífico de patología abdominal pudiendo ser el debut de diferentes entidades. Es fundamental realizar un buen diagnóstico diferencial, que incluya las pruebas complementarias pertinentes para poder realizar un adecuado manejo precoz.

**REVISIÓN CASOS SIM-PEDS VINCULADO A SARS-COV-2 EN CANTABRIA.** *Frank de Zulueta P, Castañares Saiz M, Viadero Ubierna MT, Garde Basas J, Fernández Suárez N, Torre González T, Fernández Cabo V, López de Viñaspre Verafajardo M. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Objetivos.** Descripción de los casos clínicos de SIM-PedS vinculado a SARS-CoV-2, en la Comunidad de Cantabria desde abril de 2020 a septiembre de 2021, enfocándonos en aspectos inflamatorios, cardiológicos y hemodinámicos.

**Material y métodos.** Revisamos las historias clínicas de los 5 casos que tuvieron lugar a través del programa informático utilizado en nuestro hospital.

**Resultados.** Un paciente presentaba antecedentes de asma alérgico y neumonías de repetición, el resto eran sanos. Tres antecedentes de infección COVID confirmada 14 días a 1 mes antes. Uno antecedentes familiares de clínica y el restante, fiebre 1 mes antes. Tres varones y una mujer, tres de ellos menores de 12 años y uno de ellos 13. Todos ellos iniciaron el cuadro con fiebre de 2-5 días de evolución, asociando otros síntomas (cervicalgia, cefalea) con predominio de clínica gastrointestinal y malestar general en todos ellos de forma posterior. Dos pacientes afectación ocular (hiperemia y/o edema palpebral); uno de ellos edema genital y lengua aframbuesada. Todos precisaron ingreso en UCI por afectación del estado general, asociando en 4 hipotensión refractaria a expansiones de volumen y shock, precisando vasopresores 3-5 días, con recuperación progresiva clínica y de constantes. Ninguno precisó soporte respiratorio invasivo. Todos presentaron elevación significativa de parámetros inflamatorios (PCR, PCT y ferritina) y NT-ProBNP. En 4 se elevaron las troponinas. Todos fueron tratados con inmunoglobulina y corticoterapia con disminución progresiva de los

mismos. En uno de los pacientes (el primero) se asoció hidroxiquina. 4 recibieron antibioterapia de amplio espectro. 4 recibieron tratamiento con AAS. Todos tuvieron aumento significativo del dímero D y fibrinógeno, tres recibieron heparina a dosis antitrombótica. Se realizó seguimiento cardiológico estrecho de todos ellos con electrocardiogramas en los que predominaba alteraciones de la repolarización en tres pacientes. En los controles ecocardiográficos, el paciente más grave presentaba disfunción miocárdica biventricular leve al inicio con empeoramiento a moderada-severa tras administración de sueroterapia intensiva. Otros dos disfunción leve derecha y en otro disfunción moderada izquierda. Buena evolución de todos ellos con corrección progresiva, precisando el caso más severo de 8 días para su recuperación.

**Conclusión.** En nuestro medio la presentación clínica más frecuente es fiebre seguida de clínica gastrointestinal con aparición posterior de inestabilidad hemodinámica y disfunción ventricular. Se precisa de toma frecuente de constantes y vigilancia clínica estrecha ante sospecha debido a la afectación progresiva del estado general. Todos los pacientes respondieron bien al antiinflamatorio precoz. La evolución fue favorable sin complicaciones hasta el momento.

**ANTICUERPOS ANTITRANSGLUTAMINASA POSITIVOS A PESAR DE DIETA EXENTA EN GLUTEN EN ENFERMEDAD CELÍACA.** *Pérez Arnaiz L, Miralles García LC, Barbadillo Mariscal B, Gonzalo San Esteban A, Mañaricua Arnaiz A, Gil Galerón J, Domínguez Sánchez P, Fernández de Valderrama A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

**Introducción.** Los anticuerpos antitransglutaminasa (ATG) poseen alta especificidad para el diagnóstico de enfermedad celíaca (EC). En algunos casos se ha visto que estos anticuerpos persisten elevados a pesar de una dieta exenta en gluten. Se ha encontrado homología entre algunos péptidos de la caseína bovina con péptidos del gluten, lo que explicaría reactividad mediada por anticuerpos IgA.

**Caso clínico.** Lactante de 11 meses de edad diagnosticado de enfermedad celíaca en consultas de nuestro hospital según los criterios diagnósticos de EC (ESPGHAN 2012). Se inicia en este momento dieta exenta en gluten. En las sucesivas visitas a nuestra consulta (a los 18, 24 y 30 meses de edad) el paciente se encuentra asintomático pero persisten anticuerpos ATG mayores de 200 UI/L y Ac anti Endomisio positivos a pesar de una dieta exenta en gluten y sin objetivar la presencia de gluten en las heces. A los 3 años de edad, se propone dieta exenta en proteínas de leche de vaca (PLV),

que se mantiene durante 6 meses, tras lo cual se objetiva normalización de IgA ATG y negativización de anticuerpos antiendomiso. A los 9 meses se reintroducen las PLV manteniéndose los anticuerpos ATG en valores normales.

**Conclusiones.** Los anticuerpos ATG pueden estar presentes en otros procesos distintos a la EC. Ante persistencia de niveles elevados de anticuerpos ATG en enfermedad celíaca, habiendo descartado transgresiones dietéticas, se debe tener en cuenta antígenos alimentarios como las PLV como causa de esta respuesta inmune.

**TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL SINUS PILONIDAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS (PEPSIT). RESULTADOS PRELIMINARES.** *Galvañ Félix Y, Echeverría Carrillo J, Montero García J, Hernández Díaz C, Ortega Escudero M, Gutiérrez Dueñas JM. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

**Introducción.** El sinus pilonidal (SP) es la patología consistente en la inflamación crónica de partes blandas del área sacrococcigea. A pesar de que el tratamiento quirúrgico tradicional es la exéresis completa, este presenta una tasa de complicaciones elevada así como un postoperatorio largo y molesto que precisa curas tópicas hasta la curación completa. Presentamos los resultados de 3 pacientes tratados en nuestro centro mediante una nueva técnica endoscópica (PEPSiT).

**Material y métodos.** El PEPSiT consiste en la introducción de un fistuloscopio por los orificios fistulosos del SP para limpieza y cauterización de la cavidad pilonidal. Se retiran bajo visión directa todas las estructuras capilares de la cavidad y se coagula todo el tejido de granulación visible para conseguir un cierre por segunda intención sin realizar ninguna incisión quirúrgica. El procedimiento se realizó bajo anestesia general y de forma ambulatoria en 3 pacientes entre los 12-14 años, diagnosticados de SP. Dos de ellos habían presentado episodios de infección previos y ninguno se había sometido a tratamiento quirúrgico con anterioridad. Recogimos los siguientes datos: complicaciones postquirúrgicas (infección de herida quirúrgica, dolor incoercible, recidivas tempranas) o reingreso, curas realizadas en centro de salud, vuelta a la actividad diaria normal y el tiempo de cicatrización.

**Resultados.** Los 3 procedimientos se realizaron sin incidencias. Ninguno de los pacientes precisó reingreso ni presentó complicaciones postoperatorias hasta el momento actual. Solamente uno de ellos acudió a su centro de salud para realizar curas (3 citas totales). Los tres pacientes controlaron el dolor con analgesia habitual vía oral en domicilio,

retomando sus actividades diarias la misma semana de la intervención.

**Conclusiones.** Nuestra experiencia en el tratamiento endoscópico del SP a corto plazo es que se trata de una opción efectiva, con un postoperatorio corto y poco doloroso, con unos cuidados simples que permite retomar las actividades diarias de forma rápida.

**DOLOR ABDOMINAL EN EL PACIENTE NEUTROPÉNICO.** *Espinoza Leiva AP, Escobar Fernández L, García Monetro M, García Barbero E, Llorente Sanz B, López Allúe L, Herráiz Cristóbal R, González García H. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

**Introducción.** La enterocolitis neutropénica (EN) o tiflitis neutropénica es un síndrome clínico que se desarrolla en pacientes con neutropenia. Presenta mayor incidencia en pacientes oncológicos con neoplasias hematológicas, en aplasia profunda. Se sospecha que múltiples factores contribuyen a su patogenia, como la lesión mucosa producida por los fármacos quimioterápicos, neutropenia, la inmunosupresión que impide combatir los microorganismos, cambios intrínsecos del íleon, ciego y apéndice cecal, infiltración de la serosa y mucosa por células linfoproliferativas anómalas que suelen ulcerarse durante el tratamiento quimioterápico. En muchos casos no se identifica un agente microbiano específico. Se considera de probable etiología polimicrobiana.

**Caso clínico.** Paciente de 5 años con diagnóstico de Leucemia/Linfoma de Burkitt quien finalizo el primer ciclo de inducción los 5 días previos al ingreso. Inicia con febrícula mantenida, sin más sintomatología infecciosa, en la exploración física solo destaca mucositis oral. En las pruebas complementarias destaca pancitopenia con neutropenia grave con recuento 50/ $\mu$ l. Ante cuadro de neutropenia febril se inicia antibioterapia con cefepime. Tras 48 horas inicia con dolor abdominal que se intensifica progresivamente, y rechazo de la ingesta, persistiendo la fiebre. En analíticas de control se objetiva aumento de PCR y PCT. Ante los hallazgos clínicos y laboratoriales se solicita ecografía abdominal, que reporta un engrosamiento de la pared del ciego de 4-5 mm. Se decide tratamiento conservador indicando antibioterapia intravenosa con meropenem, metronidazol iv, anfotericina B, dieta absoluta y asegurando un control analgésico adecuado. Se obtiene una muestra de heces donde se identifican toxinas para *Clostridium difficile*. Tras aumento progresivo del recuento de neutrofilos y adecuada cobertura antibiotica presenta mejor estado general, permitiendo la ingesta oral y completa 10 días de antibioterapia.

**Conclusiones.** La EN es una complicación poco frecuente, pero con alta mortalidad. En un paciente con neutropenia severa con dolor abdominal y fiebre se debe sospechar la EN. En pacientes con neutropenia y cuadro clínico sugestivo de EN, debe realizarse estudio radiológico. Su diagnóstico precoz es de vital importancia ante la alta. El tratamiento debe ser individualizado en el caso de no sospechar complicaciones se debe optar por un manejo conservador. Se opta por antibioterapia de amplio espectro cubriendo aerobios, anaerobios, incluyendo *Clostridium difficile* y hongos.

**¿VIVIREMOS UN CAMBIO EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA BRONQUIOLITIS?** *Menéndez Bango C, Santamaría Sanz PI, Gómez Sánchez E, del Blanco Gómez I, García González M, Cuervas-Mons Tejedor M, Valencia Ramos J, Oyagüez Ugidos PP. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

**Introducción.** La bronquiolitis es la causa de ingreso hospitalario más frecuente en menores de un año. El virus más frecuentemente implicado es el Respiratorio Sincitial que provoca en nuestro país epidemias estacionales entre los meses de noviembre y abril. Su transmisión es directa a través de secreciones nasofaríngeas de los individuos infectados o gotas de saliva.

**Material y métodos.** Recogida retrospectiva del número de pacientes ingresados en UCI-P entre septiembre de 2012 y agosto de 2021 por insuficiencia respiratoria aguda en contexto de bronquiolitis.

**Resultados y discusión.** Ingresaron un total de 342 pacientes, siendo los meses con mayor número de ingresos noviembre, diciembre y enero (61, 99 y 70 respectivamente). La temporada con mayor número de ingresos, 57 en total, fue de septiembre de 2019 a agosto de 2020. Los meses con más ingresos fueron noviembre de 2019 y julio de 2021 con 19 pacientes. El comportamiento de las curvas de ingreso muestra un patrón repetido todos los años, acorde a la epidemia estacional de nuestro país, excepto el último año de recogida donde el pico máximo fue en los meses de junio y julio, sin datos de ingresos los meses previos (*Fig. 1*). Este cambio en el patrón de ingresos, en virus con transmisión directa a través de secreciones, tras la pandemia por SARS-CoV-2 vivida en 2020, podría estar influido por las restricciones en las relaciones sociales y el incremento de medidas de higiene, que se han visto rebajadas en los meses de verano, afectando a pacientes sin contacto con este virus en la temporada epidémica estacional clásica.

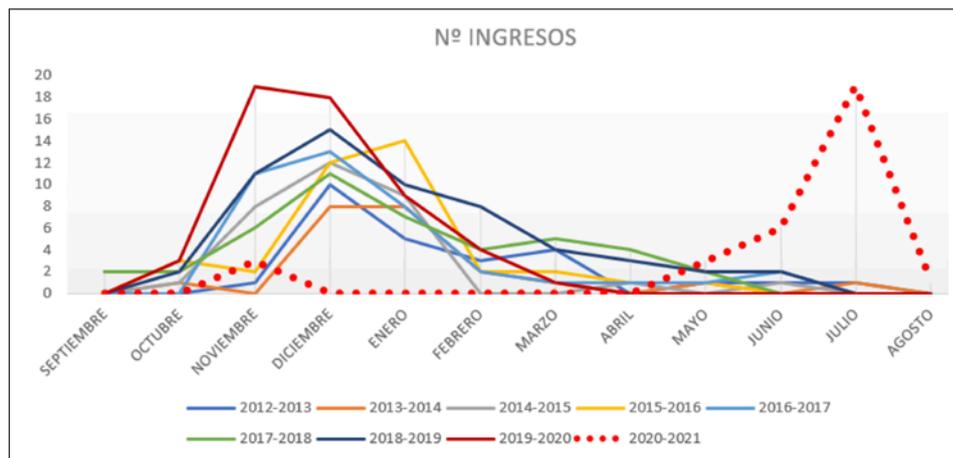


Figura 1.

**Conclusiones:**

- La bronquiolitis causa un patrón de epidemia estacional que se repite anualmente.
- La temporada 2020-2021 ha tenido su pico máximo en julio, sin precedente en años previos.
- Este cambio podría explicarse por los cambios sociales acontecidos por la pandemia de 2020.

**SCREENING DISPLASIA DESARROLLO DE CADERAS EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL.** Rodríguez Lorenzo P, Molina Vígara P, Alvargonzález Fernández J, Pérez Alba M, Álvarez Álvarez A, Costa Romero M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

**Introducción.** La displasia del desarrollo de caderas (DDC) se produce por una alteración de la relación anatómica entre el acetábulo, el fémur y las partes blandas de la articulación coxo-femoral. Se describen tres factores de riesgo mayores: presentación podálica, sexo femenino y antecedentes familiares. Se debe de incluir en el screening a todo recién nacido que presente al menos dos de los tres requisitos mencionados previamente. Una exploración física alterada (Barlow y/o Ortolani positivos), serían criterio suficiente para solicitar una valoración inmediata por parte de un traumatólogo infantil. Otros hallazgos en la exploración (como asimetrías de pliegues o clics de cadera) de manera aislada, no serían motivo suficiente para solicitar prueba de imagen o valoración por un especialista; aunque sí de seguimiento.

**Objetivos.** Analizar si las ecografías de cadera solicitadas para el despistaje de DDC cumplen los criterios descritos para entrar dentro del screening.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de las ecografías de cadera solicitadas en el área V de Astu-

rias durante el año 2020 (un total de 206). Se analizaron los diferentes motivos de solicitud, así como las características de los pacientes con DDC.

**Resultados.** La muestra total es de 206 ecografías de caderas, siendo un 34,9% solicitadas desde el hospital y un 41,7% desde atención primaria (el resto desde otros servicios como rehabilitación). De todas ellas, el 64,1% (132) han sido realizadas a mujeres. Han sido diagnosticados de DDC 12 recién nacidos (1 hombre y 11 mujeres); con una diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos ( $p$  0,049). Dentro de los casos con exploración física alterada, el 41,7% tenían un Ortolani positivo, seguido por un Barlow positivo en el 25%. Cabe destacar, que la asimetría de pliegues solo estaba presente en el 8,3% de los casos. De los 33 recién nacidos con exploración física normal con dos factores de riesgo (mujer + podálica), una ha sido diagnosticada de DDC. La exploración (75% de los casos) es el factor que más se relaciona con DDC, por encima de los antecedentes (25%) con una  $p$  0,041.

**Conclusiones.** La exploración física prima sobre los factores de riesgo ante sospecha de displasia de desarrollo de caderas. Ante una exploración normal, solo se debería de pedir ecografía a aquellos que presentes dos de los tres criterios considerados mayores. En los demás casos, se recomienda exploraciones físicas seriadas para ver evolución y actuar en consecuencia.

**VARIACIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.** Gutiérrez Zamorano M, Bermúdez Barrezueta L, López Casillas P, Sáez García LM, Brezmes Raposo M, Matías Del Pozo V, Pino Vázquez MA. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

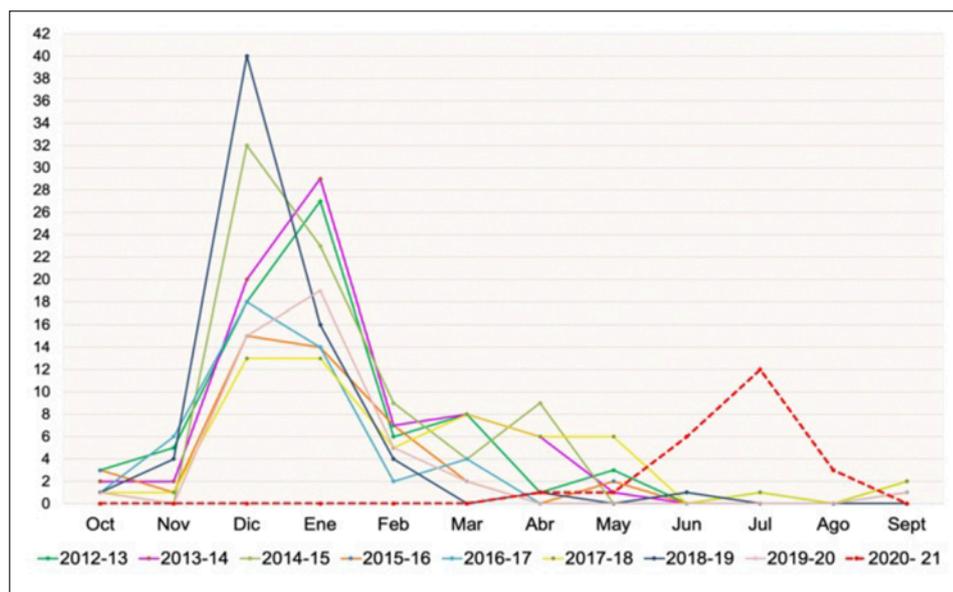


Figura 1. Número de ingresos mensuales por bronquiolitis aguda en cada temporada epidémica.

**Objetivo.** Analizar la epidemiología de los ingresos por bronquiolitis y sus agentes etiológicos durante la pandemia COVID-19 en comparación con 8 temporadas epidémicas anteriores.

**Materiales y métodos.** Estudio observacional, ambispectivo, que incluyó a lactantes con bronquiolitis ingresados en un hospital terciario durante dos períodos: pandemia COVID-19 (15 de marzo-2020 a 30 de septiembre-2021) y pre-pandemia (1 de octubre-2012 a 14 de marzo-2020). Se recogieron datos demográficos, clínicos y agente etiológico investigado con pruebas moleculares.

**Resultados.** Ingresaron 510 pacientes por bronquiolitis, 486 en el período pre-pandemia con una media de 61 ingresos por temporada epidémica (IC95% 48-74) vs 24 durante la pandemia, observándose una reducción de ingresos del 60,7%. A diferencia de las 8 temporadas previas a la pandemia, durante la pandemia COVID-19 el brote epidémico se inició con retraso a finales de abril y se extendió hasta agosto, con un pico de incidencia en el mes de julio (Fig. 1). El virus respiratorio sincitial fue el agente etiológico predominante en ambos períodos. Las coinfecciones virales fueron menos frecuentes en la pandemia (35,8% vs 20,8%).

**Conclusiones.** Durante la pandemia observamos un cambio estacional de la bronquiolitis, con un brote en la primavera-verano 2021 de menor magnitud que temporadas invernales previas. Este fenómeno epidemiológico podría estar influenciado por las medidas de control frente a SARS-CoV-2, aunque la teoría del nicho ecológico de los virus explicaría en parte el desplazamiento de otros virus respiratorios producido por la circulación de SARS-CoV-2.

**ANAMNESIS DIRIGIDA Y DIAGNÓSTICO PRECOZ: CLAVES EN LA NEUROBORRELIOSIS.** Delgado Nicolás S<sup>1</sup>, Díaz García P<sup>1</sup>, Rodríguez Márquez C<sup>1</sup>, Courel del Río V<sup>1</sup>, Alonso Álvarez MA<sup>1</sup>, Calle Miguel L<sup>1</sup>, Rodríguez Pérez M<sup>2</sup>, Fernández Miaja M<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría; <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Introducción.** La parálisis facial y la meningitis subaguda son las manifestaciones más comunes de la neuroborreliosis. Se produce tras días o semanas de la picadura de la garrapata transmisora y corresponde a la fase diseminada precoz de la enfermedad. La inespecificidad inicial de la clínica conlleva mucho retraso diagnóstico. El gold estándar para el diagnóstico es la detección intratecal de anticuerpos, siendo el hallazgo de *Borrelia burgdorferi* en cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) dificultoso y la sensibilidad de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) escasa (5%).

**Caso.** Niño de 9 años que consulta repetidamente por dolor lumbar derecho, asociando astenia y pérdida de peso a lo largo de 2 semanas de evolución. Afebril, y sin traumatismo previo. El dolor fue inicialmente interpretado como de etiología muscular, pero en la última visita a urgencias destaca una rigidez espinal llamativa, con impotencia funcional, y conservando buen estado general, sin observarse en ninguna ocasión exantema compatible con eritema migrans. En ese momento se interroga a la familia por la posibilidad de picaduras de garrapata, confirmando múltiples contactos con estas. Pruebas complementarias: analítica básica normal con reactantes de fase aguda negativos. La serología de *Borrelia burgdorferi* corrobora el antecedente de contacto, con una IgM

negativa, IgG positiva e Inmunoblot positivo débil; controles posteriores con aumento de la IgG y WesternBlot positivo. Se realizó una resonancia magnética vertebral, que no reveló datos que justificaran la sintomatología. Ante el hallazgo serológico, la anamnesis, y la sintomatología, se realiza punción lumbar, obteniendo un LCR con 250 leucocitos/ $\mu$ l (95% linfocitos), proteinorraquia (280 mg/dl) e hipoglucoorraquia (41 mg/dl). De forma diferida, las técnicas microbiológicas en LCR confirman neuroborreliosis (IgG y PCR *B. burgdorferi* positivas). El niño recibió ceftriaxona parenteral durante 48 horas, y pauta posterior de doxiciclina oral completando 21 días de tratamiento, con resolución completa del cuadro.

**Comentarios.** La enfermedad de Lyme en su forma neurológica puede ser difícil de diagnosticar precozmente. El estudio microbiológico del LCR es una herramienta básica del diagnóstico que permite confirmar la sospecha clínica. La evolución con tratamiento adecuado suele ser favorable.

**INFRADIAGNÓSTICO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PEDIATRÍA.** Oreña Ansorena V<sup>1</sup>, García Fernández S<sup>2</sup>, Corujo Murga P<sup>3</sup>, Fernández Morán E<sup>2</sup>, Fernández López A<sup>2</sup>, Málaga Diéguez P, Hedrera Fernández A<sup>2</sup>, Blanco Lago R<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría; <sup>3</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Introducción.** El accidente cerebrovascular (ACV) en pediatría es una entidad poco frecuente aunque de gran importancia debido a su elevada morbimortalidad. En EE.UU. y Europa se estima una incidencia anual de ACV en menores de 18 años de entre 1,2 y 13 casos por cada 100.000. El 6-10% de los pacientes pediátricos fallecen, más del 20% sufren una recurrencia y hasta el 70% desarrollan secuelas.

**Caso clínico.** Niño de 12 años que acude a urgencias por cuadro de cefalea, pérdida de fuerza y sensibilidad de extremidad superior derecha, alteración del habla e inestabilidad. Inició cefalea 6 horas antes, opresiva, localización frontal asociando ligera fotofobia. Dos horas tras el comienzo de la cefalea refiere sentirse inestable. En ese momento inicia pérdida de sensibilidad y fuerza de extremidad superior derecha. El padre le comenzó a encontrar algo adormilado y bradilálico. Se realiza analítica y tóxicos en orina que son normales. No antecedentes personales de interés. Antecedentes familiares: migraña por rama materna. En la exploración destaca habla bradilálica y disártrica, asimetría de la comisura labial derecha, fuerza y sensibilidad en mano derecha disminuidas. Marcha lenta sin aumento de base de sustentación y Romberg positivo. Se realiza TC donde

se objetiva lesión de 7 mm en ganglios basales izquierdos sin otras alteraciones. Estudio de autoinmunidad negativo. AngioRMN la lesión visualizada en TC es un espacio perivascular dilatado. Eco-doppler de troncos supraaórticos y ecocardiografía normal. Estudio genético de migraña hemipléjica que aún está pendiente.

**Conclusiones.** La detección precoz del ACV en el paciente pediátrico es fundamental para disminuir su morbimortalidad. La mayoría de sus signos y síntomas son inespecíficos y pueden simular otros cuadros haciendo difícil su sospecha. El desarrollo e implementación de protocolos de actuación respecto al ACV pediátrico es fundamental de cara a favorecer su diagnóstico precoz y la consecuente disminución de morbimortalidad. En este caso se presenta episodio clínico y evolutivamente con ACV pediátrico pero dado que la neuroimagen no es concluyente se completa estudio realizando diagnóstico diferencial con migraña hemipléjica con estudio genético que aún está pendiente.

**NIÑAS, NO MADRES.** García Montero M, Izquierdo Herrero E, Carranza Ferrer J, González Camino E, Prieto Puigbo M, Álvarez Colomo C, Romano Medina A, Llorente Sanz B. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

**Introducción.** La maternidad adolescente es un problema emergente en salud pública que abarca sectores como educación, salud, justicia y derechos del niño y de la mujer. Se define como población adolescente aquella comprendida entre los 10 y los 19 años. En España aproximadamente unas 300 niñas menores de 15 años se quedaron embarazadas en el año 2020 según datos del Instituto Nacional de Estadística.

**Caso clínico.** Presentamos un caso de una paciente mujer de 10 años y etnia gitana que acude a nuestro Servicio de Urgencias derivada desde Atención Primaria por sospecha de embarazo. Como antecedentes relevantes, la paciente es seguida en endocrinología por pubertad precoz central y presentó la menarquia a los 9 años y 7 meses. Consulta a su pediatra por aparición de un cuadro progresivo de distensión abdominal acentuado en los últimos días y amenorrea en los últimos 6 periodos menstruales. Ante la sospecha de gestación se realizó determinación de gonadotropina coriónica humana en orina con resultado positivo motivo por el que se deriva a nuestro centro. Se confirma la presencia de gestación única podálica mediante ecografía obstétrica con biometría acorde a una edad gestacional de 21 semanas. Ante estos hallazgos, la menor confiesa haber mantenido relaciones consentidas únicas con un primo carnal de 16

años, próximas a la fecha en la que presenta la primera falta menstrual. Se activaron los servicios de protección al menor notificando el caso al Juzgado, Forense, y Grupo de Menores de la Policía Nacional. Tras ser valorada por el Servicio de Psiquiatría se programa interrupción voluntaria del embarazo. Posteriormente se realiza seguimiento estrecho por parte de los Servicios Sociales, así como atención y ayuda psicológica a la niña y familia para aceptar y afrontar la situación en el contexto de su vida cotidiana, con resultados favorables hasta el momento.

**Conclusiones.** Si bien este caso resulta extraordinario por lo extremadamente precoz que se produce la gestación en la vida reproductiva de la menor, el embarazo en la adolescencia y las interrupciones del embarazo son cada

vez más frecuentes. No cabe duda de que los pediatras nos encontramos ante un importante desafío debido a los cambios socioculturales que afectan a nuestra población infantil. El mantenimiento de relaciones sexuales completas a edades más precoces, junto a la ausencia del uso de métodos anticonceptivos barrera o el aumento de delitos contra la libertad sexual a menores hacen necesarias el desempeño de actividades formativas en materia de educación sexual. En este aspecto, ya existen comunidades autónomas que han adelantado la dosis de vacunación frente al virus del papiloma humano a los 10 años puesto que la respuesta es más intensa administrada a edades más tempranas y el riesgo de infección por VPH es más alto en los primeros contactos sexuales.