REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SCCALP. PALENCIA, ABRIL 2025

Viernes 4 de abril • Centro Cultural de la Diputación

Influencia de la alergia a proteínas de leche de vaca en los dos primeros años de vida sobre los hábitos nutricionales y el desarrollo de trastornos digestivos funcionales en la época prepuberal. *González López C¹, Elola Pastor AI², Delgado Nicolás S³, Pérez Pérez A¹, Mangas Sánchez C⁴, Suárez González M¹, González Jiménez D¹, Díaz Martín JJ¹.* ¹AGC Infancia y Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Centro de Salud Las Vegas. Avilés. ³Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León. ⁴Centro de Salud La Corredoria. Oviedo.

Objetivos. Analizar la relación entre la alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) en los primeros dos años de vida y el desarrollo de trastornos digestivos funcionales (TDF) en la etapa prepuberal y evaluar las diferencias en los hábitos dietéticos entre niños con y sin historial de APLV.

Material y métodos. Estudio prospectivo y observacional incluyendo pacientes entre 6 y 9 años con antecedente de APLV, con grupo control de niños de la misma edad sin antecedentes de APLV, asma, rinitis alérgica ni dermatitis atópica. Se recopilaron datos clínicos y epidemiológicos, además de valoración nutricional mediante el índice KidMed y un cuestionario de frecuencia de consumo. Los TDF se diagnosticaron según los criterios ROMA IV. Se utilizó SPSS para calcular estadísticos básicos de centralización y dispersión, prueba de U de Mann-Whitney y chi-cuadrado.

Resultados. Se incluyeron 24 pacientes con APLV y 16 controles, sin diferencias en las características basales. 10 pacientes (41,7%) con APLV y 2 pacientes (12,5%) control presentaban algún TGF (diferencia estadísticamente signifi-

cativa, p-valor 0,04), siendo lo más frecuente estreñimiento funcional (7 pacientes) seguido de dolor abdominal funcional (6 pacientes). No se observaron diferencias en el índice KidMed pero sí en las ingesta de lácteos (2,1 raciones/día en APLV frente a 2,8 en controles, p-valor 0,02).

Conclusiones. Los pacientes con APLV en la etapa lactante desarrollaron más frecuentemente TDF en la época prepuberal frente al grupo control, además de persistir una menor ingesta de lácteos respecto al grupo control entre los 6 y 9 años.

Apendicitis de localización atípica: reporte de un caso. *González Guerrero C¹, Puchale Chávez HD¹, Navas Méndez de Andrés F¹, Valdés Rodríguez D¹, Pérez Suárez I¹, Rosell Echevarría MJ², Arredondo Montero J².* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La variabilidad anatómica en la posición del apéndice cecal contribuye a la dificultad en el diagnóstico de la apendicitis aguda pediátrica, sobre todo en aquellas de localización atípica.

Caso clínico. Paciente mujer de 10 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de relevancia, que acudió a urgencias por dolor abdominal difuso de tipo cólico que no respondía a la analgesia. A la exploración física se constató la presencia de un dolor selectivo a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, con irritación peritoneal asociada. El signo de Murphy fue negativo en todo momento. Ante estos hallazgos, se solicitó una analítica sanguínea urgente que mostró un hemograma sin alteraciones y una discreta elevación de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva

9,8 mg/L). Se realizó una ecografía abdominal que mostró un apéndice cecal con cambios inflamatorios asociados y con trayecto ascendente subhepático. Ante la sospecha clínica y ecográfica de apendicitis aguda se decidió intervenir a la paciente mediante un abordaje laparoscópico monopuerto. Se identificó una apendicitis aguda flemosa de trayecto ascendente subhepático, terminando la punta del apéndice cecal a nivel retrovesicular.

Comentario. Un alto índice de sospecha clínica, junto con el uso adecuado de pruebas de imagen, es esencial para un diagnóstico temprano y un manejo terapéutico óptimo del dolor abdominal agudo de presentación atípica. Como médicos clínicos, debemos incluir siempre la apendicitis dentro de los diagnósticos diferenciales teniendo en cuenta sus diversas presentaciones clínicas para evitar pasar por alto la patología abdominal aguda más frecuente en edad pediátrica.

Coprocultivos en urgencias pediátricas: evaluación de indicaciones y hallazgos. *Romero del Hombrebuena Gómez del Pulgar Y, Fernández Herrera MC, Justo Vaquero P, Carranza Ferrer J, Maté Real Á, Castanedo Ruiz I, Fombellida de la Fuente C, Morales Moreno AJ.* Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivo. Analizar si los coprocultivos recogidos en el Servicio de Urgencias de nuestro centro, con registro y revisión diaria, se recogen según indicaciones clínicas. Además, se pretende conocer que microorganismos patógenos son los más frecuentes y en qué casos se realizó tratamiento antibiótico en nuestro medio.

Metodología. Estudio observacional retrospectivo en el que se han incluido los pacientes a los que se recogió un coprocultivo durante 2024 en el Servicio de Urgencias. Las variables utilizadas fueron edad, sexo, enfermedad de base, gravedad, evolución, presencia de sangre en las heces, fiebre, ambiente epidémico, viajes, microorganismo aislado y antibioterapia. Los datos se recogieron de los cuadernos de microbiología e historias clínicas electrónicas.

Resultados. Se recogieron un total de 131 pacientes (55% hombres). La media de edad fue de 42,23 meses. De los pacientes analizados, un 11% pertenecían a grupos de riesgo. También motivó la recogida de coprocultivo la presencia de sangre (45%) y la diarrea prolongada (16%). Sin embargo, un 25% se recogieron sin ninguna de las indicaciones anteriores. El resultado fue positivo en un 47% (*Campylobacter jejuni*, 66%). Finalmente, el 23% de los pacientes en los que se reportó crecimiento de microorganismo fue tratado, bien por Atención Primaria o desde nuestro centro.

Conclusiones. Se destaca que la correcta indicación y recogida del coprocultivo, basada en criterios clínicos es útil en la práctica diaria. La administración de antibióticos, dada en un 23% de los pacientes, sugiere un manejo terapéutico prudente y ajustado a la gravedad e indicaciones específicas.

Viernes 4 de abril • Sala 1 Hotel Castilla La Vieja

Perfil clínico y epidemiológico de *Mycoplasma pneumoniae*: patrones estacionales, riesgos y desafíos terapéuticos. *Rondón Martínez C¹, Musgo Balana P¹, Gautreaux Minaya S¹, Arias Consuegra MA¹, Del Villar Guerra P¹, Prada Pereira T¹, González Mieres C¹, Rodríguez Rey A².* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Microbiología. Hospital El Bierzo. Ponferrada, León.

Objetivos. Evaluar las características clínico-epidemiológicas y terapéuticas de una muestra de pacientes menores de 14 años con diagnóstico confirmado de *Mycoplasma pneumoniae*.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal realizado entre 2020-2024. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y terapéuticas, a través de los datos obtenidos de la historia clínica de pacientes atendidos en los servicios hospitalarios y de Atención Primaria de un Área de Salud. El diagnóstico microbiológico se confirmó mediante reacción en cadena de polimerasa de *Mycoplasma pneumoniae*.

Resultados. Se analizaron 872 muestras, de las cuales 3,8% (n=34) fueron positivas. La edad tuvo una mediana de 7 años y el rango intercuartílico fue 6 años, siendo el 70,5% (n=24) menores de 10 años. El 61% (n=21) eran varones. La infección por *Mycoplasma pneumoniae* predominó en primavera (35,3%, n=12), seguida de verano e invierno (26,5%, n=9 cada uno). La solicitud de pruebas se originó en el ámbito hospitalario en el 64% (n=22) de los casos, y en Atención Primaria en el 35% (n=12). Clínicamente, el 64,7% (n=22) de los pacientes presentó un curso no complicado, el 20,5% (n=7) requirió oxigenoterapia, el 11,4% (n=4) mostró manifestaciones digestivas, y el 2,9% (n=1) sufrió una convulsión febril. Ningún paciente requirió ventilación mecánica. El 97% (n=33) recibió tratamiento con azitromicina.

Conclusiones. La presentación clínica de *Mycoplasma pneumoniae* es variada, de las cuales la mayoría no presenta complicaciones. Sin embargo, se evidenció una tasa elevada de antibioterapia, a pesar de presentar bajos factores de riesgo, lo que sugiere la necesidad de optimizar su indicación.

Cuando el estreptococo se complica: dos casos para estar alerta. *Maté Real A, Pino Velázquez M, Fernández Herrera MC, Romero del Hombrebueno Gómez del Pulgar Y, Ruiz Castanedo I, Moriana Río N, Morales Moreno AJ, Fernández González S. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. El estreptococo β -hemolítico del grupo A (EGA) es un patógeno frecuente en pediatría. Produce enfermedades de diversa gravedad, desde faringoamigdalitis a complicaciones supurativas o invasivas, pudiendo causar elevada morbimortalidad. Se ha observado un incremento global de las infecciones graves en los últimos años.

Caso clínico 1. Varón, 10 años, consulta por eritema y edema ocular izquierdo con fotofobia, disminución de agudeza visual y fiebre. Sospecha de celulitis orbitaria. Analítica sanguínea con leucocitosis, neutrofilia, elevación de reactantes y coagulación alterada. TAC craneal: colección en techo orbitario preseptal y postseptal. Ingresos para antibioterapia intravenosa (cefotaxima 200 mg/kg/día y clindamicina 40 mg/kg/día) y corticoterapia. Traslado a UCIP por sepsis. Drenaje de absceso por Otorrinolaringología. Crecimiento de EGA en hemocultivo y exudado. Mejoría clínica y analítica. Completa 3 semanas de antibioterapia.

Caso clínico 2. Mujer, 4 años, consulta por tortícolis y fiebre. Sospecha de absceso periamigdalino derecho. Analítica sanguínea con leucocitosis, neutrofilia, elevación de reactantes y alteración de coagulación. TAC cervical: absceso periamigdalino derecho. Ingresos para antibioterapia intravenosa (cefotaxima 200 mg/kg/día y clindamicina 40 mg/kg/día) y corticoterapia. Precisa hasta tres intervenciones para drenaje de colección. Se mantiene ingresada en UCIP y conectada a ventilación mecánica 3 días. Crecimiento de EGA en cultivo de exudado. Mejoría clínica y analítica. Completa 3 semanas de antibioterapia.

Comentarios. El EGA puede producir enfermedades graves que precisen cirugía o ingreso en UCIP. La rápida identificación y tratamiento oportuno tanto de formas leves como de complicaciones son fundamentales para reducir la morbilidad y prevenir secuelas.

Intoxicaciones por paracetamol en niños: análisis y manejo. *López Allúe L, Gutiérrez Valcuende C, Morales Moreno AJ, Morales Albertos L, Fernández Herrera MC, Uribe Reina MP, Nieto Sánchez RM, García Saseto P. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción y objetivo. Las intoxicaciones por paracetamol son frecuentes en pediatría. La mayoría son acciden-

tales no llegando a dosis tóxicas (> 150 mg/kg) y existiendo discrepancias en cuanto al manejo. El objetivo es describir las características clínico-epidemiológicas y el manejo en una cohorte pediátrica.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes pediátricos con exposiciones por paracetamol que acudieron a Urgencias de un hospital de tercer nivel entre 2021-2025.

Resultados. De los 10 pacientes analizados, el 50% fueron hombres con una edad media de $6 \pm 7,7$ años (70% < 6 años). El 70% fueron accidentales y solo se alcanzó dosis tóxica en el 20%. El tiempo medio desde la ingesta hasta la llegada a urgencias fue de $2,15 \pm 0,7$ horas. Presentaron clínica digestiva leve 2 pacientes. Se realizó analítica en el 50% de los casos, normales. En el 60% se empleó carbón activado, en el 30% vigilancia exclusiva y en los 2 casos de dosis tóxica, tratamiento dirigido. Solo 2 pacientes precisaron hospitalización.

Conclusiones. Niños < 6 años con intoxicaciones por paracetamol suelen ser asintomáticos y presentan menos riesgo de hepatotoxicidad por lo que el corte de toxicidad ha sido aumentado (200 mg/kg). En nuestra cohorte ningún superó los 200 mg/kg y solo 2 que ingirieron dosis > 150 mg/kg/día presentaron clínica digestiva sin repercusión analítica. Se realizó analítica en el 50% mientras que las guías solo lo recomiendan en consumo intencionado/combinado con otros medicamentos o sospecha de dosis tóxica no confirmada. Se administró carbón activo en el 60% del total, siendo recomendación clara en < 1 hora y sugerida hasta las 6 horas.

Impacto de la inmunización con niservimab en la bronquiolitis: experiencia en un hospital de segundo nivel. *Corihuela Menéndez P, Segovia López SM, Álvarez Blanco E, De Juan Vázquez D, Álvarez Menéndez L, González Carrera E, Méndez Sánchez A, González García L. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.*

Objetivos. Evaluar el impacto de la introducción del anticuerpo monoclonal nirsevimab frente al virus respiratorio sincitial (VRS) en la incidencia y gravedad de bronquiolitis en un hospital de segundo nivel.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de casos de bronquiolitis atendidos en urgencias pediátricas, comparando los 12 meses anteriores y posteriores a la introducción de nirsevimab (prenirsevimab: octubre 2022-septiembre 2023; postnirsevimab: octubre 2023-septiembre 2024). Se analizaron el número de visitas e ingresos, factores de riesgo, duración del ingreso, necesidad de oxigenoterapia y resultados microbiológicos.

Resultados. La tasa de administración neonatal de nirsevimab fue del 97,7%. Se observó una reducción del 35,8% en consultas por bronquiolitis en menores de 2 años (296 vs 190) y del 47,2% de ingresos hospitalarios (72 vs 38). La duración del ingreso fue menor en el periodo postnirsevimab ($4,2 \pm 2,99$ días vs $2,9 \pm 2,10$ días, $p=0,017$), al igual que la necesidad de oxigenoterapia (54,2% vs 34,2%, $p=0,046$) y su duración (3 vs 2 días, $p=0,025$). La detección de VRS mediante reacción en cadena de la polimerasa descendió (70,8% vs 26,3%, $p<0,0001$).

Conclusiones. Tras un año de inmunización con nirsevimab, se ha observado una reducción significativa en el número de consultas e ingresos por bronquiolitis, así como en la gravedad de los mismos en cuanto a duración del ingreso y necesidad de oxigenoterapia.

Estudio descriptivo de la primera inmunización con nirsevimab en el Complejo Asistencial de Burgos. Clavijo Izquierdo ME, Gil Calderón FJ, Barbadillo Mariscal B, Mañarica Arnáiz A, Oquillas Ceballos A, Gonzalo San Esteban A, Santamaría Sanz PI, Miras Veiga A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Objetivos. Caracterizar la época epidemiológica de la bronquiolitis aguda en los pacientes atendidos en Urgencias durante la primera administración de nirsevimab.

Material y métodos. Estudio descriptivo y prospectivo que incluye a los pacientes con diagnóstico de bronquiolitis aguda atendidos en urgencias durante octubre 2023-marzo 2024. Para definir los casos se usaron los protocolos SEUP.

Resultados. Durante el estudio se atendieron 132 pacientes con diagnóstico de bronquiolitis aguda. Un 23% de los pacientes precisaron hospitalización (25 planta; 5 UCIP). La frecuencia de los agentes etiológicos: VRS (8%); VRS junto con otro virus (10%); otros virus (12%); varios virus, distintos de VRS (6%). Del total de pacientes diagnosticados con bronquiolitis aguda, 82 cumplían criterios para recibir profilaxis con Nirsevimab; de los cuales el 68% la recibió. Con respecto al grupo con profilaxis el 23% requirió ingreso hospitalario, siendo principalmente en planta; identificándose en dos ocasiones VRS. En relación con aquellos sin profilaxis, de un total de 6 casos que requirieron hospitalización (1 UCIP, 5 planta), 5 de ellos fueron causados por VRS como único agente o en compañía de otro virus.

Conclusiones. El VRS continúa siendo la principal causa de bronquiolitis aguda. El alcance de la inmunización con nirsevimab en nuestra población es bajo (68%). Notamos que incluso en aquellos que la han recibido se ha aislado VRS, aunque sin precisar hospitalización en UCIP. En el grupo que

no recibió la profilaxis se identificó con mayor frecuencia VRS. El estudio es limitado en su metodología pero sienta un precedente para futuras investigaciones.

Descamación serpentina: el estafilococo y su muda de piel. Domínguez Sevillano B, González Calderón O, De la Calle Cabrera MT, González González MM, Escalona Gil AM, Seco Calvo MJ, Jiménez Domínguez A. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. El síndrome de la escaldadura estafilocócica es una enfermedad cutánea ampollosa causada por *Staphylococcus aureus* productor de toxinas exfoliativas. La bacteria se localiza en mucosas y las toxinas pasan al torrente sanguíneo, causando una descamación intraepidérmica, por la rotura del complejo desmogleína 1. Su incidencia es desconocida, aunque está en aumento. Afecta, fundamentalmente, a menores de 5 años. Clínicamente, se manifiesta con eritrodermia, que evoluciona a lesiones ampollosas con Nikolsky positivo, principalmente, en cara, axilas e ingles, y descamación periorificial. No involucra a mucosas. Los pródromos incluyen edema facial y conjuntivitis. Puede acompañarse de fiebre y mal estado general. El diagnóstico es clínico. Puede aislarse la bacteria en el cultivo de lesiones, pliegues o nariz, y detectar la producción de toxinas mediante ELISA o PCR.

Caso clínico. Escolar de 4 años que acudió inicialmente por un cuadro de impétigo perioral, tratado con mupirocina tópica y, posteriormente, cefadroxilo oral. Reacude por edema facial, eritrodermia, lesiones axilares y peribucales con costra melicérica, descamación y lesiones de rascado. Refiere dolor cutáneo al tacto. Se realiza analítica sanguínea, sin alteraciones, TDR estreptococo y cultivo de lesiones de piel y mucosa nasal, negativos. Se ingresa con cloxacilina y clindamicina intravenosas, mupirocina y emolientes tópicos, continuando a los cinco días, con amoxicilina-ácido clavulánico en domicilio.

Comentarios. El diagnóstico temprano y tratamiento adecuado del síndrome de escaldadura estafilocócica es crucial para evitar complicaciones graves como celulitis, sepsis o deshidratación. Debe sospecharse en niños con eritrodermia aguda y afectación conjuntival o peribucal y es fundamental realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades con afectación cutánea, muy frecuentes en pediatría.

Bibliografía. 1) Marín Cruz I, Carrasco Colom J. Infecciones de piel y partes blandas. Protoc diagn Ter Pediatr. 2023; 2: 271-83. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_infecciones_piel.pdf. 2) Nso Roca AP, Baquero-Artigao F, García-Miguel MJ, de José Gómez MI, Aracil Santos FJ, del Castillo Martín F. Síndrome de escal-

dadura estafilocócica. *An Pediatr.* 2008; 68(2): 124-7. doi: 10.1157/13116226. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-sindrome-escaldadura-estafilococica-articulo-S1695403308749026>

Viernes 4 de abril • Sala 2 Hotel Castilla La Vieja

Priapismo infanto-juvenil. Tratamiento quirúrgico. *Olarte Ingaroca SE, Hortelano Romero E, Calvo Penín C, Sánchez Pulido LJ, Crehuet Gramatyka D, Álvarez Muñoz V. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El priapismo es la erección penéana sostenida en el tiempo, no relacionada con el estímulo sexual. Es poco frecuente en edad pediátrica. El priapismo de bajo flujo o isquémico es una emergencia urológica por el riesgo de desencadenar disfunción eréctil.

Caso clínico. Paciente de 13 años con episodio de priapismo de 36 horas de evolución con antecedentes de tratamiento para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad con risperidona y metilfenidato, sin otro factor de riesgo desencadenante. Ecografía con hallazgos de priapismo de bajo flujo. Se inicia tratamiento escalonado documentado para esta entidad. Se aplican medidas inicialmente conservadoras que no fueron efectivas, por lo que se procede a la punción de cuerpos cavernosos con obtención de sangre isquémica, se realiza lavado con suero salino con mejoría temporal, posteriormente en segundo tiempo se realiza lavado e infiltración de fenilefrina con efectividad temporal. Ante persistencia, se realiza shunt cavernoso-esponjoso distal y, tras empeoramiento en 24 horas, se realiza shunt cavernoso-esponjoso proximal bilateral de Quackels que resulta definitivamente efectivo.

Comentarios. El priapismo de bajo flujo se produce por una relajación anormal del músculo liso de los cuerpos cavernosos que lleva a la veno-oclusión, ocasionando isquemia con posterior fibrosis e impotencia, por lo que es importante un manejo emergente y escalonado en caso de refractariedad del priapismo, realizando procedimientos de menos a más invasivo. Es necesario investigar también las causas subyacentes relacionadas con la entidad con el fin de actuar en ellas.

Misma sintomatología, diferente etiología. *Carrasco Villanueva MJ, Haupt Arabia V, Martín Iranzo NM, Jiménez Hernández EM, Rodríguez Calleja J, Fernández Alonso JE, Bartolomé Porro JM, Gutiérrez Zamorano M. Servicio de Pediatría. Hospital Río Carrión. Palencia.*

Introducción. La hematuria de origen glomerular es la presencia de sangre en orina (microscópica o macroscópica) cuyo origen está en el glomérulo. Típicamente es de color oscuro, indolora, sin coágulos, está presente durante toda la micción y acompañada de proteinuria. En el sedimento urinario aparecerán hematíes dismórficos. La edad, historia clínica, exploración física y forma de presentación orientarán la etiología.

Caso clínico. Se presentan tres casos. El primero es un varón de 4 años con hematuria macroscópica espontánea sin otra sintomatología. La semana previa había tenido fiebre y exantema cutáneo. En uroanálisis presenta hematuria de origen glomerular con proteinuria. En analítica sanguínea presenta complemento C3 bajo. Se diagnostica de glomerulonefritis postinfecciosa. El segundo es una mujer de 7 años con hematuria microscópica hallada casualmente en dos ocasiones. Se desconocen antecedentes maternos. En uroanálisis presenta hematuria y proteinuria, persistentes tras controles. Se solicita estudio genético donde se encuentra variante del gen COL4A5, confirmando el diagnóstico de síndrome de Alport ligado a X. El tercero es una mujer de 6 años diagnosticada de vasculitis por IgA. Al mes del diagnóstico, reaparición de lesiones cutáneas, hipertensión arterial y hematuria microscópica. Se realiza uroanálisis confirmando origen glomerular y estudio de inmunidad donde destaca aumento de IgA. Se confirma el diagnóstico de glomerulonefritis por IgA.

Comentarios. Ante la aparición de hematuria en la infancia es fundamental realizar pruebas complementarias para determinar su origen y etiología. No hay que olvidar que un mismo síntoma puede ser signo de patologías diferentes que tendrán distintos tratamientos e implicaciones pronósticas.

Un giro inesperado. *Domínguez Sevillano B, Balbuena Mejías Y, Sus Usero J, González Calderón O, Criado Muriel MC. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. La torsión testicular es la tercera causa de escroto agudo en Pediatría. Se caracteriza por la rotación del cordón testicular que interrumpe el flujo sanguíneo del testículo. Aunque puede presentarse a cualquier edad, presenta dos picos de incidencia: uno en el periodo prenatal y otro a partir de la pubertad. Afecta predominantemente al testículo izquierdo. Se distinguen varias fases: comienza con una congestión y tumefacción testicular por compresión venosa, seguida de isquemia y necrosis por obstrucción arterial. Los factores que determinan el daño testicular son el tiempo de evolución y el grado de torsión.

Caso clínico. Escolar de 11 años, en seguimiento por talla baja, derivado por dolor testicular de inicio brusco, de

8 horas de evolución. El paciente refería traumatismo cinco días antes. No relaciones sexuales. A la exploración física, se objetivó un aumento del tamaño testicular izquierdo, de consistencia pétreo y coloración violáceo-negruzca. El reflejo cremastérico y el signo de Prehn eran negativos. En la ecografía testicular y *doppler*, se observó el testículo izquierdo horizontalizado, hipoecogénico y sin vascularización, junto a torsión de los vasos en el polo superior del cordón inguinal. Se intervino quirúrgicamente, confirmando la ausencia de flujo sanguíneo y necrosis del parénquima, por lo que se realizó orquiectomía izquierda y orquidopexia derecha.

Comentarios. La torsión testicular es una entidad frecuente en pediatría, con implicaciones significativas, por lo que es fundamental un alto grado de sospecha clínica y hacer diagnóstico diferencial con otras causas de dolor testicular. Una vez diagnosticado, supone de gran importancia el factor tiempo para la recuperación del testículo afectado.

Bibliografía. 1) Huertas AL, Barrera Delfa S. Escroto agudo. *Pediatr Integral*. 2019; XXIII(6): 283-91. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-09/escroto-agudo/>. 2) Brunet R, Casals R. Torsión testicular en pediatría, diagnóstico y manejo. *Rev Pediatr Electr*. 2016; 13(4): 1-10. Disponible en: https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2016/vol13num4/pdf/4_TORSION%20TESTICULAR%20PEDIATRIA.pdf.

Aspiración de cuerpos extraños en la infancia: impacto de la fibrobroncoscopia terapéutica (2015-2025). *Gómez Mendiña J, Morales Moreno A.J, Mate Real A, Moriana Río N, Sánchez Mengívar H, Fraile Manzano M.I, Fernández De La Mano S, Marcos Temprano M.* Sección de Neumología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. Conocer las características principales de pacientes atendidos por aspiración de cuerpo extraño en un hospital de tercer nivel durante los años 2015-2025.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de 24 pacientes con sospecha de aspiración de cuerpo extraño.

Resultados. La mediana de edad fue 32 meses. A su llegada a Urgencias, el 66,6% presentaban triángulo de evaluación pediátrica estable y un 33,3% inestable. Los síntomas presentes fueron tos (42,8%), disnea (21,4%) y estridor (21,4%). Cuatro pacientes consultaron de forma diferida por infección de vías respiratorias bajas. La radiografía de tórax era normal en 12 de 24 pacientes. La extracción se realizó con FBC flexible en el 91,6% de los casos, encontrando cuerpo extraño en vía aérea en el 83,3% (n=20). Los más implicados fueron los frutos secos (54,2%) y piezas de juegue-

tes (16,6%). La localización más frecuente fue el bronquio principal izquierdo (n=6), seguido del bronquio principal derecho (n=4) y, en tercer lugar, tráquea y bronquio intermedio (n=3). Hubo un éxitus tras parada cardiorrespiratoria.

Conclusiones. Los cuerpos extraños en la vía aérea constituyen un evento muy peligroso en niños, especialmente durante los tres primeros años de vida. La forma de presentación de estos pacientes va desde asintomáticos, hasta auténticas emergencias vitales por obstrucción de la vía aérea. En una gran parte de los casos con antecedentes compatibles, tanto la exploración física como las pruebas adicionales resultan normales.

Doctora, me he torcido el tobillo. *Fernández Herrera MC, Justo Vaquero P, Moriana Río N, Uribe Reina MP, Fombellida de la Fuente C, Castanedo Ruiz I, López Allúe L, García Saseta P.* Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. Los traumatismos son uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría, siendo fundamental una buena exploración física orientando nuestra sospecha diagnóstica y para solicitar las pruebas complementarias necesarias.

Caso clínico 1. Paciente de 10 años acude a Urgencias por traumatismo mediante mecanismo de eversión de tobillo. En la exploración presenta un TEP estable. En exploración osteomuscular destaca edema importante en dorso de pie, llamativa deformidad del tobillo izquierdo en rotación externa, dolor intenso a la palpación en maléolo interno. Impotencia funcional importante. Solicitamos radiografía de tobillo objetivando epifisiolisis tipo II de Salter y Harris en tibia izquierda con desplazamiento de placa de crecimiento. Tracción bajo sedación y control con TAC: epifisiolisis tipo II de Salter y Harris sin desplazamiento.

Caso clínico 2. Paciente de 12 años acude a Urgencias por traumatismo en tobillo al recibir patada. A la exploración presenta TEP estable. Exploración osteomuscular destaca deformidad de tobillo en valgo sin posibilidad varo. Hematoma y edema llamativo en parte medial de tobillo izquierdo. Impotencia funcional clara. Muy dolorido, sudoroso. Solicitamos radiografía objetivando epifisiolisis tipo II de Salter y Harris de tibia y fractura desplazada de peroné. Reducción cerrada bajo sedación y control posterior con TAC: epifisiolisis tipo II de Salter y Harris con adecuada reducción de luxación.

Conclusiones. La clasificación de Salter y Harris distingue las fracturas fisarias, que suponen hasta un 30% de las fracturas en pediatría. Es fundamental conocerla, así como sus hallazgos radiológicos para realizar un adecuado diagnóstico y evitar complicaciones a largo plazo.

Dolor y limitación funcional en cadera: un desafío diagnóstico en lactantes. *Morales Albertos L, Fernández de la Mano S, Morales Moreno AJ, De Felipe Pérez M, Uribe Reina MP, Bartolomé Cano ML, Garrote Molpeceres R.* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. El dolor a la movilización de la cadera es un motivo frecuente de consulta y un reto diagnóstico, con etiologías que van desde procesos autolimitados hasta infecciones graves. La fiebre y la limitación funcional justifican estudios complementarios para un manejo adecuado.

Caso clínico. Mujer de 9 meses que consulta por dolor en cadera izquierda de 48 horas de evolución, asociado a fiebre de 36 horas y cuadro catarral previo. Sin traumatismos previos. Antecedentes familiares y personales sin relevancia patológica para el caso clínico, con desarrollo psicomotor normal y calendario de vacunas actualizado. En la exploración, presenta limitación en la rotación de cadera izquierda sin signos inflamatorios visibles ni apoyo en la extremidad. Se ingresa con sospecha de artritis séptica, realizándose artrocentesis ecoguiada, que evidencia derrame con líquido purulento. En la analítica destaca leucocitosis, trombocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. Se identifica *Kingella kingae* en el cultivo del líquido sinovial. Se inicia cefuroxima intravenosa a 150 mg/kg/día y analgesia. La paciente evoluciona favorablemente, permitiendo el cambio a antibioterapia oral tras 20 días de tratamiento intravenoso. Es dada de alta a los 22 días con indicación de completar 6 semanas de antibiótico y seguimiento en Reumatología infantil.

Comentarios. La artritis séptica de cadera en lactantes requiere diagnóstico y tratamiento precoz para evitar secuelas. Este caso resalta la importancia de sospechar infección ante dolor de cadera con fiebre, aún sin antecedente traumático. *Kingella kingae* es un patógeno emergente cuya detección precoz permite optimizar el manejo y mejorar el pronóstico.

Dolor de miembro fantasma tras amputación de extremidad superior, ¿cómo podemos prevenirlo? *Gil Calderón FJ, Valencia Ramos J, Matilla Sainz-Aja N, Prieto Domínguez C, Gonzalo San Esteban A, Tejero Pastor L, Barbadillo Mariscal B, Melgosa Peña M.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. El dolor de miembro fantasma hace referencia a la sensación dolorosa en partes del cuerpo que ya no están presentes. Tiene una incidencia del 2-80%, y aunque es menos frecuente en pacientes más jóvenes, puede aparecer en Pediatría. Existe escasa literatura sobre la prevención

y el tratamiento farmacológico, encontrando evidencia con el uso de mórficos, los bloqueos regionales en el momento agudo, y el uso de gabapentina crónico. El uso de calcitonina es una alternativa reciente que está en investigación.

Caso clínico. Paciente de 9 años trasladado a nuestro centro para amputación de extremidad superior por mano catastrófica tras estallido accidental de petardo. Se realiza reconstrucción en las primeras horas del primer y cuarto dedo. Tras la cirugía mantiene control del dolor con bloqueo axilar ipsilateral con ropivacaína 0,2% 4 ml/h. En las primeras 24 horas postoperatorias se inicia gabapentina y se administra dosis única de 100 unidades de calcitonina intramuscular. Se mantiene bloqueo axilar durante 5 días a dosis inicial, y 2 días más a la mitad de dosis. Posteriormente mantiene tratamiento con gabapentina. Treinta días después de la cirugía el paciente presenta buen control del dolor, sin aparición de sensaciones de miembro fantasma.

Conclusiones. En nuestro paciente, la combinación del bloqueo regional con ropivacaína, una dosis de calcitonina, y la administración crónica de gabapentina ha evitado por el momento la aparición del dolor de miembro fantasma. Es necesario realizar estudios para asegurar la efectividad de la calcitonina, pero actualmente es una alternativa esperanzadora.

Sábado 5 de abril • Centro Cultural de la Diputación

Características de hospitalización por crisis febriles en una provincia española en 20 años. *Jiménez Hernández EM, Carrasco Villanueva MJ, Haupt Arabia V, Martín Iranzo NM, Rodríguez Calleja J, Fernández Alonso JE, Bartolomé Porro JM, Gutiérrez Zamorano M.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.

Introducción. Las crisis febriles suponen el trastorno convulsivo más frecuente en la infancia. La edad de aparición suele ser entre 6 meses y 5 años. Tras un período de observación y estabilidad clínica, los pacientes pueden ser dados de alta con seguimiento por su pediatra, lo que ha supuesto una disminución en los ingresos.

Objetivo. El objetivo es conocer la incidencia y características de los pacientes hospitalizados por crisis febriles en los últimos 20 años en nuestro medio.

Material y métodos. Durante el periodo que abarca el estudio (2001-2021) se han registrado 419 ingresos. Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo sobre la media de edad, sexo, duración del ingreso y tipo de ingreso.

Resultados. Mediante el análisis de regresión de Join-Point se objetiva un descenso en el número de ingresos

($R^2=0,6316$). Se visualiza un ritmo circanual ($p<0,001$) con una acrofase el 26 de febrero. Se han objetivado un 97,1% de convulsiones febriles simples. La media de edad se sitúa en 1,72 años. Se ha objetivado un descenso estancia hospitalaria, 2 días en 2001 frente a 0,6 días en 2021 ($p<0,001$). El mayor porcentaje de ingresos corresponden a varones (53%). La mayoría de los ingresos se ha realizado de forma urgente (99,8%).

Conclusiones. En el estudio realizado se objetiva un comportamiento similar al descrito en la literatura, siendo más frecuentes las crisis febriles simples y en varones. Demuestra un descenso tanto en el número de ingresos como en días de hospitalización relacionados con el cambio de manejo de las crisis febriles.

Síndrome de Chung-Jansen a propósito de un caso. *Martín Iranzo NM, Haupt Arabia V, Jiménez Hernández EV, Carrasco Villanueva MJ, Peña Valenceja A, Alonso Quintela P, Villagómez Hidalgo J, García Barbero E. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.*

Introducción. Se trata de un síndrome genético causado por un defecto en el gen PHIP en el cromosoma 6. Se caracteriza por un retraso en el desarrollo, anomalías conductuales y obesidad. La prevalencia es $<1/1.000.000$. El tipo de herencia es autosómica dominante y la edad de aparición se sitúa en un amplio margen desde prenatal hasta la infancia.

Resumen del caso. Se trata de una niña de 19 meses, primera hija, que acude a la consulta de Neurología derivada desde Atención Primaria por retraso madurativo. Como antecedentes personales se trata de un embarazo por fecundación *in vitro* (FIV). Como antecedentes familiares, la madre presenta inteligencia límite y padre discapacidad no especificada. En la exploración física destacan rasgos de dismorfismo facial. Se trata de una niña muy risueña con gran retraso del lenguaje y motricidad limitada. Se amplía estudio genético con exoma que identifica una variante del gen PHIP. Se realiza resonancia magnética sin encontrar hallazgos de significación patológica. A nivel terapéutico recibe apoyo escolar con pedagogía terapéutica, audición y lenguaje. Además, está en seguimiento por Traumatología por metatarso aducto con uso de plantillas. Recibe soporte con fisioterapia semanal. Continúa en seguimiento en las consultas de Neurología pediátrica para ver evolución y necesidad de otros apoyos y pruebas complementarias.

Comentarios. Al igual que en cualquier trastorno genético, las características y la gravedad de los problemas pueden diferir mucho entre las personas con síndrome de Chung-Jansen.

Características de la hospitalización por traumatismo craneoencefálico en una provincia española en 20 años. *Jiménez Hernández EM, Martín Iranzo NM, Carrasco Villanueva MJ, Haupt Arabia V, Alonso Quintela P, De la Torre Santos SI, Cantero Tejedor MT, Izquierdo Herrero E. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.*

Introducción. Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) suponen la lesión de estructuras de la cabeza producida por fuerzas mecánicas. Es motivo frecuente de consulta en Urgencias y la primera causa de muerte y discapacidad en mayores de 1 año. Sigue una distribución bimodal en la edad pediátrica. Según la gravedad del TCE precisa realización de pruebas complementarias y/o ingreso u observación.

Objetivo. El objetivo del estudio es conocer la incidencia y características de los pacientes hospitalizados por TCE en un período de 20 años en nuestro medio.

Material y métodos. Durante el período que abarca el estudio (2001-2021) se han registrado 121 ingresos. Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo sobre la media de edad, sexo, duración del ingreso, tipo de ingreso y tipo de alta.

Resultados. Mediante el análisis de regresión de Join-Point se observa un ascenso en el número de ingresos con un porcentaje anual de cambio de 8,8 pero no se objetiva cambio de tendencia. No se visualiza ritmo circanual. La edad media se sitúa en 4 años, objetivando un aumento de incidencia en menores de 1 año. La estancia hospitalaria media se sitúa en 3 días. El mayor porcentaje de ingresos corresponden a varones (60,3%). La mayoría de los ingresos se ha realizado de forma urgente (98,3%) y el 16,4% de los pacientes precisan traslado a Unidades de Cuidados Intensivos.

Conclusiones. En el estudio realizado se objetiva el aumento de incidencia de TCE en los menores de 1 año coincidente con la literatura. Precisan traslado a Unidad de Cuidados Intensivos en un 16,4%.

Síndrome de Houge-Janssens tipo 1. *Haupt Arabia V¹, Jiménez Hernández EM¹, Carrasco Villanueva MJ¹, Martín Iranzo NM¹, Peña Valenceja A¹, Gutiérrez Zamorano M¹, García Barbero E², Villagómez Hidalgo FJ³. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Río Carrión. Palencia. ²Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud Pintor Oliva. Palencia. ³Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud Cuéllar. Segovia.*

Introducción. El síndrome de Houge-Janssens tipo 1 es una enfermedad rara producida por una disfunción de la proteína fosfatasa PPP2R5D con características comunes: retraso psicomotor global, hipotonía, discapacidad intelectual

tual, escaso lenguaje y dismorfias faciales, y a veces macrocefalia y epilepsia.

Caso clínico. Mujer de 9 meses que acude para valoración de tortícolis congénita e hipotonía. A los 11 meses, ante actitud cifótica en sedestación, se realiza radiografía observando escoliosis llamativa. Antecedentes personales: retraso en sedestación, deambulación tardía. Antecedentes familiares: hermana 7 años sana, resto sin interés. En la primera exploración: hipotonía global, reflejo cutáneoplantar extensor bilateral, reflejos osteotendinosos débiles, torpeza motora, lenguaje no referencial, ausencia de nominación de objetos con sentido. Fenotipo macrocéfalo con frente amplia y orejas de implantación baja, epicantus invertido, filtrum plano, labio en V invertida. Giba con tortícolis asociada, hipotrofia de cinturas escapular y pélvica, trípode para ascenso de sedestación a bipedestación. Se observa leve trastorno de movimiento en reposo generalizado. Tras valoración inicial se realiza RMN observando leve asimetría ventricular y analítica de sangre con estudio genético (exoma), detectando mutación en PPP2R5D.

Comentarios. La paciente desde los 9 meses y medio está en seguimiento por neuropediatría por retraso motor grueso, macrocefalia, tortícolis, plagiocefalia y escoliosis precoz siendo dichas alteraciones características comunes de dicho síndrome. El retraso del habla es común en estos pacientes y muchos no conseguirán desarrollar el lenguaje. Una vez diagnosticada la enfermedad debemos descartar patologías comórbiles (oftálmicas, cardiológicas y genitourinarias) que nuestra paciente no presentaba. Es necesario un abordaje multidisciplinar y seguimiento para lograr mejorar su calidad de vida.

Cuando la ecografía juega al doble. *Moriana Río N¹, Fernández Herrera MC¹, Fernández González S¹, Castanedo Ruiz I¹, Gómez Mendiña J¹, Matías del Pozo V², Uruña Leal MDC², González Fuentes MS³.* ¹Servicio de Pediatría; ²Unidad de Neonatología; ³Servicio de Radiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. Se presenta el caso clínico de un lactante de 10 días de vida derivado a nuestro centro para manejo y tratamiento de hematoma epidural derecho.

Caso clínico. Lactante de 10 días de vida con cefalohematoma parietal sin factores de riesgo perinatales, derivado desde su centro de salud al hospital de referencia para realización de pruebas complementarias, tras evidenciar aumento del tamaño de una lesión presente ya al alta de Maternidad. Se realiza ecografía transfontanelar que evidencia un hematoma epidural subyacente al cefalohematoma, por lo que se decide el traslado a nuestro centro para manejo y tratamiento. Se realiza nueva ecografía transfontanelar con igual hallazgo, y valoración por

neurocirugía. Manejo expectante debido a estabilidad clínica. Nuevo control ecográfico a los tres días donde ante igual imagen, se describe falso hematoma epidural por imagen especular. Se decide ampliar estudio para descartar otras causas no perinatales del crecimiento de la lesión mediante tomografía axial computarizada craneal y fondo de ojo, descartándose fractura craneal y afectación retiniana. Se decide alta domiciliaria con seguimiento ambulatorio por Neurocirugía.

Conclusión. El falso hematoma epidural ocurre cuando el haz de ultrasonidos incide sobre una superficie que actúa como espejo ecográfico, reflejándolo. La experiencia del observador es clave para la interpretación de la imagen y evitar procedimientos no indicados. Ante el hallazgo de lesiones no justificadas con los antecedentes conocidos, es fundamental descartar otras causas como puede ser el maltrato.

Caso clínico: neuritis vestibular. *García Mier C, Gestoso Uzal N, Sierra Pedraja E, Melnic Melnic D, Peláez Sánchez A, Camacho Saez B, Recio González M, Peñalba Citores AC.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. El vértigo en Pediatría es poco común, pero es esencial un diagnóstico adecuado, diferenciando entre causas centrales y periféricas, y reconociendo signos de alarma que requieran pruebas de imagen. La causa más frecuente de vértigo periférico es el vértigo postural paroxístico benigno, siendo la neuritis vestibular menos frecuente.

Caso clínico. Adolescente de 14 años que a Urgencias Pediátricas trasladada en ambulancia convencional por mareo de 5 horas de evolución, consistente en inestabilidad y sensación de giro de objetos, asociando cuadro vegetativo. Mejoría de la sintomatología en decúbito supino y con los ojos cerrados. A la exploración física se objetiva una palidez generalizada, tendencia al sueño que impresiona de sensación de mareo y un nistagmo espontáneo horizonte-rotatorio con mirada hacia la izquierda. Fue valorada por otorrinolaringología constatando el nistagmo, maniobra oculo-cefálica positiva izquierda, romberg inestable, Utenberg derecho y marcha en estrella con la maniobra de Babinski Weil. Ante estos hallazgos fue diagnosticada de probable neuritis vestibular, se inició tratamiento con corticoterapia en pauta descendente y se dejó en observación, objetivando una mejoría progresiva de la clínica, pudiendo ser dada de alta a las 24 horas.

Conclusiones. La neuritis vestibular es una causa de vértigo periférico de inicio brusco, que cursa con nistagmo hacia el lado sano y maniobras de Utenberg y Romberg positivas hacia el lado afecto, acompañado de un importante cortejo vegetativo, sin hipoacusia ni acúfenos. Dado que es una patología

infrecuente en edad pediátrica, debe valorarse la realización de una prueba de imagen para descartar otras entidades.

Más allá de la tríada en el traumatismo craneoencefálico por maltrato. Revisión de nuestra causística. *Morales Moreno AJ, Fernández Herrera MC, Romero del Hombrebueno Gómez del Pulgar Y, Gómez Mendiña J, Moriana Río N, Maté Real A, Benito Gutiérrez M, Pino Vázquez A.* Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y Neonatal. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. Describir las características clínicas, evolución y pronóstico de los pacientes con síndrome del niño zarandeado (SNZ) en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de SNZ en la UCIP de un hospital terciario (2015-2024). Se recopilaron datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y radiológicos analizándose las intervenciones médico-quirúrgicas y su impacto en la evolución de los pacientes.

Resultados. Se incluyeron 9 pacientes (4 varones, 5 mujeres), mediana de edad 4,7 meses. Seis eran hijos únicos. La sospecha de maltrato se notificó en todos los casos, 6 en el último año. El 66% negaba antecedente traumático. La presentación clínica predominante fue neurológica: crisis convulsivas (2), disminución del estado de consciencia (4) y parada cardiorrespiratoria (3). Se identificó hematoma subdural en todos los casos (45% con sangrado en distintas fases), fractura craneal en un tercio y hemorragias retinianas (90%). Tres pacientes requirieron tratamiento para hipertensión intracraneal y drenaje quirúrgico, finalizando en éxitus; del resto, 2 con secuelas neurológicas graves. El 77% de los casos contaban con factores de riesgo social.

Conclusiones. El SNZ presenta alta morbimortalidad. Nuestros datos coinciden con la literatura en la asociación de hematomas subdurales, hemorragias retinianas y encefalopatía. El drenaje quirúrgico es útil tras tratamiento médico refractario, aunque el pronóstico sigue siendo desfavorable. La detección temprana de riesgo y la implantación de programas preventivos podrían reducir la incidencia y gravedad de estos casos, mejorando la sensibilización del personal sanitario y la identificación precoz de signos de alarma.

Uso de ketamina en sedoanalgesia pediátrica: eficacia y seguridad. *Melnic Melnic D, Gestoso Uzal N, Recio González M, Peláez Sánchez A, Camacho Sáez B, García Mier C, Sierra Pedraja E, Gómez Arce A.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos. Evaluar la seguridad y eficacia de la ketamina en procedimientos dolorosos en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo sobre la utilización de ketamina en procedimientos dolorosos en Urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel entre junio 2024-febrero 2025 en pacientes menores de 16 años. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, tratamiento adicional, indicación de uso, patología de base, Mallampati, dosis, efectividad, eventos adversos, medida de estabilización y destino al alta.

Resultados. Se incluyeron 25 pacientes, de los cuales el 76% eran varones. La principal indicación de sedoanalgesia fue reducción de fracturas desplazadas (92%). La mediana de edad fue 7 años. El 24% tenía patología de base con ASA II, y el Mallampati fue I-II en todos. El 76% recibió fentanilo intranasal previamente. La dosis fue 1 mg/kg en el 96%, excepto un paciente que precisó una segunda dosis a 0,5 mg/kg. Hubo pocos efectos adversos: dos pacientes con desaturación <94%, uno con bradipnea (ambos mejoraron con apertura de vía aérea y oxígeno), y efectos secundarios como sialorrea y vómitos en un paciente. La efectividad fue buena en el 80% de los pacientes y parcial en el 20%. El 84% fue dado de alta a domicilio, mientras que el 16% requirió ingreso, por motivos no derivados de la sedoanalgesia.

Conclusión. La ketamina es segura y eficaz para sedoanalgesia en procedimientos dolorosos. Los efectos adversos son poco frecuentes, siendo la bradipnea y la hipoxemia los más comunes, sin necesidad de intervención avanzada.

Sábado 5 de abril • Sala 1 Hotel Castilla La Vieja

Análisis de las hospitalizaciones pediátricas en hospitales públicos de Castilla y León en 21 años. *Andrés De Llano JM¹, Alberola López C³, Casaseca de la Higuera J², Garmendia Leiza JR³, Alberola López S³, Ardura Fernández J³.* ¹Complejo Asistencial Universitario de Palencia. ²Escuela Universitaria de Ingeniería de Telecomunicación de Valladolid. ³Centro de Salud Jardinillos. Palencia.

Objetivo. Conocer las características de las altas hospitalarias en los hospitales públicos del SACYL durante 21 años (2001-2021).

Metodología. Se incluyeron todas las altas de menores de 15 años registradas en el Conjunto Mínimo Básico de Datos del SACYL. Se realizó un análisis de regresión de Joipoint y un análisis cronobiológico de cosinor de múltiples armónicos. Se utilizaron la distribución de frecuencias y porcentajes y la

media y desviación estándar. Se realizaron tablas de contingencia la t de student y el análisis de la varianza.

Resultados. El tamaño muestral utilizado ha sido de 403.415 niños. La media de edad ha sido $3,9 \pm 4,4$ años. La estancia ha sido de $3,9 \pm 8,6$ días. Existe una tendencia decreciente de las tasas de ingresos con un porcentaje anual de cambio de -2 ($p < 0,0013$). Se encontró un ritmo circanual (acrofase el 28 de febrero, $p = 0,015$). El porcentaje de varones fue del 58%. El ámbito de residencia urbano presenta un porcentaje del 70%. El tipo de ingreso fue urgente en el 78%. Respecto al tipo de hospital el de Referencia supuso el 56,5%, el General el 34,6% y el Comarcal el 8,9%. El tipo del Grupo Relacionado con el Diagnóstico fue médico en el 79%. Falleció en el Hospital el 0,2%.

Conclusión. Las hospitalizaciones de pacientes pediátricos en Centros Públicos de Castilla y León presentaron una tendencia decreciente en los años analizados. Se encontró ritmo circanual en los ingresos.

Identificación de tumores óseos benignos en pediatría: 4 casos en Atención Primaria. Navas Méndez de Andrés F¹, Pulache Chávez HD¹, González Guerrero C¹, Pérez Suárez I¹, Valdés Rodríguez D¹, Suárez Rodríguez MA², Martínez Saenz de Jubera J². ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. ²Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud Palomera. León.

Introducción. Los tumores óseos benignos son hallazgos relativamente frecuentes en la consulta de Atención Primaria. La mayoría son asintomáticos y se detectan de manera incidental. Los más comunes en Pediatría incluyen el osteocondroma, el quiste óseo simple, el encondroma y el osteoma osteoide. En la mayoría de casos, el estudio radiológico convencional es suficiente para el diagnóstico inicial, aunque en ocasiones pueden requerirse resonancia magnética o tomografía computarizada.

Casos clínicos. Se presenta una serie de casos clínicos de tumores óseos diagnosticados en Atención Primaria y su manejo. 1) Varón de 14 años: bultoma no doloroso y pétreo en muslo de pierna izquierda (osteocondroma). 2) Varón de 9 años: caída sobre hombro derecho y fractura patológica de húmero proximal (quiste óseo aneurismático). 3) Varón de 13 años con tumoración en espalda. Se realiza Rx y resonancia magnética lumbar con hallazgo de masa dependiente de apófisis espinosa T10, sugestiva de osteocondroma; confirmándose por AP tras exéresis. 4) Varón de 8 años con bultoma en cara externa de húmero de 3 semanas de evolución; se realiza radiografía y posteriormente TAC observando excrecencia en diáfisis proximal humeral sugerente de osteocondroma, con actitud conservadora hasta el momento.

Comentarios. Los tumores óseos son entidades que se diagnostican, mayoritariamente, en las consultas de Atención Primaria. La clínica, la exploración física, y la petición de pruebas radiográficas básicas, así como su interpretación, son las claves para el manejo inicial. La derivación a Traumatología debe hacerse en todos los casos, y de manera urgente ante la sospecha de malignidad.

Características de los pacientes ingresados por gripe en Castilla y León durante dos años consecutivos. Carrasco Villanueva MJ¹, Salamanca Zarzuela B², Valencia Soria C³, Del Villar Guerra P⁴, Redondo Vegas E², Centeno Malfaz F⁵, Rubio Rodríguez F⁶, Serrano Madrid ML⁷. ¹Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia. ²Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ³Complejo Asistencial de Zamora. ⁴Hospital El Bierzo. Ponferrada, León. ⁵Hospital Recoletas Campo Grande. Valladolid. ⁶Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. ⁷Hospital Santa Bárbara. Soria.

Introducción y objetivos. Los menores de 14 años presentan mayor incidencia de infección por gripe que el resto de grupos etarios. El objetivo es describir las características de los pacientes pediátricos ingresados por gripe en nuestra comunidad.

Material y métodos. Estudio prospectivo multicéntrico descriptivo sobre pacientes pediátricos ingresados por infección por gripe en 8 hospitales de Castilla y León, entre las semanas 35 y 9 durante dos años consecutivos. Aprobado por los comités de ética.

Resultados. Se han registrado mayor número de ingresos respecto a la temporada anterior y de manera más tardía, de 45 ingresos el año pasado (pico de ingresos de las últimas semanas del 2023) a 56 de esta (pico de ingresos en las primeras semanas de 2025). Las diferencias más importantes se resumen en la siguiente tabla:

	2023/2024	2024/2025	p
Edad media meses	49,1	64,51	<0,05
Relación varones/mujeres	1/1,5	2,7/1	<0,05
Relación gripe A/B	43/2	31/25	<0,05
Coinfección	20%	17%	>0,05
Patología de base	33%	25%	>0,05
Vacunación	22%	25%	>0,05
Días de ingreso	3,6	5,6	<0,05
Necesidad de O ₂	44%	27%	<0,05
VMNI	6%	13%	<0,05
Ingreso en UCI	7%	9%	>0,05

Conclusiones. Esta temporada la gripe A no ha sido tan predominante sobre la B como la temporada pasada y el pico de ingresos ha sido posterior. Los pacientes han sido de mayor edad y más frecuente en mujeres. Los pacientes han precisado menor necesidad de O₂, con similar necesidad de ventilación mecánica no invasiva y necesidad de ingreso en UCI.

Pacientes críticos atendidos en una Unidad de Urgencias Pediátricas. *García Mier C¹, Gestoso Uzal N¹, Recio González M¹, Melnic Melnic D¹, Guerra Díez JL¹, López Fernández C, Leonardo Cabello MT¹, Ballester Díez Y². Servicio de Pediatría. ¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.*

Objetivo. Describir una cohorte de pacientes pediátricos críticos atendidos en un Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP).

Métodos. Se realizó un estudio prospectivo con un muestreo de tres días al mes, entre diciembre de 2021 y octubre de 2024. Se definió como paciente crítico a aquel que requirió ingreso en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) o estabilización de la vía aérea y/o circulatoria.

Resultados. Durante este periodo, se registraron 33.527 episodios en Urgencias, 67 (0,2%) fueron clasificados como críticos. El 53,7% fueron varones, con una mediana de edad de 36 meses (rango intercuartílico: 6-108 meses). El 32% presentaban enfermedades de base, las más comunes, asma, trastornos neurológicos y prematuridad. Un 25,4% recibía tratamiento médico. El 43,3% de los pacientes fueron atendidos en fin de semana. El mayor número de consultas ocurrió durante los meses de verano. El 32,8% de los pacientes había consultado previamente en urgencias en las 72 horas previas. En cuanto al nivel de gravedad, el 76,1% de los pacientes fueron clasificados con triaje 1 y 2. El triángulo de evaluación pediátrica (TEP) estuvo alterado en el 88% de los casos.

Conclusión. El porcentaje de pacientes críticos es bajo. Uno de cada tres pacientes había consultado previamente. Esto resalta la importancia de una adecuada evaluación inicial y seguimiento. El sistema de triaje pediátrico y las herramientas de identificación temprana, como el triángulo de evaluación pediátrica, son fundamentales para la identificación de pacientes críticos.

Fiebre y manifestaciones cutáneas: importancia de una evaluación integral. *Morales Albertos L¹, Fraile Manzano MI¹, Gutiérrez Valcuende C¹, López Allue L¹, Sánchez Mengibar H¹, Fernández Herrera MC¹, Palencia Ercilla MT². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ²Pediatría. Centro de Salud Barrio España. Valladolid.*

Introducción. Las manifestaciones cutáneas acompañadas de fiebre en la edad pediátrica pueden suponer un desafío diagnóstico, especialmente cuando se asocian con alteraciones hematológicas y compromiso sistémico. Es fundamental realizar una evaluación clínica exhaustiva para descartar etiologías infecciosas, inmunológicas o alérgicas.

Caso clínico. Varón de 18 meses sin antecedentes familiares ni personales de interés. Consulta a su pediatra de Atención Primaria por reinicio de febrícula y aparición de exantema máculo-habonoso en tronco, párpados y en pabellones auriculares, pruriginoso tras ocho días de tratamiento con amoxicilina por otitis media aguda. Tras la suspensión del antibiótico y el inicio de antihistamínicos, presenta empeoramiento de las lesiones cutáneas con fiebre alta. Se deriva a Urgencias donde constatan lesiones purpúricas no blanqueantes a la presión en abdomen, edema escrotal y maleolar, y petequias dispersas en extremidades. Las pruebas complementarias mostraron alteraciones analíticas: anemia leve, trombocitosis y prolongación del tiempo de tromboplastina parcial activada. Coinfección por virus respiratorio sincitial, adenovirus y enterovirus. Ingresó en planta. Durante el ingreso, evolucionó favorablemente con tratamiento sintomático, resolución de lesiones cutáneas y desaparición de fiebre. Se dio de alta con el diagnóstico de urticaria-vasculitis y bronquiolitis.

Comentarios. El cuadro clínico plantea un reto diagnóstico que requiere la integración de la clínica, analítica y la evolución para diferenciar entre procesos alérgicos, infecciosos y vasculíticos. La buena evolución con tratamiento sintomático y la resolución espontánea de las lesiones refuerzan la hipótesis de un proceso autolimitado, probablemente desencadenado por una infección viral con participación inmunomediada. La identificación precoz y el manejo adecuado de estas entidades son fundamentales para evitar complicaciones.

Entre la sospecha y la certeza: desafíos en el diagnóstico del maltrato infantil. *Morales Moreno AJ, Fernández Herrera MC, De Felipe Pérez M, Fombellida de la Fuente C, López Allúe L, Justo Vaquero P, García Saseta P, Nieto Sánchez RM. Sección de Urgencias Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Objetivos. Describir las características clínicas, pruebas diagnósticas y abordaje interdisciplinar en casos de maltrato infantil en el servicio de urgencias pediátricas (SUP), resaltando la importancia de los protocolos de detección precoz y coordinación interinstitucional.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de tres casos de maltrato infantil atendidos en el SUP de un hospital terciario. Se analizaron datos clínicos,

analíticos, radiológicos y evolutivos, así como la intervención de servicios sociales y judiciales.

Resultados. *Caso 1:* Niña de 3 años con múltiples ingresos por vómitos, hipertransaminasemia y síntomas inespecíficos, con resolución completa tras la retirada de tutela parental. Su historial incluía atención en cuatro hospitales y más de 45 consultas médicas previas. *Caso 2:* Varón de 11 años con lesiones de diversa evolución y discordancia en el relato de los cuidadores. Tras un ingreso por pancreatitis traumática con fracturas costales antiguas fue diagnosticado de maltrato físico intrafamiliar, activándose el protocolo de protección. *Caso 3:* Lactante de 3 meses con parada cardiorespiratoria, hematomas subdurales y hemorragias retinianas, sin historia traumática coherente. A pesar del tratamiento intensivo, falleció confirmándose muerte encefálica bajo la sospecha diagnóstica de síndrome del niño zarandeado.

Conclusiones. El maltrato infantil puede presentarse de forma inespecífica, dificultando su diagnóstico. La hiperfrecuentación hospitalaria, la cronología de las lesiones y la ausencia de coherencia en la anamnesis son claves para su identificación. La coordinación entre servicios sanitarios, sociales y judiciales es fundamental para la protección de los menores, subrayando la necesidad de formación continua y herramientas de detección precoz.

SISNOT: detectando fallos invisibles, previniendo errores visibles en la seguridad del paciente pediátrico. *Morales Moreno AJ, Morales Albertos L, Gutiérrez Valcuende C, Fernández Herrera MC, Fernández García-Abril C, Bartolomé Cano ML, Pino Vázquez A, Infante López ME.* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. Describir los incidentes notificados a través del Sistema de Notificación de Incidentes Sin Daño (SISNOT) en un hospital terciario, identificando factores contribuyentes y problemas de seguridad ligados a la asistencia sanitaria que deriven en propuestas de mejora.

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo de notificaciones registradas en la plataforma SISNOT en período 2020-2024 desde el Servicio de Pediatría. Se evaluaron: tipos de incidente, daño potencial, factores contribuyentes, barreras existentes, mejoras propuestas y perfil del notificante.

Resultados. Se registraron 151 incidentes sin daño, destacando un importante incremento en los últimos dos años en los que se retomaron sesiones formativas sobre SISNOT e informativas de los incidentes analizados. El mayor porcentaje de notificaciones se realizaron en planta de Hospitalización (64%), seguido de UCI (21%), Neonatología (11%) y Urgencias (2%). Los incidentes más frecuentes fueron los

errores de medicación (45%), de nutrición (18%) y cuidados (10%). Entre los errores de medicación encontramos: fallos en prescripción (30%), administración (45%) y dispensación farmacológica (16%). El daño potencial moderado fue el más frecuentemente referido (45%), hasta un 22% describió como riesgo severo o potencialmente de éxito. No se identificaron barreras que impidieran que el incidente llegara al paciente en más de la mitad de los casos (64%). Las notificaciones fueron realizadas por médicos adjuntos (46%), personal de enfermería (42%) y MIR (12%).

Conclusiones. El sistema SISNOT ha permitido identificar áreas críticas de seguridad en el entorno pediátrico. La notificación y el análisis de estos incidentes podrán facilitar la implementación de medidas correctivas que ayudarían a evitar futuros errores.

Abordaje de pacientes críticos en Urgencias, cómo llegan y cómo y cuándo les damos de alta. *Recio González M¹, Gestoso Uzal N¹, García Mier C¹, Sierra Pedraja E¹, Guerra Díez JL¹, López Fernández C¹, Leonardo Cabello MT¹, Ballesteros Díez Y².* Servicio de Pediatría. ¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.

Objetivo. Analizar el acceso, manejo y resultados de los pacientes pediátricos críticos atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP).

Métodos. Estudio basado en un registro prospectivo de pacientes críticos menores de 16 años atendidos 3 días al mes, entre diciembre de 2021 y octubre de 2024. Se consideró paciente crítico aquel que precisó ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) o estabilización de la vía aérea y/o circulatoria.

Resultados: Se registraron 67 pacientes críticos. La decisión de acudir al SUP fue tomada por pacientes o familiares en 47,8%, fueron derivados desde otros hospitales (23,9%) y de centros de salud (17,9%). El transporte hasta el SUP: 70% acudió en medios propios, 22,4% en ambulancia con soporte vital avanzado y 7,5% en ambulancia básica. La estancia media en el SUP 188,2 minutos. El 77,6% ingresaron en UCIP. La duración media de la estancia en UCIP es de 7 días y la estancia hospitalaria total 12,2 días. Las intervenciones más comunes incluyeron ventilación no invasiva (19,4%) y ventilación mecánica (10,4%), un 1% requirió soporte inotrópico. Se registró un fallecimiento y 6 pacientes presentaron secuelas.

Conclusión. Un hallazgo relevante es que la mayoría de pacientes críticos llegaron al SUP en su propio vehículo, incluso después de ser derivados desde otros centros sanita-

rios. Esto resalta la importancia de mejorar la identificación de estos pacientes y optimizar el transporte para garantizar que reciban la atención adecuada.

Intoxicación accidental por levotiroxina, a propósito de un caso. *Martín Irazo NM, Carrasco Villanueva MJ, Jiménez Hernández EV, Haupt Arabia V, Izquierdo Herrero E, De la Torre Santos SI, Alonso Quintela P, Cantero Tejedor T. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.*

Introducción. La intoxicación por levotiroxina en Pediatría es infrecuente. El umbral de toxicidad en la población infantil son 5 mg de dosis total. En los niños los síntomas más comunes son irritabilidad, vómitos, diarrea, fiebre, insomnio, diaforesis, *flushing*, taquicardia y leucocitosis.

Resumen del caso. Presentamos el caso de una paciente de 3 años de edad, cuya abuela refiere haberla encontrado hace 2 horas masticando un comprimido de 88 µg de levotiroxina con varios blíster vacíos a su alrededor, del que la abuela calcula que faltan entre 7-8 comprimidos. Tras una historia y exploración completa sin alteraciones, el primer paso importante es la estimación de la dosis total ingerida por la pequeña, en este caso 37 µg/kg como dosis máxima calculada. Se contacta con Toxicología y se mantiene en observación, con control estrecho de constantes vitales, y control analítico diario de perfil tiroideo. Permanece asintomática durante todo el ingreso, con exploración física y neurológica normal en todo momento, con valores mínimos de TSH al 5º día (0,08 mUI/L) y máximos de T4 Libre el primer día (2,46 ng/dl) y T3 Libre al 3º día (5,51 pg/ml). Tendencia a normalización de valores analíticos previo alta. Realizados electrocardiogramas seriados, con resultado normal. Buena tolerancia gastrointestinal.

Comentarios. Es importante tener en cuenta que los síntomas pueden aparecer incluso hasta 5-7 días tras la ingesta. Es recomendable la hospitalización en todos los pacientes en los que la dosis ingerida total de fármaco supere los 5 mg o sea difícil estimar por desconocimiento y en todos los que desde el comienzo presenten clínica.

Sábado 5 de abril • Sala 2 Hotel Castilla La Vieja

Una complicación no tan frecuente de los corticoides tópicos. *Fernández Herrera MC¹, Abad Arealillo S², Romero del Hombrebueno Gómez del Pulgar Y¹, Maté Real A¹, Fombellida de la Fuente C¹, Morales Moreno AJ¹, Sánchez Mínguez A¹, Da Cuña Vicente R².* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Valladolid. ²Centro de Salud de Íscar. Valladolid.

Introducción. Las lesiones dermatológicas son uno de los motivos más frecuentes de consulta tanto en atención primaria como en urgencias pediátricas. Es necesario conocer aquellas que precisan tratamiento específico para evitar así complicaciones posteriores.

Caso clínico. Paciente de 6 años, con antecedente personal de extrofia vesical objetivada al nacimiento. Se realiza reparación quirúrgica en el periodo neonatal sin incidencias, con controles dentro de la normalidad. De forma secundaria presenta incontinencia urinaria, por lo que debe utilizar compresa a diario presentado dermatitis irritativa en zona perineal y realizando múltiples ciclos de corticoide tópico. Acude a su pediatra de Atención Primaria por aparición de lesiones papulosas en zona genital. Afebril, sin otra sintomatología asociada. La exploración por aparatos sin hallazgos de interés, exceptuando múltiples pápulas y nódulos en pliegue interglúteo y labios mayores. Ante sospecha de granuloma glúteo infantil se recomienda mantener la zona genital seca y sustituir corticoides tópicos por crema protectora, presentando evolución adecuada de las lesiones hasta desaparición.

Comentarios. El granuloma glúteo infantil es una complicación de una dermatitis del pañal. La utilización de corticoides de alta potencia, la oclusión de pañales e infección por *Cándida* parecen desempeñar un papel en la enfermedad. El diagnóstico es clínico, objetivando lesiones papulo-nodulares violáceas en cara interna de muslos, nalgas, parte baja del abdomen y/o región genital en un paciente con antecedente de tratamiento corticoideo. El tratamiento consiste en la retirada de corticoides y medidas generales de higiene e hidratación, con lo que las lesiones desaparecen progresivamente en semanas o meses.

Diagnóstico precoz y abordaje integral del síndrome de Klinefelter. *Segovia López SM, Álvarez Menéndez L, Corihuela Menéndez P, De Juan Vázquez D, Álvarez Blanco E, Huidobro Fernández B. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.*

Objetivos. Describir los pacientes diagnosticados de síndrome de Klinefelter (SK) y su evolución.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de serie de casos de SK en seguimiento en la consulta de endocrinología infantil de un hospital de segundo nivel.

Resultados. *Caso 1:* 2 años (47 XXY). Diagnóstico: prenatal (amniocentesis por cribado de alto riesgo). Actualmente, antropometría normal, testes < 1 cc y retraso del lenguaje. *Caso 2:* 6 años (47 XXY). Diagnóstico: prenatal (amniocentesis por cribado de alto riesgo). Actualmente, antropome-

tría normal y testes < 1 cc, sin alteraciones neurológicas. *Caso 3:* 9 años (47 XXY). Diagnóstico: 5 años, tras objetivar criptorquidia bilateral con testes < 1 cc. Obesidad con insulinoresistencia, pies planos valgus y problemas de conducta, aprendizaje y motricidad. Déficit factor VII. *Caso 4:* 10 años (48 XYY). Diagnóstico: 12 meses, por retraso psicomotor. Pies planos valgus, pectus excavatum y criptorquidia bilateral. Actualmente, antropometría normal, testes 1-2 cc y discapacidad intelectual. *Caso 5:* Niño de 13 años (47 XXY). Diagnóstico: 17 meses, por retraso psicomotor. Detectado polihidramnios en ecografía prenatal. Desarrolla pectus excavatum y pies planos valgus. Actualmente, talla alta con peso normal, testes prepuberales 3 cc con pene infantil y disminución de inhibina B con LH, FSH y testosterona, compatibles con situación prepuberal. Asocia problemas de aprendizaje y lectoescritura leves.

Conclusiones. Cada vez se diagnostican más casos de SK prenatalmente. En estos casos es fundamental prestar atención a las manifestaciones neurológicas tempranas y a otros hallazgos (criptorquidia, manifestaciones ortopédicas...) para anticiparnos a las comorbilidades así como promover estilos de vida saludables.

Pubertad precoz central en varón sin patología intracraneal. *Escalona Gil AM¹, Martín Galache M¹, Jiménez Domínguez A¹, Domínguez Sevillano B¹, Prieto Matos P^{1,2}, Bajo Delgado AF^{1,2}.* ¹Servicio de Pediatría; ²Endocrinología Pediátrica. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. La pubertad precoz en los varones puede definirse como aumento del volumen testicular antes de los 9 años de edad, siempre que dichos cambios estén acompañados del avance progresivo de la maduración ósea y aumento de la velocidad de crecimiento. Se trata de una entidad infrecuente, con una prevalencia inferior a 5/10.000 varones.

Caso clínico. Presentamos el caso clínico de un varón de 6 años, que acudió a consultas de Endocrinología Pediátrica para valoración por aumento de talla desde hacía 1 año. Asociaba pubarquia y aumento testicular, con testes de 10-12 mililitros, sin otra clínica asociada. Se realizó radiografía ósea, en la que se objetivó edad ósea de 9-10 años, y analítica sanguínea, en la que se constató elevación de gonadotropinas y testosterona total, sin aumento de marcadores tumorales. Ante sospecha de pubertad precoz de origen central, se realizó resonancia magnética craneal y de hipófisis, sin objetivarse alteraciones. Para descartar que se tratara de una pubertad precoz mixta, se realizó ecografía abdominal y testicular, sin objetivarse alteraciones, y se

inició tratamiento con análogos de gonadotropinas. Dada la ausencia de patología a nivel craneal, se realizó estudio genético, incluyendo los genes *LRH*, *KISS1R* y *MKNR3*, sin encontrarse variantes en los mismos, diagnosticándose de pubertad precoz central idiopática.

Comentarios. Dada la importante repercusión psicológica de la pubertad precoz, y su posible impacto a otros niveles, como la talla adulta, resulta fundamental realizar un adecuado manejo diagnóstico y terapéutico precoz.

Anemia hiporregenerativa en paciente con esferocitosis hereditaria. *Moriana Río N¹, Morales Moreno AJ¹, Mate Real A¹, Romero del Hombrebueno Gómez del pulgar Y¹, García Saseta P², Justo Vaquero P², Nieto Sánchez RM², Escobar Fernández L³.* ¹Servicio de Pediatría; ²Unidad de Urgencias; ³Unidad de Onco-Hematología Infantil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La esferocitosis hereditaria (EH) es la anemia hemolítica congénita más frecuente en nuestro país con una incidencia 1/2.000-5.000. En el 75% de los casos la herencia es autosómica dominante. Habitualmente cursa con un síndrome hemolítico crónico sobre el que pueden aparecer crisis hemolíticas asociadas a infecciones víricas y crisis aplásicas con menos frecuencia, pero de mayor gravedad.

Caso clínico. Paciente de 4 años con EH que acude a Urgencias por temperatura de 33,9°C previamente valorada por cuadro febril de tres días. Examen físico con TEP alterado por palidez cutánea pero buen estado general, resto normal. Se realiza analítica destacando hemoglobina de 7 g/dl con volumen corpuscular medio de 77,9 fl, reticulocitos 1,6%, lactato deshidrogenasa 486 U/L, haptoglobina <3 mg/dl y bilirrubina indirecta 0,7 mg/dl. Ante reticulocitopenia y niveles de bilirrubina indirecta normales, se decidió ampliación de estudios con film array de virus respiratorios, estudio urinario y serología para virus. La IgM para parvovirus B19 resultó positiva. Se solicitó determinación de hierro, ácido fólico y vitamina B12 que fueron normales. Ingresó precisando transfusión de hemáties. Dada de alta con hemoglobina de 11,3 g/dl.

Comentarios. La estabilidad inicial en paciente con anemia es fundamental para evitar la hipovolemia e hipoperfusión tisular. Ante paciente con esferocitosis y anemia con reticulocitopenia en el contexto de un cuadro infeccioso, se debe descartar precozmente infección por parvovirus B19, ya que habitualmente requieren ingreso por anemias más severas que precisan soporte transfusional y así también evitar brote de infecciones entre pacientes oncohematológicos.

Hemocultivos en el paciente oncológico. Fernández Herrera MC, Escobar Fernández L, Romero del Hombrebueno Gómez del Pulgar Y, Morales Moreno AJ, López Allúe L, Morales Albertos L, Gómez Menduiña J, Justo Vaquero P. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La recogida de hemocultivos en el paciente oncológico es una práctica frecuente dado el alto riesgo de presentar infecciones de alta gravedad.

Objetivo. Analizar los hemocultivos recogidos en pacientes oncológicos en nuestro servicio de urgencias a lo largo de un año, el método y motivo de recogida y el aislamiento de microorganismos. Evaluar el tratamiento recibido y la tasa de ingreso hospitalario.

Metodología. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes en régimen quimioterápico activo o postrasplantados de progenitores hematopoyéticos, en los que se realizó hemocultivo en Urgencias Pediátricas en 2024 en un hospital de tercer nivel.

Resultados. Se recogieron 13 hemocultivos, pertenecientes a 9 pacientes. Un 55% fueron varones y un 44% mujeres, con edad media de 10 años. La patología oncológica más frecuente fue leucemia linfoblástica aguda (44%), seguida de meduloblastoma (22%). Las fases de tratamiento más frecuentes fueron inducción y post trasplante de precursores hematopoyéticos (33%). El motivo de recogida en el 100% de los pacientes fue fiebre, con temperatura máxima media 38,3°C y duración media 11 horas. En el 70% se recogieron hemocultivos diferenciales. El 92% fueron negativos, no presentando ninguna contaminación. Recibieron antibioterapia 92%, siendo el antibiótico más frecuente cefepime (61,5%) con duración media de 7 días. Tasa de ingreso 77%.

Conclusiones. La recogida de hemocultivo en el paciente oncológico debe realizarse siempre que se cumplan las indicaciones, de forma estéril y previo al comienzo de antibiótico para realizar un diagnóstico microbiológico de precisión y ajustar el tratamiento.