

Viernes 4 de abril • Centro Cultural de la Diputación

Una presentación atípica de la alergia a proteínas de leche de vaca... ¿o algo más? *Álvarez Menéndez L, Segovia López SM, Álvarez Blanco E, De la Iglesia Rivaya A, Corihuela Menéndez P, González Carrera E, Rodríguez Lorenzo R. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.*

La clínica cutánea es la forma de presentación más típica de la alergia a proteínas de leche de vaca (APLV). El exantema en guante y calcetín sugiere infección por parvovirus. Puede asemejarse a otra entidad, la urticaria multiforme, que típicamente presenta edema de pies y manos con habones de centro claro-violáceo; se asocia, entre otros, a infecciones víricas. Presentamos el caso de una lactante de 43 días de vida previamente sana, alimentada con lactancia materna exclusiva hasta iniciar lactancia mixta 3 días atrás, que consulta en Urgencias por eritema en manos y pies, sin otra clínica. En exploración física, febrícula, así como edema y eritema de distribución en guante y calcetín; algunas zonas con centro claro, otras levemente violáceo. Se solicitan estudio de virus positivo para influenza A y rinovirus, resto negativo incluyendo parvovirus; hemograma y bioquímica sin alteraciones; y estudio inmunológico para APLV. En espera de resultados, aparición de habones en extremidades y tronco, algunos de morfología anular. Ingresa para observación, no se administra medicación. Desaparición de las lesiones en las 10 horas siguientes. Dada de alta con fórmula hidrolizada pendiente de descartarse APLV. A la semana, se obtiene resultado de estudio inmunológico que la confirma: IgE elevada (206 KU/L), IgE específica para beta-lactoglobulina muy elevada (69,4 KU/L). Ante una viriasis confirmada, no

se puede atribuir la clínica cutánea únicamente a la APLV; sin embargo, por la etiología benigna de la urticaria multiforme, y su autorresolución, el manejo del caso se centró en la segunda entidad.

Ingesta por primera vez, ¿un síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias? *García Terrazas A, Mirás Veiga A, Pérez Ortiz D, Almeida De Miranda G, Recalde Tabar A, Barbadillo Mariscal B, Melgosa Peña M, Matilla Sainz-Aja N. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES) es un cuadro alérgico no IgE raro pero grave, produciéndose una respuesta inflamatoria tras ingerir ciertos alimentos, con clínica aguda variable (vómitos, letargia, palidez...) que supone un desafío diagnóstico.

Caso clínico. Lactante de 7 meses traído por episodio de disminución del nivel de conciencia (segundos) con hipotonía y palidez extrema, posterior cianosis y vómitos, tras introducción de cereales. Exploración física, TEP alterado (palidez cutáneo-mucosa), resto normal. Se realizó gasometría venosa (acidosis metabólica leve), y analítica sanguínea para determinar IgEs y RAST a PLV y huevo, triptasa (normal), con posterior derivación a especialista. Se ingresó para ecografía abdominal (normal) e hidratación intravenosa (suero glucofisiológico) y reintroducción de alimentación oral. Neonato de 17 días traído por presentar episodio de somnolencia marcada y arreactivo a estímulos, tras administración de leche de fórmula, asociando dos vómitos. Exploración física normal, se realiza gasometría venosa (normal) y analítica sanguínea para determinación

de IgEs y RAST a PLV, triptasa (normal). Se observa toma al pecho y al no presenta otro episodio, se decide alta con formula hidrolizada, madre exenta de lácteos y derivación a especialista.

Comentarios. Es importante conocer esta entidad y derivarlo a Gastroenterología para seguimiento y control, para así evitar posibles graves consecuencias. Hay que identificar las diferentes reacciones adversas a alimentos ante síntomas de presentación similares. El diagnóstico es clínico, así su conocimiento incrementa la probabilidad de sospecharlo y realizar un manejo adecuado.

Sangrado digestivo activo, un hallazgo inesperado. *Olarte Ingaroca SE, Enríquez Zarabozo EM, Sánchez Pulido LJ, Calvo Penín C, Hortelano Romero E, Vega Mata N, Granell Suárez C, Álvarez Muñoz V.* Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Los sangrados digestivos pueden deberse a varias causas orgánicas, siendo hemorragia digestiva de origen alto o bajo, que precisan de estudios complementarios para orientar el caso, aunque a veces no siempre es posible. La persistencia de hemorragia activa con repercusión hemodinámica, hace preciso la exploración quirúrgica urgente.

Caso clínico. Varón de 9 años derivado por hemorragia digestiva y anemia. Clínica de 3 días de evolución de dolor abdominal, deposiciones con sangre oscura y cuadro vasovagal. Inestable a nivel hemodinámico por lo que precisa de varios concentrados de hemáties. Se realiza ecografía sin hallazgos patológicos. Ante persistencia de sangrado activo se procede a endoscopia digestiva alta sin evidenciar punto de sangrado. Se realiza gammagrafía abdominal con hallazgo compatible de divertículo de Meckel. Se interviene de forma urgente para laparoscopia exploradora con evidencia de quiste de duplicación intestinal a nivel del asa de yeyuno, procediendo a realizar laparotomía para resección intestinal del segmento afecto con anastomosis termino-terminal. La anatomía patológica confirma quiste de duplicación con mucosa gástrica heterotópica. El paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta al quinto día. Actualmente asintomático.

Comentarios. Los quistes de duplicación intestinal son malformaciones congénitas raras que pueden encontrarse a lo largo de todo el tubo digestivo, ser únicas o múltiples, siendo su localización más frecuente el íleon. Con frecuencia presentan mucosa heterotópica gástrica en su interior cursando con ulceración y hemorragia como en nuestro caso. Su tratamiento quirúrgico habitual es la resección completa del quiste con el segmento del intestino asociado.

Hernia umbilical encarcerada en niño de 5 años: consideraciones diagnóstico-terapéuticas y revisión de la literatura. *Herreras Martínez A¹, Navas Méndez de Andes F¹, Rodrigo Fernández A¹, Iglesias Oricheta M¹, Fernández Rodríguez L¹, Escudero Villafañe A¹, Muñiz Fontán M¹, Arredondo Montero J².* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. Las hernias umbilicales (HU) son defectos congénitos de pared abdominal comunicados con la cavidad peritoneal. Constituyen una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en pediatría. Generalmente son asintomáticas, aunque en ocasiones pueden asociar complicaciones, como la encarceración. Esta complicación es característica de la primera infancia, aunque de forma excepcional se ha descrito a otras edades.

Caso clínico. Niño de 5 años con diagnóstico previo de hernia umbilical que acudió a urgencias por tumoración dolorosa en región umbilical de 24 horas de evolución. No asociaba clínica digestiva. A la exploración se objetivó tumoración dura de 2x2 cm a nivel del reborde umbilical superior, dolorosa a la palpación y con signos inflamatorios asociados. Se realizó ecografía urgente, donde se identificó una hernia umbilical con contenido graso encarcerado en su interior y escasa cantidad de líquido libre adyacente, sin datos de estrangulación. Se solicitó valoración a Cirugía Pediátrica, estableciéndose el diagnóstico de hernia umbilical encarcerada y realizándose reducción primaria de la misma. El paciente fue dado de alta sin presentar nuevos episodios de encarceración, aunque asoció molestias diarias intermitentes en la zona. Tres semanas más tarde se realizó reparación primaria del defecto de forma programada.

Conclusiones. A pesar de la baja tasa de complicaciones asociadas a la HU, ante una tumoración umbilical dolorosa debe sospecharse la presencia de una HU encarcerada. Las pruebas de imagen, en especial la ecografía, constituyen una forma rápida y segura de caracterizar el contenido herniario y determinar si existe compromiso vascular del mismo, criterios esenciales para definir la actitud terapéutica idónea.

Manifestación inespecífica de la malrotación intestinal en el lactante. *Olarte Ingaroca SE¹, Vega Mata N¹, Sánchez Pulido LJ¹, Calvo Penín C¹, Hortelano Romero E¹, Gómez Farpón A¹, Álvarez Muñoz V¹, Solís Sánchez G².* ¹Servicio de Cirugía Pediátrica; ²Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La malrotación intestinal es una anomalía congénita que resulta de la rotación incompleta de las asas

intestinales y/o falta de fijación del mesenterio. Predispone a complicaciones graves en periodo neonatal e infantil, dando lugar a la isquemia, necrosis y perforación intestinal, que requería de una intervención quirúrgica urgente.

Caso clínico. Varón de 2 meses, con antecedentes de ingreso a la semana de vida por ictericia, desnutrición moderada y muguet. Consulta por irritabilidad y llanto inconsolable desde el nacimiento que van en aumento sin causa alguna evidente. Algún episodio emético aislado, con buena ganancia ponderal. Exploración normal salvo irritabilidad. Radiografía de abdomen con disposición de asas lateralizadas a la derecha y ausencia de gas central. Tránsito gastro-duodenal y enema opaco con hallazgos sugestivos de malrotación intestinal. Ante la sospecha, se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía, donde se objetiva malrotación intestinal superior a 180 grados y fusión mesentérica de Pellerin que condiciona hernia interna. Se procede a la maniobra de Ladd con liberación del mesenterio, dejando intestino delgado en hemiabdomen derecho y colon en hemiabdomen izquierdo. El paciente evoluciona favorablemente, asintomático en el momento actual.

Comentarios. La malrotación intestinal normalmente cursa con clínica de obstrucción intestinal y en ocasiones con síntomas inespecíficos como en nuestro caso. Las pruebas de imágenes son de gran utilidad para la orientación del caso, siendo el tránsito gastroduodenal el de referencia. Ante la sospecha clínica-radiológica es necesario la revisión quirúrgica para un manejo oportuno disminuyendo el riesgo de complicaciones.

Cuando una hepatomegalia es falsa hepatomegalia. *Dragomirescu Dragomirescu I¹, Corrales Fernández A¹, Gómez Dermit V².* ¹Pediatría. Centro de Salud La Montaña. Santander. ²Facultativo Especialista de Área. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. La hepatomegalia se define como aumento del tamaño del hígado por encima del valor de la normalidad para la edad, siendo un signo clínico frecuente en la exploración rutinaria en la consulta de Pediatría. Su hallazgo no carece de importancia siendo un signo más de enfermedades hepáticas o sistémicas, no obstante en su evaluación se debe tener en cuenta situaciones que pueden dar “falsa hepatomegalia”.

Caso clínico. Niño de 9 años sin antecedentes personales de interés que consulta por astenia y dolor abdominal intermitente de aproximadamente 2 meses de evolución con micciones y deposiciones sin cambios en características. En la exploración física (EF) destaca hepatomegalia de 1 dedo

través, mucosas y conjuntiva normocoloreadas siendo el resto de la EF normal. Se inicia estudio con analítica sanguínea con perfil hepático normal y ecografía abdominal con los siguientes hallazgos: hígado de morfología vertical con predominancia del LHD variante de la normalidad.

Comentarios. La verticalización del hígado es una variante de la normalidad cuyo conocimiento es importante puesto que una vez objetivado en prueba de imagen evita pruebas innecesarias en sucesivas consultas en caso de ausencia de clínica. La mayoría de los pacientes están asintomáticos. El diagnóstico se realiza como hallazgo casual en pruebas radiológicas, después de realizarlas por un falso diagnóstico de hepatomegalia o tras cirugías.

Caso clínico de una entidad infrecuente. El bazo errante. *Hortelano Romero E, Hortelano Romero E, Álvarez Muñoz V, Calvo Penín C, Sánchez Pulido L, Olarte Ingaroca S, Pérez Costoya C, Crehuet Gramatyka D, Vega Mata N.* Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El bazo errante es una entidad infrecuente en la que el bazo debido a la existencia de ligamentos laxos o ausentes puede desplazarse de su posición habitual pudiendo dar cuadros de dolor abdominal en el contexto de una posible torsión o en casos mas graves un infarto esplénico. La incidencia de esta patología es desconocida aunque solo hay aproximadamente 600 casos descritos en la bibliografía.

Caso clínico. Paciente de 4 años (prematura y segunda gemela de 32+3 semanas). Acude a urgencias por vómitos y dolor abdominal de 18 horas de evolución. Se canaliza vía venosa, se administra ondansetron en dos ocasiones siendo infectivo. La analítica sanguínea muestra leucocitosis y neutrofilia y una PCR 1,1 mg/dL. Exploración física en Urgencias anodina. Solicitan interconsulta a Cirugía Pediátrica por persistencia de los vómitos y persistencia del dolor abdominal. A la exploración se palpa masa en flanco izquierdo, por lo que se solicita ecografía urgente que muestra un bazo en localización ectópica, con flujo arteriovenoso preservado aunque con signos que sugieren de torsión esplénica. Tras ello solicitamos TC abdominal urgente y tras confirmación del cuadro se realiza esplenectomía de urgencia. La paciente a los 6 días y tras una buena evolución postoperatoria es dada de alta.

Conclusiones. La torsión esplénica a causa de un bazo errante es una entidad bastante infrecuente. Su diagnóstico se basa en las pruebas de imagen (ecografía y TC) y su manejo es quirúrgico. Los principales signos de este cuadro son el dolor abdominal y los vómitos incoercibles.

Manejo y diagnóstico de la hernia diafragmática en un recién nacido sintomático. *Hortelano Romero E, Calvo Penín C, Sánchez Pulido L, Olarte Ingaroca S, Amat Valero S, Enríquez Zarabozo E, Granell Suárez C, Gómez Farpón A.* Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La hernia diafragmática es un defecto en el diafragma que permite que los órganos intraabdominales se desplacen hacia el tórax generando problemas en el desarrollo pulmonar. La incidencia es de 1/3.000 recién nacidos, siendo la más frecuente la hernia diafragmática izquierda (Bochdalek). Su diagnóstico es ecográfico y su tratamiento quirúrgico y de soporte respiratorio.

Caso clínico. Paciente de 39+5 semanas, padres sanos, test combinado de bajo riesgo y ecografías prenatales normales. Parto eutócico con APGAR 9/10 que a los 30 minutos comienza con clínica de insuficiencia respiratoria aguda, precisando de ventilación mecánica no invasiva y oxígeno para mantenerse estable. En ese momento se deriva a nuestro centro donde tras empeoramiento a nivel respiratorio a su llegada finalmente precisa de entubación. Una vez estable se realiza radiografía de tórax que muestra un hemitórax izquierdo opaco con desplazamiento cardiaco contralateral siendo la hernia diafragmática la primera sospecha diagnóstica, confirmada posteriormente con una ecografía de abdomen. Al día siguiente se realiza TC toraco-abdominal que muestra una hernia diafragmática de gran volumen y una probable perforación gástrica. Finalmente el paciente es intervenido realizándose una herniorrafia diafragmática directa sin precisar de mallas/prótesis. Tras la intervención el paciente evoluciona de forma favorable y siendo alta al decimosexto día.

Conclusiones. La hernia diafragmática y en concreto la hernia de Bochdalek es la más frecuente dentro de las hernias diafragmáticas congénitas. El tratamiento se basa en la estabilización del paciente y posterior cirugía (herniorrafia diafragmática que puede precisar en ocasiones de mallas en función del defecto).

Abdominalgia recurrente de causa no tan infrecuente. *Fombellida de la Fuente C¹, Fraile Manzano MI¹, Fernández Herrera MC¹, Morales Moreno AJ¹, Justo Vaquero P², Bartolomé Cano ML², Molina Vázquez ME³, Garrote Molpeceres R².* ¹MIR Pediatría; ²Adjunto de Pediatría; ³Adjunto de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. El dolor abdominal es un motivo frecuente de consulta en Pediatría, pudiendo estar relacionado con

patología banal o severa de índole infeccioso, digestivo o funcional. En el caso de la patología nefrourológica es frecuente su asociación con manifestaciones gastrointestinales.

Caso clínico. Niño de 4 años que consulta por abdominalgia periumbilical y en fosa renal izquierda recurrente. En un episodio se objetiva ecográficamente una invaginación ileo-ileal que se resuelve espontáneamente, con seguimiento por Cirugía Pediátrica. En el control ecográfico posterior se observa hidronefrosis izquierda con dilatación piélica de II/VI asociada a doble sistema ureteral ipsilateral. Se descarta la existencia de un vaso polar mediante RMN abdominal. Se deriva para estudio a Nefrología Pediátrica. En el sistema/sedimento urinario se objetivan abundantes cristales amorfos, con presencia de hipercalciuria e hipocitaturia. Se realizan modificaciones dietéticas y se pauta suplementación oral con citrato potásico. Actualmente se encuentra asintomático, con ausencia de litiasis en controles ecográficos seriados.

Comentarios. Existen múltiples causas de hidronefrosis, como malformaciones nefrourológicas, tumores o litiasis. No toda hidronefrosis provoca abdominalgia recurrente, por ello es importante analizar individualizadamente cada caso y orientar el origen del dolor en función de la historia clínica y la exploración física. En el estudio del dolor abdominal asociado a patología nefrourológica es esencial realizar no solo pruebas de imagen sino un análisis urinario completo, lo que nos dará el diagnóstico final del paciente, como en el caso expuesto, en el que el motivo del dolor no fue la malformación nefrourológica sino la presencia de hipercalciuria e hipocitaturia.

Lo que esconde la ictericia. *Musgo Balana P¹, Rondón Martínez CV¹, Gautreaux Minaya SI¹, Robles Franco MP², Fernández Rodríguez L³, Prada Pereira MT¹, Arias Consuegra MA¹, Del Villar Guerra P¹.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital El Bierzo. Ponferrada, León. ²Centro de Salud Ponferrada II. Ponferrada, León. ³Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La ictericia puede ser la primera manifestación clínica de una patología crónica o de un fallo hepático agudo, por lo que es imprescindible una correcta anamnesis, exploración física e interpretación de pruebas analíticas.

Caso clínico. Niño de 6 años que acude por ictericia intermitente, dolor abdominal continuo con intensificación intermitente, distensión abdominal, prurito, deposiciones acólicas y orinas colúricas de un mes de evolución. Al ingreso presentaba aspecto hipotrófico, ictericia conjuntival y mucocutánea, abdomen globuloso no doloroso sin orga-

nomegalias. Disfunción hepática máxima con bilirrubina total máxima 15 mg/dl a expensas de directa sin datos de fallo hepático agudo ni signos de encefalopatía; objetivándose descenso progresivo de la hiperbilirrubinemia y de las transaminasas tras inicio de ácido ursodesoxicólico. Previo al traslado a centro de referencia presentó aumento del perímetro abdominal, oleada ascítica y abdomen a tensión no doloroso con hepatomegalia de 3 traveses. Durante el ingreso se realizó estudio inicial de colestasis siendo las pruebas serológicas, autoinmunidad y de imagen normales. En el estudio genético se identificó una variante en el gen ABCB11 relacionada con colestasis intrahepática familiar progresiva tipo 2.

Comentarios. La colestasis intrahepática familiar progresiva tipo 2 es una enfermedad rara, autosómica recesiva causada por mutaciones en el gen ABCB11. Se presenta como una colestasis crónica con evolución a cirrosis hepática que se manifiesta en los primeros meses de vida. La biopsia hepática y la genética son claves en su diagnóstico. El inicio precoz de tratamiento retrasa la progresión de la enfermedad. No obstante, un gran número de pacientes precisa de trasplante hepático.

No toda ictericia es fisiológica: la importancia del diagnóstico precoz en la atresia de vías biliares. *Pérez Ortiz D, Fernández de Valderrama Rodríguez A, Villa Francisco C, Recalde Tabar A, Gonzalo San Esteban A, Angulo Sánchez V, Ruiz Araus A, Melgosa Peña M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La ictericia neonatal fisiológica puede persistir hasta las 4 semanas de vida, mientras que la atresia de vías biliares (AVB) es una enfermedad hepática obstructiva caracterizada por la obliteración progresiva de los conductos biliares extrahepáticos, lo que provoca ictericia persistente, colestasis y finalmente, fibrosis hepática. La detección temprana es crucial, ya que la cirugía, especialmente si se realiza antes de los 30 días de vida, mejora significativamente el pronóstico.

Caso clínico. Lactante de 1 mes y 11 días, alimentada con lactancia materna exclusiva, presenta ictericia persistente como único signo. Se observó colestasis e hipocolia leve, sin coluria. En el examen físico, se evidenció ictericia grado II, hepatomegalia y ligera distensión abdominal. Los estudios de laboratorio mostraron bilirrubina total 8,7 mg/dl (directa 7,4 mg/dl) y elevación de enzimas hepáticas. La ecografía mostró una vesícula biliar dismórfica y colapsada, con signo del cordón positivo. Ante la sospecha de AVB, se intervino mediante técnica de Kasai a los 45 días de vida.

Comentarios. La AVB es la principal causa de colestasis neonatal obstructiva y requiere diagnóstico precoz. La ictericia persistente a partir de las 4 semanas de vida debe generar sospecha, ya que puede ser el único signo clínico, requiriendo despistaje activo de AVB. La cirugía temprana, especialmente antes del primer mes, consigue los mejores resultados, mejora la supervivencia hepática, y no se han descrito complicaciones adicionales respecto a cirugías más tardías. No obstante, hasta el 62% de los pacientes, o más si se demora la intervención, requerirán un trasplante hepático posteriormente.

Un giro inesperado: torsión de epiplón-reporte de un caso. *Valdés Rodríguez D¹, Pérez Suárez I¹, Pulache Chávez HD¹, Navas Méndez de Andés F¹, González Guerrero C¹, Fernández Fernández M¹, Rodríguez Ruiz M², Rosell Echevarría MJ². ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

Introducción. La torsión de epiplón mayor es una causa rara de abdomen agudo en la infancia, originada por la rotación anómala del epiplón sobre su eje longitudinal, lo que compromete su vascularización y puede causar isquemia y necrosis tisular. Su diagnóstico es complejo debido a su presentación inespecífica y la similitud con patologías más frecuentes como la apendicitis aguda.

Caso clínico. Niña de 4 años sin antecedentes médicos relevantes, que consulta por dolor abdominal intermitente en fosa ilíaca derecha (FID) y dificultad para la deambulación de 24 horas de evolución. Afebril, sin vómitos ni alteraciones en el tránsito intestinal. A la exploración presenta dolor en FID con signos de irritación peritoneal: Blumberg, Rovsing y Psoas positivos. Las pruebas complementarias muestran leucocitosis (12,4 10^3 /ul) con leve elevación de reactantes de fase aguda (PCR 28,3 mg/L) y ecografía con plastrón inflamatorio locorregional y líquido libre en FID sin identificación del apéndice cecal. Ante la sospecha de abdomen agudo de origen apendicular, se indica cirugía urgente. La laparoscopia exploradora uniportal revela torsión de epiplón mayor con necrosis y apéndice cecal con inflamación secundaria. Se realiza omentectomía y apendicectomía transumbilical (TULAA) sin incidencias.

Comentario. La torsión de epiplón debe considerarse ante un dolor abdominal agudo sin diagnóstico evidente. La exploración física y las pruebas complementarias son clave. El tratamiento quirúrgico precoz permite confirmar el diagnóstico y asegurar una evolución favorable, sin complicaciones postoperatorias.

Viernes 4 de abril • Sala 1 Hotel Castilla La Vieja

Parotiditis no infecciosa en Pediatría: diagnóstico, causas y manejo. *Iglesias Oricheta M, González Guerrero C, Rodrigo Fernández A, Escudero Villafañe A, Fernández Rodríguez L, Herreras Martínez A, Ariztegui Hoya L, Muñiz Fontán M.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La parotiditis aguda es una inflamación de la glándula parótida fundamentalmente de origen infeccioso en Pediatría. Sin embargo, existen diferentes etiologías de menor prevalencia como las enfermedades reumáticas, lesiones obstructivas o neoplasias. La obstrucción del drenaje de las glándulas salivares por cálculos (sialolitiasis) es una causa infrecuente de parotiditis aguda pediátrica. Produce un aumento de la glándula junto con dolor al comer en las obstrucciones parciales, pudiendo cursar con fiebre, dolor intenso y sialodenitis en las obstrucciones completas. Su diagnóstico es clínico y el tratamiento obliga a la extracción del cálculo.

Caso clínico. Paciente de 11 años sin antecedentes médicos de interés que acude a Urgencias Pediátricas por tumefacción de mejilla izquierda de 2 días de evolución con dolor a la masticación desde hace 15 días. Afebril y sin otra clínica sistémica acompañante. A la exploración física se objetiva tumefacción parotídea izquierda dolorosa a la palpación con drenaje de contenido purulento a través del conducto de Stenon. Se realiza analítica sanguínea sin elevación de reactantes de fase aguda y se contacta con Otorrinolaringología que extrae el cálculo del conducto de Stenon con posterior salida de contenido purulento. Estos hallazgos son compatibles con parotiditis litiásica izquierda. Buena evolución clínica posterior con resolución del cuadro tras 10 días de tratamiento antibiótico oral.

Comentarios. Ante la presencia de una parotiditis aguda no debemos olvidar las causas anatómicas como sialolitiasis o estenosis por lo que es importante una exploración minuciosa de la cavidad oral, con especial atención a los drenajes de las glándulas salivales.

Absceso frío estafilocócico neonatal: a propósito de un caso. *Navas Méndez de Andés F¹, Martínez Pérez M¹, Pérez Suárez I¹, Valdés Rodríguez D¹, Andrés Andrés AG¹, Rodríguez Ruiz M², Arredondo Montero J², Hontoria Bautista E³.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. ³Pediatría. Centro de Salud Cuenca del Bernesga. León.

Introducción. Los abscesos fríos estafilocócicos neonatales son una forma infrecuente y poco documentada de infección de partes blandas en recién nacidos, generalmente causada por *Staphylococcus aureus*. Se caracterizan por la aparición de nódulos subcutáneos indolores, generalmente en pliegues, sin signos inflamatorios evidentes, lo que los puede diferenciar de otros abscesos típicos. Suelen presentarse en neonatos sanos entre los 10-20 días de vida.

Caso clínico. Paciente varón de 12 días de vida, sin antecedentes médicos de interés, que acudió a su pediatra de atención primaria por nódulos inguinales abscesificados bilaterales de 4 días de evolución. A la exploración física, se objetivaron varios nódulos fluctuantes de hasta 1 cm sin clara flogosis perilesional. No presentó fiebre ni otra sintomatología. Se derivó a urgencias de hospital de referencia, donde se extrajo analítica sin elevación de reactantes de fase aguda, hemograma normal y se realizó drenaje de las lesiones, recogiendo cultivo de exudado con resultado positivo para *Staphylococcus aureus* meticilín sensible. Se decidió alta con tratamiento antibiótico tópico y control evolutivo sin nueva recidiva de la sintomatología.

Comentarios. Los abscesos fríos estafilocócicos neonatales son una forma inusual de infección de partes blandas por *S. aureus* en recién nacidos, con una presentación clínica atípica y un curso generalmente benigno. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras infecciones de piel y partes blandas. El pronóstico es favorable, con tendencia a la resolución espontánea. La escasa bibliografía existente aboga por el uso de antibioterapia tópica y drenaje de las colecciones, aunque la evidencia es limitada.

Nódulo subcutáneo post-vacunal erróneamente diagnosticado como tumoración subcutánea: reporte de un caso. *Rodrigo Fernández A¹, Sáez Álvarez S², Pulache Chavez HD¹, Iglesias Oricheta M¹, Fernández Rodríguez L¹, Herreras Martínez A¹, Escudero Villafañe A¹, Arredondo Montero J³.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Anatomía Patológica; ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La administración de vacunas puede provocar la aparición de nódulos subcutáneos en el lugar de administración.

Caso clínico. Niña de 2 años sin antecedentes relevantes derivada a consulta de Cirugía Pediátrica por tumoración subcutánea en región lateral de muslo derecho. Se había identificado incidentalmente un mes antes, y su pediatra había solicitado un estudio ecográfico, donde se identificó una lesión inespecífica subcutánea profunda, adherida a la

fascia superficial cuadricipital, de 1,5 cm de eje mayor. Se indicó vigilancia evolutiva y a los 3 meses se realizó nuevo control ecográfico, identificándose dos nódulos de 7 y 3 mm adyacentes a la fascia cuadricipital, escasamente vascularizados, sugestivos de lesión mesenquimal. Se realizó exéresis completa. El estudio anatomopatológico mostró una reacción inflamatoria linfocitaria de carácter reactivo, con positividad en células aisladas para virus de Epstein-Barr (VEB). Estos hallazgos se interpretaron como compatibles con una reacción inmune/inflamatoria a una noxa externa. Se revisó el calendario vacunal de la paciente, constatándose que en las semanas previas se había administrado una vacuna en dicha localización. Ante esto, se estableció el diagnóstico de reacción vacunal cuadricipital en forma de nódulo subcutáneo.

Comentarios. Ante una tumoración en un área previamente vacunada, los nódulos subcutáneos deben considerarse como el primer posible diagnóstico. El adecuado conocimiento e identificación de este efecto secundario infrecuente es esencial para evitar iatrogenia. La caracterización ecográfica de esta entidad es escasa, pudiendo generar confusión diagnóstica. Consideramos que el VEB es un hallazgo incidental concomitante y no participó activamente en el desarrollo de la lesión.

Herpes ocular en Pediatría: la importancia de un diagnóstico precoz. *Martín Galache M¹, Escalona Gil AM¹, Andrés Blanco L¹, Domínguez Sevillano B¹, López González MM², Pellegrini Belinchón FJ².* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. ²Centro de Salud Alfonso Sánchez Montero. Salamanca.

Introducción. Las infecciones oculares por el virus herpes simple tienen una incidencia de 5 a 15 casos por cada 100.000 habitantes al año. En la edad pediátrica, el herpes ocular es una manifestación poco frecuente y atípica. La enfermedad se divide en tres fases: 1) Primoinfección: generalmente asintomática. 2) Latencia: el virus permanece en el ganglio de Gasser. 3) Recurrencias: reactivación desencadenada por fiebre, estrés o cirugías, con manifestaciones como blefarokonjuntivitis, queratitis, uveítis o retinitis.

Caso clínico. Niña de 5 años sin antecedentes relevantes que acudió a consulta por la aparición de lesiones vesiculosas en párpado inferior y canto externo del ojo izquierdo, precedidas por fiebre hacía 24 horas. Sus familiares refirieron que estas lesiones eran recurrentes en cada episodio febril. En la exploración física, la paciente presentaba buen estado general y se encontraba afebril. Presentaba una vesícula sobre base eritematosa en el párpado inferior y canto externo del ojo izquierdo, con microvesículas satélites, sin signos

de afectación corneal, otorrinolaringológica o neurológica. Dado el riesgo de inoculación viral en la córnea y la posible dificultad en la aplicación de tratamiento tópico, se pautó aciclovir oral (40 mg/kg/día) durante una semana. La paciente fue reevaluada al finalizar el tratamiento evidenciándose la resolución del cuadro.

Comentarios. El diagnóstico y tratamiento temprano de las infecciones oculares herpéticas en niños es clave, ya que pueden ser más graves y recurrentes que en adultos. Aunque los antivirales tópicos y sistémicos son igualmente eficaces, en pediatría la administración oral es preferible en ciertos casos para garantizar adherencia y absorción adecuadas.

Edema facial en contexto de otitis media aguda. *Corihuela Menéndez P, Álvarez Menéndez L, Álvarez Blanco E, De Juan Vázquez D, Segovia López SM, De la Iglesia Rivaya A, Miguens Iglesias P, Méndez Sánchez A.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

Introducción. La otomastoiditis es la complicación más frecuente de la otitis media. Su detección y el inicio temprano del tratamiento adecuado determinan su pronóstico. En ocasiones pueden aparecer formas de presentación atípicas.

Caso clínico. Niña de 7 años sin antecedentes personales ni familiares de interés valorada en Urgencias por aumento de volumen en hemicara izquierda de 6 horas de evolución y fiebre en las últimas 24 horas. Tratada con amoxicilina-clavulánico desde hace 48 horas por otitis media aguda izquierda supurada. En la exploración, edema en hemicara izquierda doloroso a la palpación e induración a nivel temporal izquierdo, sin eritema. Limitación leve de la apertura bucal. Se solicita analítica (proteína C reactiva 71,5 mg/L, resto normal), hemocultivo (negativo) y ecografía local que se completa con tomografía computarizada urgente, con hallazgos compatibles con otomastoiditis izquierda, sinusopatía esfenoidal izquierda aguda asociada y probable miositis del músculo temporal. Se decide ingreso y tratamiento intravenoso con ceftriaxona y metilprednisolona. Mejoría del estado general, pero ante disminución lenta del edema y del trismus, se solicita ecografía de control para descartar posible absceso de Luc, sin confirmarse y con desaparición de la miositis. Buena evolución que permite paso de antibiótico a vía oral y alta domiciliaria.

Comentario. La otomastoiditis puede acompañarse de otras complicaciones graves susceptibles de precisar tratamiento quirúrgico. Un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno son clave para su evolución. Ante una evolución lenta o presentación atípica es fundamental considerar posibles complicaciones y realizar pruebas complementarias que orienten el manejo adecuado.

Tumor de Pott: un reto diagnóstico. *Andrés Blanco L, García Calvo E, de la Calle Cabrera MT, González Calderón O, López Ávila J.* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción. El tumor inflamatorio de Pott es una complicación poco frecuente pero grave de la sinusitis frontal, especialmente frecuente en adolescentes. No es un verdadero tumor, sino una osteomielitis y absceso subperióstico a nivel frontal por extensión de una infección a nivel de senos paranasales. Cursa como tumefacción y dolor a nivel frontal junto con fiebre y cefalea intensa, pudiendo acompañarse de síntomas neurológicos (abscesos intracraneales). La sospecha diagnóstica se establece mediante una TAC o RM craneal y se confirma mediante cultivo del material purulento. El tratamiento requiere antibioterapia, pudiendo precisar drenaje quirúrgico, así como el manejo de la causa subyacente.

Caso clínico. Adolescente de 11 años ingresada en planta pediátrica por fiebre persistente y cefalea. Diagnosticada mediante TAC craneal de sinusitis frontal y tratada de manera conservadora con antibiótico intravenoso, que ante evolución favorable continúa de forma oral en domicilio. Comienza con tumefacción, cefalea y dolor frontal derecho sin otra clínica. Se realiza nueva prueba de imagen objetivándose en región frontal parasagital derecha un absceso epidural, así como celulitis de partes blandas circundantes. Se sospecha su origen en la sinusitis por tratamiento antibiótico incompleto. Se ingresa para tratamiento intravenoso, así como para cirugía endoscópica nasosinusal y craneotomía para la retirada del material purulento con posterior resolución del cuadro sin secuelas.

Comentarios. El tumor inflamatorio de Pott es una entidad poco prevalente. Es importante el conocimiento de esta patología como complicación de una entidad común como una sinusitis frontal y la importancia de la adherencia terapéutica al tratamiento antibiótico.

Caso clínico: piomiositis aguda en un adolescente, claves diagnósticas. *Melnic Melnic D, García Mier C, Sierra Pedraja E, Camacho Sáez B, Matorras Cuevas A, Docio Pérez P, Jiménez Montero B, Suárez Arrabal MC.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. La piomiositis es una infección bacteriana del músculo esquelético. El agente patógeno más frecuente es el *Staphylococcus aureus*. La ecografía es una herramienta útil para su diagnóstico, pero no siempre concluyente, siendo la resonancia magnética (RM) la prueba de elección.

Caso clínico. Adolescente de 15 años que acude al Servicio de Urgencias derivado por su pediatra por fiebre (máximo 40,3°C) de 4 días de evolución. Asocia dolor en ingle izquierda y leve cojera con la deambulación desde hace 24 horas. Valorado previamente en tres ocasiones e iniciado tratamiento con penicilina por antígeno *S. pyogenes* positivo en frotis faríngeo. En la exploración física se objetiva dolor a la palpación en región inguinal izquierda y con la flexión de cadera. Se realiza analítica con PCR de 12,6 mg/dl y ecografía de cadera donde no se observan hallazgos relevantes. Dada la situación clínica se decide ingreso para antibioterapia endovenosa. Durante el ingreso se realiza RM donde se objetiva probable osteomielitis en cresta ilíaca izquierda y miositis en músculos ilíaco y glúteo menor. Se constata aislamiento en hemocultivo de *S. aureus* sensible a meticilina, sustituyendo la antibioterapia por cefazolina endovenosa. Al quinto día de ingreso ante mejoría clínica se decide paso a vía oral con cefadroxilo hasta completar 4 semanas.

Comentarios. La piomiositis es un diagnóstico infrecuente, pero debe valorarse como diagnóstico diferencial ante un paciente con fiebre y cojera. La RM resulta esencial para su diagnóstico, porque permite identificar la afección desde fases tempranas y delimitar la extensión.

Bultoma cervical no es sinónimo de adenopatía. A propósito de un caso. *Barbadillo Mariscal B, Prieto Domínguez C, Ruiz Araus A, Clavijo Izquierdo ME, Angulo Sánchez V, Pérez Ortiz D, Portugal Rodríguez R, Hortigüela Saeta MM.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. La litiasis salival (sialolitiasis) es una patología infrecuente en edad pediátrica, siendo la localización más habitual la glándula submandibular. Se produce por la presencia de un cálculo en la glándula o el conducto de drenaje, produciendo obstrucción de la salida de saliva a la cavidad oral, produciendo inflamación y dolor.

Caso clínico. Niña de 7 años, sana, sin antecedentes de interés. Acude a consulta por bultoma cervical izquierdo de aparición brusca de 10 días de evolución. Niega cuadro infeccioso previo ni en el momento actual. A la exploración buen estado general, con bultoma submandibular de 2x2 cm, duro, levemente doloroso, sin datos inflamatorios externos. Orofaringe mínimamente hiperémica, con hipertrofia amigdalina. No exudado ni trismus. Dado que impresiona de conglomerado adenopático probablemente reactivo, pautamos ciclo de corticoterapia oral a 1 mg/kg/día, con resolución inicial. Un mes después reaparece nuevamente, administrándose amoxicilina-clavulánico 7 días, sin mejoría. Se solicita analítica sanguínea y serologías, sin alteraciones. Ecografía de par-

tes blandas compatible con submaxilitis litíase izquierda, que se confirma mediante TAC con contraste, localizándose lito a nivel proximal del conducto de Wharton. Pendiente de extracción del cálculo.

Comentarios. El diagnóstico diferencial del bultoma cervical en Pediatría se orienta fundamentalmente para discernir entre la etiología reactiva, infecciosa y maligna. Sin embargo, no todo bultoma cervical es una adenopatía, y aunque la sialolitiasis es infrecuente en edad pediátrica no se debe olvidar esta entidad, especialmente ante cuadros de tumefacción unilateral de aparición brusca, característicamente en relación a las ingestas.

Viernes 4 de abril • Sala 2 Hotel Castilla La Vieja

Quistes congénitos de pene: serie de casos. *González Guerrero C¹, Pulache Chávez HD¹, Navas Méndez de Andrés F¹, Valdés Rodríguez D¹, Pérez Suárez I¹, Sáez Álvarez S², Arredondo Montero J³.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Anatomía Patológica; ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Objetivos. Los quistes peneanos congénitos (QPC) constituyen una patología escasamente caracterizada en la literatura médica. El objetivo de este trabajo es presentar una serie de casos de QPC diagnosticados y tratados en nuestro centro.

Material y métodos. Estudio unicéntrico retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados y tratados de QPC en nuestro centro en 2024-2025. Previa aprobación del comité de ética y tras la obtención de los consentimientos informados de los tutores legales de los pacientes, se extrajeron los datos y se analizaron.

Resultados. Se incluyeron cuatro pacientes en el estudio, con una edad media de ocho años. Todas las lesiones eran congénitas y los pacientes fueron derivados desde pediatría de Atención Primaria, tres de ellos debido al aumento de tamaño, mientras que uno permaneció asintomático. En la exploración, dos pacientes presentaban quistes en la línea media (rafe peneano), uno en el frenillo prepucial y otro en el glande (perimeatal), todos ellos con localización ventral. Ningún paciente presentó complicaciones previas al tratamiento. En todos los casos, se realizó exéresis quirúrgica sin complicaciones. El estudio anatomopatológico mostró que se trataban de quistes simples (dermoides, epidérmicos de inclusión y transicionales), sin datos de malignidad. Hasta la fecha, no se han documentado recidivas.

Conclusiones. Los QPC son lesiones peneanas benignas con marcada variabilidad clínico-patológica. Su adecuado

conocimiento por el pediatra de atención primaria es clave para evitar preocupación y ansiedad familiar. Su exéresis es controvertida y debe consensuarse con la familia, siendo criterios a favor de la misma la presencia de complicaciones o el aumento progresivo de tamaño.

Edema escrotal idiopático: una causa infrecuente de escroto agudo en la infancia. *Pulache Chavez HD¹, González Guerrero C¹, Navas Méndez de Andes F¹, Valdes Rodríguez D¹, Perez Suárez I¹, Neira Arcilla MM¹, Arredondo Montero J².* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. El escroto agudo pediátrico involucra un diagnóstico diferencial extenso que incluye entidades raras o infrecuentes, como el edema escrotal idiopático (EEI).

Caso clínico. Niño de 9 años sin antecedentes de interés que acudió a Urgencias derivado desde Atención Primaria por sospecha de celulitis escrotal. Refería dolor e inflamación progresiva de región inguinoescrotal derecha desde hacía 3 horas. No refería fiebre ni picaduras o traumatismos en la región afecta. La exploración física mostró inflamación inguinoescrotal derecha, dolorosa a la palpación, con equimosis en parte de canal inguinal, sin lograr identificar los testículos. Se solicitó analítica de sangre, sin alteraciones, y ecografía inguinoescrotal sugestiva de cambios inflamatorios/infecciosos, con aumento de partes blandas, principalmente en lado derecho, sin datos de abscesificación. Testículos con ecoestructura y señal *doppler* conservados. No se realizó *doppler* de escroto ni del tabique interescrotal, por lo que no se pudo determinar si presentaba el "signo de la fuente", típico del EEI. Con todo, se decidió ingreso en planta para tratamiento antibiótico IV empírico por sospecha de celulitis inguinoescrotal, con buena respuesta al tratamiento. A las 24 horas fue valorado por Cirugía Pediátrica, a quien impresionó de EEI. Dada la evolución favorable, se dio de alta con antibioterapia oral a pesar de la alta sospecha de EEI.

Comentarios. El EEI es un diagnóstico de exclusión que se fundamenta en la anamnesis y la exploración física. La ausencia de alteraciones analíticas y la presencia de hallazgos ecográficos típicos, como el "signo de la fuente", pueden contribuir a establecer el diagnóstico.

Aumento de tamaño escrotal agudo y su manejo en Urgencias. *Seijo Rodríguez J, Martín Valbuena J, Escobar Hernaiz B, Domínguez Sevillano B, Andrés Blanco L.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. La patología testicular genera gran ansiedad familiar en las Urgencias Pediátricas a pesar de que, en pocas ocasiones, precisa una actuación terapéutica urgente. El hidrocele es un signo que se encuentra en el 10% de los tumores testiculares y 20% de las torsiones testiculares.

Caso clínico. Lactante de 4 meses que acude a Urgencias derivado desde Atención Primaria por aumento de hemiescrotos derecho progresivo, desde hace una semana. No impresiona de doloroso. No rechazo de tomas ni vómitos. Adecuada ganancia ponderoestatural. La región escrotal derecha presenta un aumento de tamaño de 3 centímetros, a tensión con transluminación positiva y sombra testicular en región inferior. Mantiene el reflejo cremastérico. No es doloroso a la movilización y no es reductible a la palpación. Requirió ingreso en unidad de neonatología por prematuridad de 30 semanas y allí se evidencian ambos testes en bolsa. Ante la posibilidad de obstrucción de la túnica vaginal por procesos tumorales, infecciosos o traumáticos, se solicita ecografía de urgencia. La ecografía es informada como hidrocele bilateral de predominio derecho sin observar masas en su interior con contenido móvil. Ante ausencia de datos de alarma se decide alta y observación domiciliaria.

Comentarios. La mayoría de las ocasiones una anamnesis y una exploración detallada son suficientes para evitar pruebas diagnósticas cruentas. La ecografía es una prueba complementaria incruenta que se realiza a pie de cama y permite descartar la mayoría de las patologías que precisan manejo urgente. El hidrocele es un proceso generalmente autolimitado que suele desaparecer antes de los 2 años de edad.

Tríada anemia-edema-hipoalbuminemia en fibrosis quística.
Ruiz Araus A, Gil Calderón FJ, Merino Arribas JM, Gonzalo San Esteban A, Pérez Santaolalla E, Fernández de Valderrama Rodríguez A, Portugal Rodríguez R, Gabaldón Pastor D.
Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. La fibrosis quística (FQ) se manifiesta en su forma más habitual por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia pancreática exocrina, cloro en sudor elevado e infertilidad en varones. La tríada anemia-edema-hipoalbuminemia en la FQ se ha descrito en relación con deficiencias nutricionales y hematológicas, debido a la malabsorción. Puede asociar manifestaciones cutáneas debido a déficit de vitamina A.

Caso clínico. Paciente de 50 días con diagnóstico clínico (diarrea, malnutrición, escasa ganancia ponderal, edema, exantema, esteatorrea), genético (2 alelos con mutaciones patogénicas diferentes [doble heterocigoto]) y funcional (electrolitos en sudor mayor de 60 mEq/L en 3 determinaciones) de FQ. En revisión se observa palidez cutánea y se solicita analítica sanguínea en la que se objetiva anemia normocítica

normocrómica (Hb 6,2 g/dl). Se completa estudio de anemia con ADE elevado, bilirrubina total 4,1 mg/dl, albúmina de 2,5 g/dl y Coombs positivo débil. Resto normal, incluyendo otros datos de hemólisis. En la exploración física presenta lesiones eritemato-papulares de 2 mm de diámetro en extremidades inferiores, tronco y cara. Pies y manos edematosos. Se transfunde concentrado de hematíes a 15 cc/kg y se ingresa en planta de hospitalización. Al alta, mejoría de anemia hasta normalización en controles posteriores. Actualmente recibe tratamiento con enzimas pancreáticas, vitaminas liposolubles, leche hidrolizada y zinc. Dermatitis generalizada tratada con corticoide tópico, mejoría tras ajuste nutricional.

Comentarios. Es importante conocer otras formas de presentación de la FQ para su diagnóstico precoz en aquellos casos que no se manifiesta de la forma habitual.

Cuando encuentras lo que no buscas. Dragomirescu Dragomirescu I, Corrales Fernández A.
Pediatría. Centro de Salud La Montaña. Santander.

Introducción. Adolescente de 14 años con test de Adams positivo en la revisión del niño sano de 14 años. En dicho contexto se realiza telemetría de columna siendo objetivado como hallazgo casual lesión ósea descrita como un islote óseo, siendo estas lesiones radiodensas, habitualmente asintomáticas descubiertas generalmente de forma incidental en radiografías efectuadas por otros motivos. Sus características radiológicas ayudan al diagnóstico diferencial en caso de dudas con otras lesiones como osteoma u osteosarcoma.

Caso clínico. Adolescente de 14 años que en la revisión de 14 años presenta giba derecha en test de Adams y 7º con escoliómetro sin asimetría escapular ni desbalance pélvico objetivable en la exploración física. En este contexto se solicita telemetría de columna completa posteroanterior en bipedestación para confirmar o descartar escoliosis adquirida. Asintomática en todo momento. En el informe radiológico se describe aumento de densidad en región supraacetabular derecha de morfología ovoidea con un diámetro máximo de 1 centímetro aproximadamente en relación con islote óseo, descartándose presencia de escoliosis adquirida. Se informa a la familia del hallazgo incidental y se explica tanto la ausencia de etiología clara así como de necesidad de tratamiento específico.

Comentarios. Los islotes óseos/enostosis son lesiones radiodensas benignas, cuyas características radiológicas con localización en hueso esponjoso, contornos nítidos, lesión muy compacta y poco agresiva, osteoesclerótica, forma redondeada, ovalada o elíptica, ayudan a identificar la benignidad o malignidad de la lesión evitando así más exploración o intervenciones innecesarias.

Luxación congénita de rodilla, ¿qué más tenemos que descartar? *Melgosa Peña M¹, Prieto Domínguez C¹, Costa Lorente J², Matilla Sainz Aja N¹, Barbadillo Mariscal B¹, Gonzalo San Esteban A¹, Gil Calderón FJ¹, Tejero Pastor L¹.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. La luxación congénita de rodilla es una entidad rara (1/100.000 casos), 100 veces menos frecuente que la de cadera. Se diagnostica al nacimiento por hiperextensión marcada de rodilla, que se confirma radiológicamente. Relacionada con diversas etiologías, desde malas posiciones fetales intraútero hasta trastornos genéticos. El pronóstico dependerá del inicio precoz del tratamiento y asociación con otras anomalías.

Caso clínico. Recién nacida mujer a término (39 semanas edad gestacional), sin patología gestacional, parto eutócico en posición cefálica. Peso al nacimiento 2.935 gramos. Tras nacimiento se observa recurvatum extremo rodilla izquierda con limitación de flexión, resto de exploración normal. Realizan estudio radiológico visualizando desplazamiento anterior de tibia en relación con fémur, además caderas tipo II laxas bilaterales siendo izquierda luxable. Se coloca yeso inguinopédico en posición de flexión 10° en primera manipulación, con progresiva flexión semanal, hasta lograr 90°, y posterior cambio a arnés de Pavlik a las 4 semanas. Se mantiene arnés durante 3 meses, posteriormente por displasia acetabular colocan férula de abducción hasta los 13 meses de edad. Buena evolución en controles ecográficos, a la exploración hiperlaxitud generalizada. Valorada a los 13 meses en Neuropediatría por ausencia de gateo y bipedestación, con apoyo a los 12 meses, impresiona retraso motor secundario a patología traumatológica. Continúa estimulación en centro de atención temprana, pendiente evolución.

Comentarios. El tratamiento debe ser precoz, primeras 24-48 horas, con enyesados seriados o arnés de Pavlik. Es importante descartar otras displasias asociadas y malformaciones como pie zambo, por sus implicaciones y secuelas posteriores.

Pericondritis en la infancia, a propósito de un caso. *Castaneda Ruiz I, Romero del Hombrebueno Gomez del Pulgar Y, Maté Real A, Fernández Herrera MC, Moriana Río N, Morales Moreno AJ, Bartolomé Cano ML, Justo Vaquero P.* Pediatría y Áreas Específicas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La pericondritis es una infección poco frecuente del pericondrio del pabellón auricular ocasionada

habitualmente por antecedente traumático previo o puerta de entrada visible. Se presenta como una tumefacción dolorosa del pabellón auricular que pierde los relieves cartilaginosos habituales; respetando siempre el lóbulo de la oreja. Aún con manejo apropiado puede complicarse con necrosis del cartílago y deformidad permanente por lo que no debe considerarse una patología trivial.

Caso clínico. Paciente de 3 años que acude a Urgencias por otalgia izquierda de 20 horas de evolución, asocia eritema y edema de pabellón auricular izquierdo. Afebril. Antecedente de fístula preauricular izquierda que presenta desde el nacimiento. A la exploración física presenta buen estado general. Destaca eritema, calor e induración de pabellón auricular que respeta lóbulo de la oreja. No fluctuación. Supuración escasa en erosión en concha. Fístula preauricular con piel circundante normal sin supuración. Otoscopia normal. Se toma muestra del exudado para cultivo, se extrae analítica sanguínea con hemocultivo y se ingresa con corticoterapia y antibioterapia intravenosa (ceftazidima) que a los 2 días ante crecimiento de *S. aureus* en exudado se desescala a cloxacilina intravenosa. Alta a los 6 días con remisión completa de la clínica.

Comentarios. Las pericondritis suelen ser originadas por heridas en pabellón auricular. El tratamiento antibiótico empírico debe cubrir los dos gérmenes más frecuentes: *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*, siendo de elección las quinolonas orales en adolescentes, y en niños la antibioterapia intravenosa con cefalosporinas antipseudomonas.

Sábado 5 de abril • Centro Cultural de la Diputación

Torpeza motora progresiva e incontinencia urinaria: la importancia de la exploración física y el diagnóstico precoz. *Pérez Suárez I, Sánchez Prieto C, Navas Méndez de Andes F, Valdés Rodríguez D, González Guerrero C, Pulache Chávez HD, Rodríguez Fernández C.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. A pesar de ser bien conocida la relación entre estigmas neurocutáneos y disrafismo espinal oculto (DEO), es fundamental su diagnóstico precoz para prevenir el daño neurológico progresivo como el caso que presentamos.

Caso clínico. Niña de 8 años, procedente de Brasil desde hace un año, remitida a Neurología Infantil por torpeza motora progresiva. Antecedentes perinatales: preeclampsia, diabetes gestacional. Cesárea a las 35 semanas. Apgar: 9/9. Neonatal: hipoglucemia leve, hipertriosis lumbar no estu-

diada. Primeras fases del desarrollo normales, aunque desde siempre con caídas frecuentes y torpeza motora progresiva para subir/bajar escaleras, trepar o correr. Estreñimiento crónico, refractario a laxantes orales y antecedente de infecciones urinarias repetidas con incontinencia urinaria progresiva y enuresis. Durante el último mes consulta en Urgencias en varias ocasiones por dolor de extremidades. En la exploración destaca mechón de pelo lumbar con exploración neurológica normal. La resonancia cráneo-medular revela meningocele posterior T10-T11 con defecto del cierre óseo, hipoplasia láminas vértebras L1-L4 con defecto de cierre L5. Los potenciales evocados somatosensoriales demuestran afectación de cordones posteriores. Dada la sospecha de DEO con deterioro neurológico progresivo se deriva a Unidad de Neurocirugía de referencia.

Conclusiones. El DEO comprende una serie de malformaciones de la médula espinal. En muchos casos, los estigmas cutáneos son la única manifestación inicial. Un 20% no diagnosticados presenta vejiga neurógena, algunos con incontinencia rectal. El dolor lumbar o extremidades aparece en el 20% niños, elevándose al 80% adultos. Es fundamental el diagnóstico precoz, ya que la corrección quirúrgica puede prevenir daño neurológico progresivo e irreversible.

Consulta de Pediatría, más allá de la banalidad. Dragomirescu Dragomirescu I¹, Corrales Fernández A¹, De Diego Díez A². ¹Pediatría. Centro de Salud La Montaña. Santander. ²Facultativo Especialista de Área. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. El cuidado de la salud y la atención médica de la población pediátrica es parte fundamental de las labores como pediatras, desde las revisiones del niño sano periódicas hasta las consultas a demanda. Una valoración integral rápida en cada consulta independiente del motivo inicial de la misma, a vista de pájaro, puede tener implicaciones y repercusiones vitales en la atención posterior del paciente.

Caso clínico. Lactante de 9 meses y 20 días de vida que consulta por cuadro catarral y otalgia. En la exploración física llama la atención aumento llamativo del diámetro craneal por lo que se realiza medición del perímetro craneal con valor >percentil 99 (p > 99, 4,42 DE). Sin antecedentes personales de interés. Revisiones del niño sano erráticas, inicia vacunación con 6 meses de edad. Peso, longitud y perímetro cefálico normales hasta los 9 meses. Se realiza ecografía cerebral con los siguientes hallazgos: Aumento del espacio extraaxial, a expensas del espacio subaracnoideo.

Comentarios. La consulta de Pediatría en muchas ocasiones presenta un reto por exceso de presión asistencial y

otras por seguimiento errático no dependiente del pediatra, no obstante es primordial el enfoque integral del niño dada la implicación a corto y largo plazo que dicha consulta puede tener.

Rabdomiólisis asociada a isotretinoína y ejercicio: un caso clínico en adolescente. Recio González M, Sierra Pedraja E, Pérez Miguel M, Camacho Sáez B, García Mier C, Melnic Melnic D, Gestoso Uzal N, Caballero Del Campo O. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. La rabdomiólisis es un síndrome caracterizado por la destrucción de fibras musculares y la liberación de su contenido a la circulación sistémica, aumentando los niveles de creatinfosfoquinasa (CK). Entre sus causas adquiridas encontramos el ejercicio intenso, miopatías inflamatorias o algunos fármacos. La isotretinoína, retinoide empleado en el tratamiento del acné, se ha asociado a aumento de los niveles de CK, especialmente en pacientes que practican actividad física intensa.

Caso clínico. Presentamos el caso de un adolescente de 14 años que acude a urgencias por edema en brazo derecho desde hace 24 horas. Refiere ejercicio intenso en los cuatro días previos. Afebril, sin coluria u otros síntomas. Se encontraba en tratamiento con isotretinoína 30 mg/día por acné nódulo-quístico desde hacía 25 días. Se realiza analítica que revela elevación marcada de ALT, AST y CK (63.168 mg/dl), sin otras alteraciones. El estudio ecográfico realizado mostró miositis en ambos brazos, más acentuada en el derecho. Se decide ingreso hospitalario para control evolutivo y se solicita valoración por Dermatología. Tras la suspensión de la isotretinoína y el cese del ejercicio, los niveles de CK se normalizaron al cabo de unas semanas.

Comentarios. Este caso destaca la importancia de evaluar la toxicidad muscular asociada a la isotretinoína, especialmente en pacientes físicamente activos. Aunque la elevación de la creatina quinasa (CK) suele ser benigna, puede derivar en rabdomiólisis grave. Por ello, es fundamental realizar un seguimiento analítico adecuado y recomendar precaución con el ejercicio intenso en pacientes en tratamiento con isotretinoína.

Bibliografía: 1) Rabdomiólisis metabólica: actualización. Rev Med Clin Condes. 2018; 29(3): 325-36. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-rabdomiólisis-metabolica-actualizacion-S0716864018301044>. 2) Rhabdomyolysis: clinical manifestations and diagnosis. UpToDate. 2025. Disponible en: <https://www.uptodate-com.scsalud.a17.csinet.es/con>

tents/rhabdomyolysis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=rabdomiolisis&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2#H31738287. 3) Oral isotretinoin therapy for acne vulgaris. UpToDate. 2025. Disponible en: https://www.uptodate-com.scsalud.a17.csinet.es/contents/oral-isotretinoin-therapy-for-acne-vulgaris?search=isotretinoína&source=search_result&selectedTitle=2%7E122&usage_type=default&display_rank=1. 4) Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica de Isotretinoína. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA). Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/67570/67570_ft.pdf.

Síndrome neurooculocardiogenitourinario. *Romero García C, Alberola López S, Romero García C, Alberola López S. Pediatría. Centro de Salud Los Jardinillos. Palencia.*

Introducción. El síndrome neurooculocardiogenitourinario (NOCGUS) es un trastorno multisistémico de herencia autosómica dominante, caracterizado por un crecimiento deficiente y anomalías de los sistemas ocular, craneofacial, neurológico, cardiovascular, genitourinario, esquelético y gastrointestinal. Actualmente, hay escasa descripción del mismo en la literatura.

Caso clínico. Lactante de 2 meses, con antecedente gestacional de retraso del crecimiento intrauterino (CIR) tipo 1, persistencia de vena cava superior izquierda y arteria umbilical única. Cariotipo 46, XX. Durante el ingreso en Neonatología en Hospital Terciario presenta los siguientes diagnósticos:

- Comunicación interventricular mal alineada, persistencia de vena cava superior izquierda. Ductus arterioso persistente, foramen oval multiperforado. Hiperflujo pulmonar inicial. Cirugía de banding de arteria pulmonar y cierre del ductus.
- Shunt portosistémico extreahepático Abernethy tipo III.
- Riñón derecho bilobulado y duplicidad de sistema excretor.
- Quistes subependimarios derechos (hemorragia de la matriz germinal grado 1).
- Quiste del filum terminale (variante anatómica de la normalidad). Coxis evertido, con probable fusión de S5 con la primera porción coxígea.
- Agenesia falange distal de los quintos dedos de ambos pies.
- Leve hipoplasia de nervio óptico en ambos ojos.
- Hernias inguinales bilaterales.

Tras dos meses de seguimiento se encuentra en tratamiento con Furosemida y suplementos alimenticios y estable hemodinámicamente.

Comentarios. El NOCGUS cursa con deterioro neurológico significativo, defectos cerebrales estructurales, coloboma, convulsiones, mala alimentación y rasgos faciales dismórficos. El síndrome se asocia a una mutación heterocigota en el gen WDR37 del cromosoma 10p15.3 y puede provocar letalidad antes de los 2 años de edad.

Hipertensión intracraneal en paciente con válvula de derivación ventrículo-peritoneal: no descartes nunca la válvula. *Gil Calderón FJ, Prieto Domínguez C, Santamaría Sanz PI, Gómez Sáez F, Matilla Sainz-Aja N, Angulo Sánchez V, Tejero Pastor L, Recalde Tabar A. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La hipertensión intracraneal (HTIC) es la elevación de la presión intracraneal (PIC) que puede condicionar la aparición de clínica y que puede provocar la herniación cerebral. Se considera que una PIC >20 cmH₂O es el límite para iniciar tratamiento. Clínicamente aparece con la tríada de Cushing, con hipertensión arterial, bradicardia y alteración respiratoria. Puede acompañarse de deterioro del nivel de conciencia y vómitos. Existen múltiples causas, destacando la traumática, aunque en pacientes con válvula de derivación ventrículo-peritoneal siempre debemos valorar su posible obstrucción.

Caso clínico. Paciente de 10 años con disminución de nivel de conciencia y clínica de HTIC. Refiere cefalea y vómitos de 12 horas de evolución, con deterioro del estado general, y pérdida de consciencia por la que acuden a Urgencias. A los 19 meses presentó un cuadro de hidrocefalia obstructiva por un quiste pineal que precisó de colocación de VDVP. En las radiografías no se apreciaron alteraciones en la VDVP. En ecografía transcraneal y del nervio óptico se encontraron datos de HTIC. En tomografía inicialmente no se apreciaron alteraciones en la VDVP, pero en revisión posterior por mantenimiento de la clínica se apreció lesión de la válvula. Entró a quirófano para sustitución de la VDVP, presentando posteriormente resolución de la clínica.

Comentarios. En paciente con VDVP que presentan clínica de HTIC la causa más probable es la obstrucción o lesión de la válvula, por ello debemos mantener un alto índice de sospecha y realizar una valoración exhaustiva de la misma.

Cuando la realidad se deforma: descubriendo el síndrome de Alicia en el país de las maravillas. *Angulo Sánchez V, Santamaría Sanz PI, Navarro Abia V, Conejo Moreno D, Domínguez Sánchez P, García Terrazas A, Recalde Tabar A, Gonzalo San Esteban A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El síndrome de Alicia en el país de las maravillas (SAPM) se presenta en forma de trastornos complejos de la percepción visual. Tiene un espectro clínico muy variable en el que están descritos 42 síntomas visuales (micropsias, macropsias, teleopsias y dismorfopsias) y 16 somáticos (despersonalización, desrealización y percepción del tiempo alterada). Se ha asociado a infecciones, fármacos y enfermedades del sistema nervioso central sin definirse aún una etiopatogenia clara.

Caso clínico. Paciente de 6 años sin antecedentes de interés, consulta en Urgencias por episodio de discurso incoherente, visión borrosa y dismorfopsia tras despertar de la siesta. Referían que el día previo había presentado cuadro de vómitos alimenticios. En ese momento exploración neurológica normal. Se solicita interconsulta a Oftalmología con exploración normal salvo síndrome de Brown (hallazgo incidental). Se realiza PCR de virus respiratorios con resultado positivo para rino/enterovirus. En analítica sanguínea presenta discreto aumento de reactantes de fase aguda y tóxicos en orina negativos. Valorado en ese momento por Neuropediatría, citan en consultas para continuar estudio. Se realiza de manera ambulatoria RMN normal y VEEG en el que se observa un foco epiléptico temporal izquierdo, poco expresivo en vigilia. Se mantiene en estudio por parte de Neuropediatría con sospecha de SAPM.

Conclusiones. El SAPM es infrecuente, pero con una clínica muy alarmante, por lo que, si el profesional sanitario no está familiarizado con ello, puede llevar a realizar procedimientos innecesarios. Es conveniente explicar al paciente y familiar la benignidad del cuadro y su carácter autolimitado.

Encefalopatía aguda en contexto infeccioso y farmacológico.

Matilla Sainz-Aja N, Prieto Domínguez C, Gil Calderón FJ, García Gonzalez M, Del Blanco Gómez I, Navarro Abia V, Pérez Ortiz D, Clavijo Izquierdo ME. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. Las complicaciones neurológicas asociadas a sintomatología infecciosa no son despreciables. Hoy en día, los patógenos más frecuentemente relacionados son el virus varicela zóster o aquellos con sintomatología respiratoria y bacterias atípicas. Tras una sospecha clínica, las pruebas complementarias definirán el diagnóstico y permitirán instaurar el tratamiento específico.

Caso clínico. Adolescente de 12 años sin antecedentes de interés. Acude a Urgencias por clínica de mutismo, desviación ocular alternante, sialorrea y distonías en extremidad superior derecha. Se realizan numerosas pruebas comple-

mentarias tras las que se obtiene aumento de creatinquinasa, aumento leve de transaminasas y vídeo-electroencefalograma en el episodio agudo con trazado lento de base y anomalías epileptiformes en región temporal izquierda, hallazgos no presentes en vídeo-electroencefalograma de control. Se plantean diferentes diagnósticos diferenciales, sin esclarecerse etiología clara, salvo serología con IgM positiva para *Chlamydomydia pneumoniae* e ingesta de cetirizina el día previo. Autoresolución completa del cuadro clínico en los siguientes 3 días y tras tratamiento con azitromicina.

Comentarios. Las bacterias atípicas (*Chlamydomydia*, *Legionella* o *Mycoplasma pneumoniae*) se han asociado a cuadros de encefalitis o meningoencefalitis. Aunque no se conoce el mecanismo específico, la patogenia de la bacteria podría relacionarse con el curso del cuadro y la evolución es favorable con el tratamiento antimicrobiano. En este caso, algunos de los síntomas que presentó la paciente están descritos tras ingesta de cetirizina, por lo que no se puede descartar que contribuyese o fuese responsable de la sintomatología.

Mutación SYNGAP-1. Serie de casos en un hospital secundario. Musgo Balana P¹, Rondón Martínez CV¹, Navas Méndez de Andrés F², Del Villar Guerra P¹, Gautreaux Minaya SI¹, González Mieres C¹, Arias Consuegra MA¹, Prada Pereira MT¹. Servicio de Pediatría. ¹Hospital El Bierzo, Ponferrada, León. ²Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE). León.

Introducción. SYNGAP es una proteína post-sináptica involucrada en la señalización glutamatérgica. Mutaciones en el gen SYNGAP1 condicionan un espectro amplio de síntomas entre los que destaca el retraso del desarrollo, discapacidad intelectual, epilepsia y trastornos del comportamiento. Presentamos una serie de tres casos atendidos en nuestro centro que poseen esta mutación genética.

Casos clínicos. *Caso 1:* Niña seguida en consulta desde los 23 meses por retraso psicomotor con rasgos TEA, discapacidad intelectual, alteraciones del lenguaje, dispraxia y epilepsia generalizada con debut a los 34 meses. Padres consanguíneos. En el estudio genético presenta mutación en gen SYNGAP-1 variante C.333DEL, (P.LYS114SERFSTER20). *Caso 2:* Niño de 12 años con escoliosis dorsal severa, pectus excavatum, con rasgos TEA discapacidad intelectual retraso del aprendizaje y motor, dispraxia, disfagia neuromuscular y alteraciones del lenguaje. Estudio genético con mutaciones en SYNGAP 1 (6P21.32) c.2560C>T P.Arg854Cys. *Caso 3:* Niña de 13 años hermana del caso 2 que en estudio por patología familiar presenta misma mutación que caso 2. Presenta rasgos TEA grado 1.

Comentarios. Las mutaciones sobre el gen SYNGAP 1 pueden presentarse con diferentes fenotipos. El espectro de síntomas más comúnmente relacionados con esta mutación son las alteraciones del comportamiento y retraso en el neurodesarrollo. El principal reto de esta patología es su diagnóstico debido a su reciente descubrimiento y los síntomas que asocia. Es importante notificar los nuevos casos con su variante genética correspondiente para completar la base de datos europea y así permitir un mejor estudio futuro.

Sábado 5 de abril • Sala 1 Hotel Castilla La Vieja

La fiesta del mastocito. *Romero García C, Alberola López S, Romero García C¹, Alberola López S. Pediatría. Centro de Salud Los Jardinillos. Palencia.*

Introducción. La mastocitosis constituye un grupo de enfermedades caracterizado por una proliferación anormal de mastocitos en distintos tejidos, especialmente en la piel, de forma focal, como el mastocitoma solitario (MS), o diseminada, como la mastocitosis cutánea difusa. Las formas de mastocitosis más frecuentes son el MS y la urticaria pigmentosa.

Caso clínico. Varón de cuatro meses, sin antecedentes personales de interés, que acude por placa en zona malar derecha, no pruriginosa, de coloración eritematomarrónacea, parece que empeora por contacto con la saliva. Se pautan dos ciclos con corticoide tópico, con mejoría discreta, reapareciendo posteriormente. Se realiza interconsulta a Dermatología, identificando la lesión como MS.

Comentarios. El MS representa el 10% de los casos de mastocitosis cutánea. Consiste en una o varias lesiones ovaladas, con una superficie lisa, normalmente en las extremidades o el tronco. El signo de Darier, que es patognomónico y positivo >90% de los casos, y produce una urticación con el roce de su superficie. El MS aparece en dos picos, el primero antes de los seis meses de vida (normalmente resuelve espontáneamente durante los primeros años de vida), y el segundo en la edad adulta. No está indicada la realización de pruebas complementarias, a no ser que existan manifestaciones sistémicas. El tratamiento es conservador, recurriendo a antihistamínicos H1 y H2 para la reducción del prurito. Existen factores desencadenantes de la degranulación, que incluso puede producir anafilaxia (pudiendo requerir exéresis): cambios de temperatura, los traumatismos o la fricción, el ejercicio, el calor, el estrés, alimentos (chocolate o nueces), o medicamentos (AINEs).

La radiología como aliada en un diagnóstico complejo. *Corrales Fernández A¹, Sancho Gutierrez R², Viadero Ubierna MT³, Otero Fernández MM⁴, Dragomirescu Dragomirescu I¹, Ayala Velasco R⁵. ¹Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud La Montaña. Santander. ²Pediatra, Sección de Neumología Pediátrica; ³Pediatra, Sección de Cardiología Pediátrica; ⁴Radiólogo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁵Enfermero de Atención Primaria. Centro de Salud Sardinero. Santander.*

Introducción. Presentamos el caso clínico de un varón de 2 años y 9 meses de edad con neumonías de repetición. La revisión de las imágenes radiológicas de tórax alertó sobre hallazgos presentes que hicieron ampliar el estudio hasta llegar al diagnóstico final de atresia congénita de las venas pulmonares izquierdas con hipoplasia de la arteria pulmonar y pulmón ipsilateral.

Caso clínico. Recién nacido a término con peso adecuado para la edad gestacional. Cesárea. Periodo neonatal sin incidencias. Inicia escuela infantil a los 18 meses. Episodio de sibilantes desde los 10 meses de edad tratados con broncodilatador y corticoide inhalado. Valorado por neumología infantil a los 2 años y medio con diagnóstico de asma moderado persistente sin sensibilización alérgica. Primer ingreso por neumonía en llingula con derrame pleural asociado en mayo de 2024. Segundo ingreso por neumonía bilateral con derrame paraneumónico izquierdo en julio de 2024. Tercer ingreso por atragantamiento y sospecha de cuerpo extraño en vía aérea en octubre de 2024 con realización de broncoescopia. Reingreso en el mismo mes por hematemesis vs hemoptisis con realización de nueva broncoescopia. A las 24 horas de esta última broncoescopia ingresa por fiebre y quejido respiratorio llegando al diagnóstico final tras realización de distintas pruebas diagnósticas.

Comentario. Ante la evolución clínica tórpida, desde radiología infantil se procedió a la revisión cronológica de las imágenes, llegando al diagnóstico definitivo.

Lo que puede esconder un traumatismo. *Corrales Fernández A¹, Dragomirescu Dragomirescu I¹, López B². ¹Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud La Montaña. Santander. ²Médico Interno Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Atención Primaria. Santander.*

Introducción. El pseudoaneurisma arterial es una anomalía vascular originada por una disrupción en la discontinuidad de la pared arterial. Su etiología puede ser inflamatoria, yatrogénica o traumática, siendo esta última la más frecuente.

Es una entidad poco frecuente en adultos, careciendo de estudios estadísticamente significativos en la población pediátrica. Debe sospecharse ante cualquier masa pulsátil, antecedente traumático y masa dolorosa focal. El ultrasonido doppler es la primera línea de abordaje diagnóstico. Las opciones terapéuticas son variadas y deben individualizarse en cada caso.

Caso clínico. Adolescente varón de 15 años que acude al Servicio de Urgencias Pediátricas tras traumatismo frontal derecho tras colisión accidental con compañero. A la exploración tan solo destaca edema frontal derecho doloroso sin crepitación. Consulta a las 2 semanas por persistencia de bultoma no pulsátil en misma localización. Solicitamos ecografía que se informa como pseudoaneurisma traumático de la arteria supraorbitaria. En el momento actual se encuentra pendiente de valoración por Cirugía Vascular.

Comentarios. El pseudoaneurisma de la arteria supraorbitaria es una entidad poco frecuente, siendo la etiología más común la traumática. Es importante sospechar esta entidad ante el antecedente traumático y la presencia de masa en localización coincidente, para proceder a un diagnóstico precoz y así evitar complicaciones como la hemorragia masiva y fístulas arteriovenosas. Existen diferentes abordajes terapéuticos siendo la ligadura vascular y la embolización los más ampliamente utilizados.

Síndrome de dolor regional complejo en Pediatría: a propósito de un caso. *Gonzalo San Esteban A, Pérez Ortiz D, García Terrazas A, Obregón Asenjo M, Tejero Pastor L, Recalde Tabar A, Clavijo Izquierdo ME, Gil Calderón FJ. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El síndrome del dolor regional complejo se caracteriza por un dolor desproporcionado en relación a la anamnesis y los hallazgos físicos, siendo más frecuente en miembros inferiores. Presenta mayor prevalencia en niñas preadolescentes, presentando una fuerte relación con factores psicológicos. El diagnóstico es clínico, el dolor desproporcionado se asocia con signos de disfunción autonómica, como alodinia, hiperalgesia, edema, frialdad. El objetivo del tratamiento es recuperar la funcionalidad y aliviar el dolor, siendo necesario un abordaje multidisciplinar basado en educación, terapia física y terapia psicológica, con poca evidencia en cuanto al uso de fármacos. A pesar del difícil manejo, hasta el 90% de los niños alcanzan la remisión.

Caso clínico. Adolescente de 13 años, sin antecedentes de interés, consulta en Urgencias por dolor en primer, segundo y tercer dedo de la mano desde hace 6 meses. Refiere un dolor continuo, incapacitante con cambio de coloración. Valorada en su centro de salud, inician tratamiento con analgesia

de primer nivel sin mejoría, realizan analítica sanguínea, sin alteraciones y derivan a Reumatología. A la exploración física, vasodilatación y leve edema en primer, segundo y tercer dedo de la mano derecha. Hiperalgesia, movilización limitada por dolor. Perfusión, sensibilidad térmica y dolorosa conservada. Dada la sospecha, se completa estudio con radiografía, siendo normal y se deriva a Rehabilitación para valoración.

Comentarios. El síndrome del dolor regional complejo es una patología infrecuente en pediatría que requiere una alta sospecha clínica. Dado que el factor psicológico es clave debemos hacer especial hincapié en el mismo.

Detectar hoy, proteger el mañana: la clave en la hipercolesterolemia familiar. *Pérez Suárez I¹, Álvarez González AB², Quiroga González R¹, Navas Méndez de Andes F¹, Valdés Rodríguez D¹, González Guerrero C¹, Pulache Chávez HD¹, González García ME². Servicio de Pediatría. ¹Complejo Asistencial Universitario de León. ²Centro de Salud de Eras de Renueva. León.*

Introducción. La hipercolesterolemia familiar es uno de los trastornos genéticos más prevalentes de la edad pediátrica; sin embargo, en la mayoría de los casos pasa desapercibida. Se caracteriza por niveles plasmáticos elevados de colesterol LDL (lipoproteínas de baja densidad) que pueden detectarse ya desde el nacimiento. Esta elevación implica un aumento considerable del riesgo cardiovascular en edades tempranas y algunas de las manifestaciones más típicas, aunque no siempre presentes, son el arco corneal y los xantomas.

Caso clínico. Niña de 6 años remitida desde Atención Primaria por hipercolesterolemia. En una primera analítica, mayo de 2022, colesterol total 329 mg/dl y triglicéridos 63 mg/dl. No xantomas ni arco corneal. Rama familiar paterna con historia de hipercolesterolemia. Algunos estudiados, incluido el padre, todos con la misma mutación M120 revelando hipercolesterolemia familiar heterocigota. Inicialmente, se comienza tratamiento exclusivamente dietético (esteroles 3 veces a la semana), que resulta ineficaz para controlar los niveles de colesterol LDL. En analítica de control (diciembre de 2023) la cifra total de colesterol fue 298 mg/dl (LDL colesterol 243 mg/dl). Dadas las cifras elevadas de LDL, se decide iniciar tratamiento con rosuvastatina con buenos resultados en analíticas de control posteriores.

Conclusiones. La hipercolesterolemia familiar es una alteración genética con un elevado riesgo cardiovascular. El cribado precoz, combinado con cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico cuando sea necesario, mejoran el pronóstico. La concienciación y su detección temprana pueden prevenir eventos cardiovasculares prematuros.

Síndrome de Adie. A propósito de un caso. Recio González M¹, Gestoso Uzal N¹, García Mier C¹, Sierra Pedraja E¹, Sario Jamarco A¹, Loza Sierra A², Peñalba Citores AC¹, Leonardo Cabello MT¹. ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. El síndrome de Adie es una entidad de etiología desconocida caracterizada por la dilatación unilateral de una pupila, que responde más lentamente a estímulos luminosos que a la acomodación (siendo positivo el test de Pilocarpina), asociando una disminución de los reflejos en las extremidades. Es una entidad de naturaleza benigna, cuya fisiopatología radica en una degeneración del ganglio ciliar y de las fibras parasimpáticas postganglionares que inervan al músculo constrictor pupilar.

Caso clínico. Se presenta el caso de una adolescente de 12 años que acude hasta tres veces al Servicio de Urgencias Pediátricas a lo largo de mes y medio, consultando por anisocoria. Inicialmente acude por anisocoria visualizada en contexto de presíncope tras administración de vacuna, resuelta en el momento de la consulta, siendo diagnosticada de midriasis idiopática benigna. En las sucesivas consultas, refiere aproximadamente 6 episodios diarios de midriasis izquierda (aporta fotografías) que en ocasiones se acompañan de dolor binocular/frontal de tipo punzante o de visión borrosa de predominio en campo inferior. A la exploración, se objetiva midriasis izquierda e hiporreflexia en miembro inferior izquierdo, con resto de exploración por aparatos y neurológica normal. Se realiza un RMN cerebral sin hallazgos y es valorada por Oftalmología y Neuropediatría, que diagnostican de pupila de Adie y posible síndrome de Adie.

Comentarios. Dado que el síndrome de Adie es más común en adultos, en el abordaje inicial en Urgencias de un paciente con anisocoria es importante descartar causas de potencial gravedad, utilizando si es necesario, pruebas de imagen.

Consulta telefónica previa procedimientos con sedación. ¿Es útil para los padres? Angulo Sánchez V, Gómez Sánchez E, Del Blanco Gómez I, Oyagüez Ugidos PP, Melgosa Peña M, Valencia Ramos J, Cuervas-Mons Tejedor M, Pérez Ortiz D. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Para conocer la situación COVID, en mayo de 2020 se comenzó a contactar telefónicamente con las familias antes de procedimientos ambulatorios con sedación. Cesada la pandemia se mantuvieron las llamadas por la buena experiencia percibida en la unidad.

Objetivos. Conocer la opinión de los padres respecto a: 1) La comprensión y claridad de la información ofrecida en la consulta telefónica. 2) La confianza y tranquilidad adquirida para la sedación. 3) La satisfacción con las llamadas telefónicas previas a la sedación ambulatoria.

Material y métodos. Estudio cualitativo mediante encuesta de elaboración propia, anónima y voluntaria administrada el día de la sedación ambulatoria a los familiares de los pacientes previamente informados telefónicamente entre 1/02/ 2025 y 28/02/2025.

Resultados. Participaron las 51 familias encuestadas. Los procedimientos más frecuentes fueron: infiltración de toxina botulínica 47,06%, resonancia magnética 29,41%, endoscopia digestiva 13,72%. De la información recibida consideraban relevante la referida al procedimiento de sedación el 88%, las condiciones necesarias el 90% y los riesgos el 76%. La llamada generó confianza para el 96% de familias y fue suficiente para comprender riesgos/beneficios para el 88%. El 96% de familias consideraban claras y comprensibles las explicaciones y el 94% resueltas sus dudas e inquietudes. El 96% de familias acudieron al hospital más tranquilas, el 94% considera útil la consulta telefónica y el 92% no la sustituiría por una consulta presencial.

Conclusiones. La llamada telefónica informativa previa a procedimientos de sedación resultó útil y satisfactoria para la mayor parte de familias encuestadas y puede ser una opción ante la imposibilidad de una consulta presencial.

Influencia del nivel socioeconómico y cultural en la lactancia materna. Carrasco Villanueva MJ¹, Martín Irazo NM¹, Jiménez Hernández EM¹, Haupt Arabia V¹, Carpintero Martín MP², Martínez Fernández MM², Fernández Franco L². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Río Carrión. Palencia. ²Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud La Puebla. Palencia.

Objetivos. Valorar el impacto que tiene el nivel socioeconómico y cultural en la lactancia materna recibida en una muestra de adolescentes pertenecientes a nuestra comunidad autónoma.

Material y métodos. Estudio de asociación cruzada de las variables recogidas en adolescentes entre 12 y 14 años y sus padres/tutores legales a los que se les ha pasado un cuestionario de salud de forma aleatoria simple en los cupos de pediatría pertenecientes a la Red Sanitaria Centinela de Castilla y León. Las variables estudiadas fueron lactancia materna en los primeros 6 meses de vida, meses de lactancia materna exclusiva y total, lugar de residencia, renta familiar, nivel de estudios y país de origen.

Resultados. De los 475 participantes, el 82,7% recibieron lactancia materna en los primeros 6 meses de vida,

con una media de lactancia materna exclusiva (LME) de 4,3 meses. La duración de LME aumenta con el nivel de estudios del responsable principal ($p=0,004$). Según los ingresos familiares, el tiempo de LME fue mayor en domicilios con rentas entre 12.000-18.000€ y $>42.000€$ ($p=0,018$). La media de meses de LME fue mayor en zonas urbanas (4,51 meses) y la media de meses de lactancia total fue mayor en zona rural (11,48 meses), aunque estos resultados no son estadísticamente significativos. Por último, los adolescentes extranjeros recibieron mayor número de meses de LME y lactancia total que los adolescentes españoles.

Conclusiones. Con los datos obtenidos, se concluye que existen diferencias según el nivel socioeconómico y cultural, lugar de residencia y cultura de origen en la duración de la lactancia, aunque algunas de las variables no han sido estadísticamente significativas.

Enfermedades autoinflamatorias, todo un reto diagnóstico.

Musgo Balana P¹, Rondón Martínez CV¹, Moreno Duque LD², Ruiz de Morales JM³, Gautreaux Minaya SI¹, Prada Pereira MT¹, Arias Consuegra MA¹, Del Villar Guerra P¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital El Bierzo. Ponferrada, León. ²Servicio de Pediatría; ³Servicio de Inmunología. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. Las enfermedades autoinflamatorias son un grupo de inmunodeficiencias primarias cuya baja prevalencia e inespecificidad de sus síntomas dificultan su diagnóstico, que en muchos casos requiere un estudio genético. Se revisaron 4 casos de niños con manifestaciones compatibles con enfermedades autoinflamatorias, describiendo la clínica, evolución y hallazgos genéticos.

Descripción de los casos. *Caso 1:* Niña de 4 años con fiebre recurrente de 2-3 años de evolución (1 episodio mensual de 2-3 días de duración) sin variante genética patogénica asociada. *Caso 2:* Niño de 5 años, afecto de mastocitosis, con fiebre recurrente desde hace 1 año (1 episodio cada 2-3 semanas de 4-5 días de duración), adenopatías laterocervicales y, desde hace 3 años gonalgia bilateral nocturna (1-2 veces por semana con cojera, sin signos inflamatorios ni fiebre). No se encontraron mutaciones en estudio genético. *Caso 3:* Niño de 6 años con urticaria no pruriginosa, adenitis mesentérica y úlceras bucales. Además, ha presentado angioedema facial ocasionalmente tras exposición al frío. Se identificó alteraciones en gen PLG2. *Caso 4:* Niña de 8 años con urticaria recurrente desde hace 1 año (3-4 episodios semanales), angioedema sin desencadenante conocido, artralgias en (rodillas y tobillos), episodios de febrícula y antecedentes familiares de

haploinsuficiencia A20 (TNFA1P3) Se identificó la misma variante genética.

Comentarios. El diagnóstico de las enfermedades autoinflamatorias sigue siendo un reto clínico debido a la variabilidad fenotípica e inespecificidad de los hallazgos analíticos. Aunque el estudio genético sigue siendo clave para confirmar el diagnóstico, su ausencia no excluye el diagnóstico, ya que se desconoce la base genética de muchas de estas entidades.

Sábado 5 de abril • Sala 2 Hotel Castilla La Vieja

Orejas al sol: una dermatosis estacional poco conocida en la infancia. **Navas Méndez de Andés F¹, Pérez Suárez I¹, Valdés Rodríguez D¹, González Guerrero C¹, Pulache Chávez HD¹, Musgo Balana P², Fuentes Martínez S³.** ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. ²Servicio de Pediatría. Hospital El Bierzo. ³Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud Ribera del Órbigo. León.

Introducción. Las enfermedades cutáneas son un motivo frecuente de consulta en Pediatría, especialmente en atención primaria. Es importante considerar cómo varían las diferentes dermatosis en edad pediátrica según las variaciones ambientales asociadas a las estaciones del año. La erupción primaveral juvenil de las orejas es una afección cutánea benigna de carácter autolimitado que aparece típicamente al llegar la primavera. Su diagnóstico es clínico y no precisa de pruebas complementarias. Aunque tiende a la resolución espontánea, el tratamiento con corticoides tópicos y antihistamínicos orales puede acortar la duración de los síntomas.

Caso clínico. Niño de 10 años que acude a consulta por lesiones bilaterales en pabellón auricular de dos días de evolución. Refiere dos episodios previos similares, ambas en periodo primaveral de los dos años anteriores. Se pautó antihistamínico oral y corticoide tópico, con resolución de la clínica a los dos días.

Comentarios. La erupción primaveral juvenil de las orejas es una dermatosis benigna y autolimitada que afecta principalmente a niños y adolescentes durante la primavera. Se caracteriza por la aparición generalmente bilateral de pápulas eritematosas y vesículas en el hélix del pabellón auricular, sin asociar afectación sistémica. Su etiología está relacionada con la exposición a la radiación ultravioleta, considerándose una variante localizada de la erupción polimorfa lumínica. El diagnóstico es clínico, siendo importante diferenciarlo de otras entidades similares como la dermatitis de contacto o el lupus eritematoso cutáneo. El tratamiento es conservador, incluyendo fotoprotección y emolientes cutáneos, pudiéndose

usar antihistamínicos orales y corticoides tópicos para la inflamación y el prurito.

Granuloma piógeno: el trampantojo de los tumores vasculares. *Romero García C, Alberola López S, Romero García C, Alberola López S. Centro de Salud Los Jardinillos. Palencia.*

Introducción. En los últimos años ha habido un gran progreso en el campo de las anomalías vasculares en pediatría, tanto en clasificación como en abordaje terapéutico. Existen dos grandes grupos bien diferenciados: los tumores vasculares (suelen involucionar) y las malformaciones vasculares (persisten de por vida). Los hemangiomas infantiles son el grupo más importante de los tumores y es el tumor benigno más frecuente de la infancia, generalmente de curso indolente. La malformación vascular más frecuente es la mancha en Vino de Oporto.

Caso clínico. Acude a consulta un varón de 3 años por una pápula rojiza en zona maxilar inferior derecha, de unos 4 mm de diámetro desde hace 3 meses, sangrante al roce, sin asociar dolor ni picor, con rápido crecimiento en las últimas semanas. Se realiza interconsulta a Dermatología, diagnosticando un granuloma piogénico que tras tratamiento con sal común resuelve.

Comentarios. El granuloma piogénico es una lesión vascular de la piel y mucosas cuya etiopatogenia es desconocida. El término es erróneo, pues histológicamente no se observan granulomas y no existen evidencias de su naturaleza infecciosa. Suele aparecer en niños y adultos jóvenes y su incidencia es similar en ambos sexos. Clínicamente se caracteriza por la presencia de una pápula o nódulo de crecimiento rápido y apariencia angiomatosa que sangra y ulcera con facilidad. Generalmente se localiza en zonas expuestas a traumatismos (cara, manos). Su tratamiento puede ser desde conservador (sal común de mesa cubierta, beta-bloqueantes tópicos) hasta la electrocoagulación con anestesia local.

Neurofibroma plexiforme en adolescente sin neurofibromatosis. *Valdés Rodríguez D¹, Pulache Chávez HD¹, Navas Méndez de Andés F¹, Pérez Suárez I¹, González Guerrero C¹, Muñiz Fontán M¹, Rodríguez Ruiz M², Arredondo Montero J².* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. Los neurofibromas plexiformes son tumores benignos de los nervios periféricos con potencial de malignización, característicos de la neurofibromatosis tipo 1 (NF1). Su aparición de forma esporádica y aislada es rara, por lo

que ante su presencia debe sospecharse la existencia de síndromes asociados. Su diagnóstico puede retrasarse debido a su similitud con otras lesiones subcutáneas.

Caso clínico. Paciente mujer de 13 años sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes que acudió a Urgencias por una tumoración subcutánea dolorosa en el antebrazo izquierdo de dos meses de evolución, sin traumatismos ni sintomatología sistémica. La exploración física reveló una tumoración sólida, nodular, bien definida y móvil. La radiografía simple no mostró alteraciones óseas y fue dada de alta. Durante el seguimiento por su pediatra de atención primaria, se solicitó estudio ecográfico que sugirió lesión compatible con pilomatrixoma. Fue valorada por Cirugía Pediátrica y se indicó exéresis de la lesión. Intraoperatoriamente, se observó una lesión fusiforme, xantocrómica, de aspecto neural, que fue completamente extirpada. El diagnóstico anatomopatológico fue neurofibroma plexiforme. No se identificaron criterios clínicos de NF1, y el estudio genético para NF1 fue negativo. El estudio genético de la lesión está en curso para excluir una NF1 segmentaria. La paciente se encuentra asintomática y en seguimiento.

Comentario. Ante el diagnóstico de un neurofibroma plexiforme en un paciente pediátrico, es fundamental considerar la posibilidad de neurofibromatosis tipo 1 (NF1). Sin embargo, también puede tratarse de un hallazgo esporádico, como en el caso de nuestra paciente. Además, debe contemplarse siempre la posibilidad de una NF1 segmentaria.

Traquioniquia, entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de patología de la uña. *Dragomirescu Dragomirescu I, Corrales Fernández A. Pediatría. Centro de Salud La Montaña. Santander.*

Introducción. La traquioniquia es un trastorno de lámina ungueal que se caracteriza por un aumento de las estriaciones longitudinales, depresiones y pitting, con aspecto final de uñas deslustradas con pérdida de brillo y distróficas. Su origen es desconocido, se puede observar de forma aislada o en el contexto de otras enfermedades ungueales y cutáneas y su diagnóstico es clínico con autoresolución en 2-6 años.

Caso clínico. Se trata de un paciente de 9 años que consulta por aparición de lesiones en las uñas de las manos y pies de aproximadamente 1 año de evolución, preocupados por el aspecto estético. No antecedentes familiares o personales de interés. Asintomático a todos los niveles. En la exploración física se aprecia en uñas manos y pies estriaciones longitudinales con un tacto áspero, depresiones y pitting con aspecto deslustradas con discreta pérdida de brillo. No lesiones en mucosas y piel ni otras alteraciones en la exploración física. Se emite sospecha diagnóstica y a

la vez se realiza interconsulta de Dermatología que confirma diagnóstico de traquioniquia. Se inicia tratamiento con Regenerail durante 4 meses. En control a los dos meses mejoría.

Comentarios. La patología ungueal es un motivo de consulta muy frecuente en Pediatría por lo que el conocimiento de una entidad como traquioniquia es importante tanto de cara a evitar estudios invasivos innecesarios así como para llevar a cabo un tratamiento en caso de gran afectación por el aspecto estético pese a resolución espontánea.

Hiperqueratosis plantar como efecto adverso de tratamiento sistémico con inhibidores BRAF. Dragomirescu Dragomirescu I, Corrales Fernández A. Pediatría. Centro de Salud La Montaña. Santander.

Introducción. La hiperqueratosis plantar representa un efecto adverso frecuente del tratamiento con Dabrafenib que además de ser invalidante para los pacientes es extremadamente antiestética y tiene una marcada repercusión psicológica y física.

Caso clínico. Adolescente de 15 años en seguimiento con Oncología Pediátrica por ganglioglioma grado III diagnosticado con 6 años de edad, estando actualmente en tratamiento con inhibidor BRAF V600 (Dabrafenib) desde hace 5 años. Presenta hiperqueratosis plantar como efecto secundario del tratamiento desde hace 1 año con mal control y mala respuesta a tratamiento tópico con urea al 20% y ácido salicílico al 30% y empeoramiento progresivo hasta impedir la marcha autónoma por dolor a pesar de intervención con deslaminación de las capas hiperqueratósicas superficiales por parte de Podología. Tras varios intentos de abordaje con queratolíticos a concentraciones de hasta 30% se inicia tratamiento tópico con ácido salicílico al 50% con importante mejoría de las lesiones y recuperación progresiva de las actividades rutinarias.

Comentario. La hiperqueratosis plantar es una patología poco común en Pediatría pero con gran afectación a nivel físico y limitación en las actividades básicas sobre todo en casos moderados-severos por lo que un adecuado abordaje y seguimiento estrecho conduce a una mejora en la calidad de vida de estos pacientes.

Granuloma aséptico facial idiopático, una entidad a tener en cuenta. Dragomirescu Dragomirescu I, Corrales Fernández A. Pediatría. Centro de Salud La Montaña. Santander.

Introducción. El granuloma aséptico facial idiopático (GAFI) es una patología específica de la edad pediátrica caracterizada por la aparición de nódulos rojizos asintomá-

ticos en la región facial. Su etiopatogenia se orienta dentro del espectro de la rosácea infantil. Presenta evolución crónica benigna, habitualmente con resolución espontánea de las lesiones en menos de un año. Su tratamiento es conservador y se evitan las intervenciones agresivas.

Caso clínico. Lactante de 18 meses que consulta por lesión geográfica cutánea en mejilla izquierda eritematosa sin descamación con pápulas en bordes e interior, palidece a la vitropresión. No antecedentes de interés. Se inicia tratamiento con miconazol sin mejoría por lo que se realiza interconsulta de dermatología cuya respuesta sugiere como posible diagnóstico GAFI. Se realiza ecografía doppler que describe la lesión como nódulo dérmico, no encapsulado, que presenta una longitud máxima de unos 9 mm, no muestra aumento de la señal *doppler* ni calcio en su interior, correspondiendo con la sospecha clínica de GAFI. Se decide actitud expectante sin tratamiento específico. Control a los 4 meses, solo quedan algunas zonas telangiectásicas sin nódulos ni otras lesiones.

Comentarios. El GAFI es una entidad de la edad pediátrica de etiología desconocida que se presenta como un nódulo rojizo crónico de localización facial siendo su diagnóstico clínico y la ecografía *doppler* color ayuda al diagnóstico. La recomendación actual orienta hacia el tratamiento conservador por lo que el conocimiento de dicha patología es importante para evitar sobretratamientos innecesarios o intervenciones quirúrgicas.

Exantema por apetencia por el frío. Romero García C, Alberola López S, Romero García C, Alberola López S. Centro de Salud Los Jardinillos. Palencia.

Introducción. Se define urticaria como una alteración de la piel cuya lesión característica es el habón, el cual consiste en un área central edematosa rodeada por eritema. Se produce por la estimulación y degranulación de los mastocitos que, a través de mecanismos inmunológicos y no inmunológicos, liberan diferentes mediadores (histamina) iniciando la respuesta inflamatoria.

Caso clínico. Mujer de 7 años que acude a consulta por referir reacción a nivel de cara y brazos con habones y eritema, pruriginoso. Se pauta inicialmente antihistamínico oral. Se plantea diagnóstico con Dermatología (urticaria a frigore vs. dermatografismo). Se descarta fiebre y artralgias y se realiza prueba con cubito de hielo (positiva), confirmando la urticaria a frigore. Se mantiene antihistamínico y se recomienda evitar estímulos fríos.

Comentarios. Las urticarias físicas son aquellas urticarias que se producen tras la aplicación de distintos estímulos físicos y suelen desaparecer espontáneamente <2 horas

tras cesar el estímulo. Pueden representar desde el 15% al 30% de las urticarias crónicas (> 6 semanas). La urticaria al frío desencadena por contacto con frío: agua, aire, bebidas, alimentos y objetos fríos. Aparecen habones en las zonas expuestas 2-5 minutos tras el estímulo. Cuanto más pequeño es este periodo, mayor es el riesgo de síntomas graves, como anafilaxia. Se diagnostica por el test del cubito de hielo, aunque su negatividad no lo excluye. En ocasiones, estas manifestaciones son secundarias a ciertas anomalías, como el fenómeno de Raynaud, púrpura, vasculitis o enfermedades que cursan con crioglobulinemia, por lo que, el estudio complementario debe ser exhaustivo.

No toda costra amarillenta es un impétigo. Recalde Tabar A, Pérez Ortiz D, Barbadillo Mariscal B, Almeida de Miranda G, Ruiz Araus A, Melgosa Peña M, Angulo Sánchez V, García Terrazas A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. La dermatitis atópica es la enfermedad cutánea más frecuente en la infancia. La clínica varía según la edad del paciente, siendo características en lactantes las lesiones exudativas en mejillas, cuero cabelludo y superficies extensoras de extremidades. El diagnóstico es clínico y la base del tratamiento los corticoides tópicos.

Caso clínico. Lactante de 5 meses consulta en Urgencias por lesiones cutáneas. Refieren desde el segundo mes de vida lesiones eritematosas descamativas en cara y cuero cabelludo. Se diagnostica de dermatitis seborreica, pautándose tratamiento queratolítico, sin éxito. Posteriormente, aparece exudación amarillenta, y ante sospecha de impétigo se inicia mupirocina tópica. Ante falta de respuesta se escala a amoxicilina oral, con persistencia de la clínica. Consultan entonces en Urgencias, impresionando de eccema atópico generalizado en tronco y extremidades. A nivel facial se observa eritema con componente exudativo en forma de lesiones costrosas amarillentas, que respetan el triángulo nasolabial y se extienden a cuero cabelludo. Ante sospecha de dermatitis atópica del lactante, se inicia metilprednisolona tópica, con buena evolución.

Comentario. Es importante recordar que en la dermatitis atópica el tipo y localización de las lesiones varía según la edad. En lactantes el diagnóstico diferencial incluye la dermatitis seborreica y el impétigo. Si bien la afectación cefálica es característica de la dermatitis seborreica, no solo deberemos pensar en ella, ya que esta localización también es frecuente en lactantes atópicos. Por otro lado, esta entidad puede cursar con lesiones exudativas y costras amarillentas, sin ser esto sinónimo de impétigo. Estos pacientes responderán al tratamiento corticoideo, y no al antibiótico.

Eccema coxsackium vs. eccema herpeticum: consideraciones clínicas y diagnóstico diferencial. Prieto Domínguez C, Mirás Veiga A, Santamaría Sanz PI, Gil Calderón FJ, Barbadillo Mariscal B, García Terrazas A, Matilla Sainz-Aja N, Ruiz Araus A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. El eccema coxsackium (EC) y eccema herpeticum (EH) son enfermedades exantemáticas que pueden confundirse puesto que ambas presentan lesiones papulovesiculares pruriginosas. El EC, causado por el virus coxsackie, afecta a niños pequeños con lesiones en extremidades, orofaringe y área del pañal. El EH, asociado al virus herpes simple (VHS), implica mayor gravedad y presenta lesiones en cara, cuello y tórax mientras que respeta área del pañal y faringe.

Casos. *Caso 1.* Lactante varón de 12 meses, con dermatitis atópica, que presenta exantema papulovesicular que se inició en pie con posterior extensión a tórax, área del pañal y peribucal. Las lesiones y su distribución orientan a EC por lo que se inicia tratamiento antihistamínico y se realiza PCR que confirma el diagnóstico con resultado positivo para enterovirus. *Caso 2.* Lactante varón de 19 meses, con dermatitis atópica, que presenta exantema papulovesicular en miembros inferiores y superiores, sin afectación peribucal ni área del pañal. Ante un posible EH se inicia tratamiento empírico domiciliario con aciclovir oral y amoxicilina-clavulánico y se recoge PCR de exudado. Se realizan revisiones y se recibe resultado de PCR negativa para VHS y positiva para enterovirus por lo que se suspende aciclovir.

Conclusiones. Es importante realizar un buen diferencial entre ambas entidades, ya que el manejo y tratamiento son distintos. El diagnóstico es clínico pero un estudio microbiológico puede ayudar a distinguir ambas enfermedades. En caso de sospecha de EH o dudas en el diagnóstico, es importante iniciar tratamiento antiviral de forma empírica hasta los resultados de Microbiología.

Impacto del uso de tecnologías en el índice de masa corporal y las horas de sueño. Carrasco Villanueva MJ¹, Jiménez Hernández EM¹, Martín Iranzo NM¹, Haupt Arabia V¹, Carpintero Martín MP², Martínez Fernández MM², Fernández Franco L². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Río Carrión. Palencia. ²Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud La Puebla. Palencia.

Objetivos. Valorar el impacto que tiene el uso de TIC (tecnologías de la información y comunicación) en el sobrepeso/obesidad y en las horas de sueño en adolescentes pertenecientes a nuestra comunidad autónoma.

Material y métodos. Estudio de asociación cruzada de las variables recogidas en adolescentes entre 12 y 14 años

y sus padres/tutores legales a los que se les ha pasado un cuestionario de salud de forma aleatoria simple en los cupos de pediatría pertenecientes a la Red Sanitaria Centinela de Castilla y León. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, horas de uso de TIC, horas de sueño, peso y talla.

Resultados. De los 475 participantes, el 49,5% fueron hombres y el 50,5% mujeres, siendo la media de edad en ambos casos de 12,6 años. La media de horas de sueño diario fueron 8,28 y en fin de semana 9,65. La media de horas de uso de TIC diario fueron 4,19 y en fin de semana 7,45. El uso de TIC tiene correlación positiva con las desviaciones estándar para índice de masa corporal. El uso de TIC tiene correlación negativa con las horas de sueño. Se han obtenido resultados estadísticamente significativos entre las variables horas de uso de TIC y sueño, aunque hay poca fuerza de correlación (-0,2).

Conclusiones. El uso de TIC podría afectar a la salud de los adolescentes. Con los datos obtenidos se concluye que a más horas de uso de TIC menos horas de sueño y a más horas de uso de TIC mayor desviaciones positivas respecto al índice de masa corporal. La mayoría de resultados no han sido estadísticamente significativos.

Tiroidectomía en paciente pediátrico con enfermedad de Graves Basedow, ¿qué otras alternativas terapéuticas tenemos? *Melgosa Peña M, Angulo Sánchez V, Prieto Domínguez C, Pérez Ortiz D, Clavijo Izquierdo ME, García Terrazas A, Gil Calderón FJ, Blanco Barrio A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La causa más frecuente de hipertiroidismo en niños es autoinmune, en 95% casos por enfermedad de Graves Basedow (EGB). Actualmente hay tres opciones terapéuticas, sin haber demostrado superioridad una sobre otra, de ahí, la controversia sobre tratamiento idóneo.

Caso clínico. Niño 4 años con elevación tiroxina (7,2 ng/dl) y supresión tirotrópica (TSH) en analítica realizada por retraso madurativo. Tránsito intestinal aumentado (5 deposiciones/día), no otra sintomatología, no bocio ni exoftalmos. Estudio hipertiroidismo con anticuerpos anti-receptor de TSH, anti-tiroglobulina y anti-microsomales positivos. Ecografía tiroidea aumento tamaño lóbulos con aspecto desestructurado y marcada vascularización compatible con EGB. Inicia tratamiento con carbimazol (máximo 0,41 mg/kg/día), alcanzando estado eutiroideo en ocho meses, sin efectos secundarios. Tras 2 años y medio presenta bocio grado Ib-II y leve exoftalmos predominio derecho. Planteamos tratamiento definitivo, en nuestro centro descartan radioyodo por edad así que realizan tiroidectomía total. Tras cirugía presenta hipo-

paratiroidismo secundario con hipocalcemia asintomática que precisa reposiciones calcio intravenoso y posteriormente calcio oral (máximo 78 mg/kg/día) y calcitriol (0,5 µg/día). Actualmente tratamiento con levotiroxina (dosis 2,33 µg/kg/día), mejoría exoftalmos, pendiente evolución.

Comentarios. En menores 6 años la tirotoxicosis puede pasar desapercibida por comienzo insidioso. La oftalmopatía es más frecuente que en adultos, no suele ser una manifestación inicial y generalmente es leve y con tendencia a remitir espontáneamente. Existe controversia sobre el tratamiento en niños, no habiendo consenso sobre mejor opción. Generalmente se usan antitiroideos como primera opción terapéutica. En cuanto tratamiento definitivo, la experiencia del centro puede ser clave para elegir la mejor opción.

Diagnóstico y manejo de anemia hemolítica en Urgencias Pediátricas. *Álvarez Blanco E¹, de Juan Vázquez D¹, Álvarez Menéndez L¹, Salcedo Fresneda O², Vivanco Allande A², Castro González O³, Palomo Moraleda MP³, Lobeiras Tuñón A¹.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ²Servicio de Pediatría; ³Servicio de Hematología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La hematuria en pediatría requiere un diagnóstico diferencial riguroso. Un manejo adecuado en urgencias es esencial para la estabilización y la orientación diagnóstica.

Caso clínico. Niña de 2 años con hematuria y fiebre desde hace 72 horas, diagnosticada de ITU en Atención Primaria 48 horas antes, tratada con cefixima 8 mg/kg/día. Acude a Urgencias por nuevo episodio de hematuria y persistencia de fiebre. Presenta triángulo de evaluación pediátrica inestable por el lado circulatorio, shock compensado. FC 140 lpm, TAS 105 mmHg, TAD 71 mmHg. Se inicia suero salino fisiológico a 10 ml/kg. Se solicita analítica: Hb 7,6 g/dl, proteína C reactiva 105 mg/L, procalcitonina 15,42 mg/L, función renal normal. Exudado nasofaríngeo positivo para adenovirus. Tira de orina con hematíes +++, sin observar hematíes ni leucocitos en sedimento. La ecografía abdominal muestra esplenomegalia. Ante sospecha de anemia hemolítica, se solicita test de Coombs que resulta positivo. Se descarta síndrome hemolítico urémico ante ausencia de insuficiencia renal y trombopenia. Ingresa en Cuidados Intensivos, iniciando corticoterapia 1 mg/kg/día. Tras 48 horas, hemoglobina 5,1 g/dl. Se transfunde concentrado de hematíes y se aumenta la dosis de corticoides a 1 mg/kg cada 8 horas, con mejoría clínica y analítica. Tras ampliar estudios inmunohematológicos, se confirma el diagnóstico de anemia hemolítica inducida por cefixima.

Comentarios. El manejo inicial se centró en la estabilización hemodinámica y la exclusión de diagnósticos graves. La intervención temprana y el seguimiento adecuado fueron clave para la resolución favorable del cuadro.

La importancia de tratamiento inmediato ante clínica compatible. *Fernández Rodríguez L, González Guerrero C, Fernández García A, Escudero Villafañe A, Iglesias Oricheta M, Herreras Martínez A, Rodrigo Fernández A, Martín Pino S. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

Introducción. La púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) es el trastorno hematológico más frecuente en la infancia con una mortalidad del 1%. El diagnóstico es de exclusión así como la adecuada respuesta a tratamiento con corticoterapia, IGIV o IG anti-Rh.

Caso clínico. Paciente de 5 años que acude a Urgencias con dolor abdominal intenso y vómitos hemáticos. En analítica se objetiva trombocitopenia grave ($6.000/\text{mm}^3$) y anemia ($9,4 \text{ g/dl}$). Antecedente de apendicetomía e infección por Influenza B hace 10 días. Ante sospecha de peritonitis ingresa iniciándose antibioterapia y transfusión de dos pools de plaquetas. En control posterior, persistencia de la clínica, $5.000/\text{mm}^3$ plaquetas y coagulopatía asociada (TP 65%; INR 1,39) decidiéndose traslado a hospital de referencia en UCI pediátrica. Tras descartar posibilidad de coagulación vascular diseminada y ausencia de esquistocitos en sangre, se inicia corticoterapia a 4 mg/kg/día , ácido tranexámico y vitamina K con cese del sangrado digestivo, corrigiéndose la coagulopatía y desapareciendo el dolor abdominal. La paciente presenta resolución clínica con mejoría analítica tras 48 horas.

Comentarios. La clínica típica de la PTI consiste en la aparición brusca de exantema petequeal y solo un 10% asocian epistaxis o sangrado digestivo. Su tratamiento basado en corticoterapia, IGIV o IG anti-Rh debe iniciarse de inmediato en caso de sangrado mucoso activo. Su etiología es desconocida, aunque existen hipótesis de que se desencadena tras infección viral o vacunación. El objetivo del tratamiento es la clínica, no la corrección plaquetaria. La esplenectomía está indicada en urgencias hemorrágicas con riesgo vital que no responden a tratamiento.

Hemoglobinopatía I-Toulouse: una causa infrecuente de hipoxemia persistente. *Tejero Pastor L, Almeida de Miranda G, Mañaricua Arnaiz A, Prieto Domínguez C, Matilla Sainz-Aja N, Merino Arribas JM, Portugal Rodríguez R, Gabaldón Pastor D. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La hemoglobinopatía I-Toulouse es una variante poco frecuente de hemoglobina, caracterizada por la sustitución de lisina por ácido glutámico en la posición 67 de la cadena beta. Esta alteración genera menor afinidad por el oxígeno, lo que se traduce en anemia hemolítica leve, metahemoglobinemia y baja saturación de oxígeno basal. Hasta la fecha se han descrito seis casos en la literatura, de los cuales solo uno presentaba hipoxemia significativa.

Caso clínico. Niño de 5 años con antecedente de síndrome de apnea hipoapnea obstructiva del sueño grave y adenoamigdalectomía. En seguimiento en Neumología Infantil por hipoxemia persistente, sin tratamiento habitual. Entre los antecedentes familiares destacan hipoxemia en abuela paterna y sobrinos paternos; además el padre presenta hemoglobina anómala de migración rápida (47,6%), pendiente de estudio genético. No refiere tos, ni fatiga, ni cambios de coloración; practica deporte de forma habitual. Se objetiva una saturación basal del 92%, sin signos de dificultad respiratoria, normoperfundido y con auscultación pulmonar normal. Espirometría sin alteraciones. Ante la sospecha de hemoglobinopatía hereditaria es derivado a la consulta de Hematología Infantil, donde se solicita electroforesis de hemoglobinas que muestra un pico del 44,9% en la región Hb H, asociado a una variante de cadena beta (posiblemente una Hb-I-Toulouse). Actualmente se encuentra en seguimiento sin tratamiento.

Comentarios. El diagnóstico de la hemoglobinopatía-I-Toulouse puede ser tardío debido a su baja prevalencia e inespecificidad de los hallazgos clínicos. Debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes con hipoxemia inexplicable, especialmente en pacientes con antecedentes familiares sugestivos.

Plaquetas en caída libre, ¿cómo abordar el diagnóstico diferencial? *Pulache Chávez HD, Navas Méndez de Andes F, González Guerrero C, Pérez Suárez I, Valdés Rodríguez D, Neira Arcilla MM, Desvaux García M. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

Introducción. Las trombocitopenias inmunes son la causa más frecuente de trombocitopenia de origen periférico. La trombocitopenia inmune primaria (PTI) es la más frecuente. Definida como disminución aislada, transitoria o persistente de plaquetas por debajo de $100.000/\text{mm}^3$, sin causa evidente. Su diagnóstico es de exclusión, enfocado a considerar otras causas como enfermedades autoinmunes sistémicas, infecciosas y farmacológica.

Caso clínico. Niña de 4 años sin factores de riesgo hemorrágico que acudió por aparición de petequias de 2 horas de

evolución y epistaxis autolimitada. Antecedente de cuadro catarral hace 7 días, tratado con trimetoprim/sulfametoxazol. En la exploración presentaba lesiones petequiales, purpúricas y equimosis en cuerpo, labios y mucosa oral, sin sangrado activo. Se solicitó analítica, que mostró 2.000/ μ l plaquetas, inmunoglobulinas, función renal y coagulación normales, sedimento de orina 1-5 hematíes/campo, reactantes, serologías y hemocultivo negativos. Se decidió ingreso para tratamiento con corticoides orales por sospecha de PTI. Se solicitó anticuerpos antiplaquetarios y autoinmunidad que resultaron negativos y ácido fólico normal. Por parte de Inmunología no consideró realizar test de anticuerpos antiplaquetarios

inducidos por fármaco añadido a la muestra. La paciente evolucionó favorablemente, presentando al alta 95.000/ μ l plaquetas. Actualmente asintomática, con plaquetas normales y en seguimiento evolutivo.

Comentarios. Ante la sospecha de PTI, es fundamental realizar una adecuada anamnesis y exploración física para excluir otras causas de trombopenia. La trombocitopenia inducida por fármacos puede ser por mecanismo inmune y no inmune. El cotrimoxazol puede actuar a nivel central (ácido fólico alterado) o periférico (mecanismo inmune). Aún sin diagnóstico confirmatorio, se recomienda evitar dicho fármaco.