

Mesa Redonda: Casos clínicos a debate

Concurso de casos clínicos

AUTORES: C. LÓPEZ FERNÁNDEZ¹, F. ÁLVAREZ CARO²

COLABORADORES: E. APARICIO CASARES², S. BUENO PARDO², J. GARDE BASAS¹, A. GÓMEZ FARPÓN³, J. GONZÁLEZ GARCÍA², B. HUIDOBRO FERNÁNDEZ², B. JIMÉNEZ MONTERO¹, S. LLORENTE PELAYO¹, P. MARLASCA SAN MARTÍN⁴, V.A. OREÑA ANSORENA¹, P. RODRÍGUEZ LORENZO², T. TORRE GONZÁLEZ¹

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón (Asturias). ³Servicio de Cirugía Infantil. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). ⁴Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria

CASO CLÍNICO 1

Acude a su consulta un niño de 3 años con lesiones pruriginosas, especialmente nocturnas. Las lesiones se concentran en muñecas, surcos interdigitales, palmas y plantas de manos y pies, así como en el tronco. Consisten en surcos que terminan en lesiones papulares, estando algunas de ellas escoriadas. Asocia asimismo lesiones duras nodulares en zona genital de medio centímetro de diámetro también pruriginosas. Varios miembros de la familia están igualmente afectados.

En relación a la entidad que padece el paciente señale la opción incorrecta:

- A. El tratamiento de primera línea en este caso sería la permetrina al 5%, repitiendo su aplicación a los 7 días.
- B. La persistencia del picor es un indicador fiable de fracaso terapéutico.
- C. En caso de tratarse de un paciente menor de 2 meses el tratamiento de primera línea sería el azufre precipitado en vaselina.
- D. La ivermectina oral está indicada en niños de más de 15 kg si existiera un fracaso terapéutico al tratamiento tópico o riesgo del mismo.

Respuesta correcta B.

Escabiosis. El tratamiento de elección es la permetrina para el paciente y sus convivientes. En menores de 2 meses

no está autorizada por lo que se emplea como tratamiento de primera línea en esta franja de edad el azufre precipitado en vaselina al 6%. Para casos refractarios o con alta sospecha de serlo, el fármaco de elección es la ivermectina. El prurito puede durar de 2 a 4 semanas tras un tratamiento adecuado, no siendo por tanto un buen indicador de respuesta⁽¹⁾.

CASO CLÍNICO 2

Acude a su consulta un lactante de 4 meses por una lesión ovalada de unos 3-4 cm de longitud en zona témporo-parietal izquierda, de color amarillo anaranjado, ligeramente sobrelevada sin vello sobre la misma, que no ha sufrido cambios desde el nacimiento. No asocia descamación.

En relación a la patología de este lactante señale la respuesta correcta:

- A. No es necesaria escisión quirúrgica precoz, recomendándose seguimiento clínico inicial y posterior escisión con anestesia local.
- B. Debe extirparse quirúrgicamente preferiblemente antes del año de vida.
- C. Tiene riesgo de transformación maligna en los primeros 5 años de vida especialmente.
- D. La lesión debe tratarse con láser ablativo para eliminar el riesgo de malignidad.

Respuesta correcta A.

Correspondencia: cristina_lopez_fdez@hotmail.com (Cristina López Fernández)

© 2025 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

Nevus sebáceo de Jadassohn. El manejo consiste en escisión quirúrgica electiva, preferiblemente cuando el niño sea más mayor y el procedimiento más seguro. La transformación maligna es infrecuente (menos del 1% antes de la pubertad). Las terapias menos invasivas como el láser no eliminan completamente la lesión y no garantizan la prevención de transformación maligna posterior⁽²⁾.

CASO CLÍNICO 3

Niña de 12 años que consulta en urgencias por fiebre (un pico vespertino de 40°C) desde hace 10 días y odinofagia. Durante el pico febril presenta mal estado general, artromialgias y un exantema macular en tronco y raíz de extremidades, manteniéndose asintomática y con buen estado general en los periodos afebriles. La exploración física no muestra hallazgos relevantes. En su Centro de Salud le habían realizado un test rápido de estreptococo (negativo) y un exudado faríngeo (también negativo). En la analítica destaca una leucocitosis con neutrofilia y trombocitosis, además de PCR y VSG elevadas.

¿Cuál es su principal sospecha diagnóstica?:

- A. Faringoamigdalitis estreptocócica.
- B. Lupus eritematoso sistémico.
- C. Artritis idiopática juvenil sistémica.
- D. Enfermedad de Kawasaki.

Respuesta correcta C.

AIJ sistémica. Patrón de fiebre característico con afectación del estado general únicamente durante el pico febril y exantema evanescente. La artritis no es criterio indispensable. Los niños mayores con frecuencia presentan odinofagia, al igual que la enfermedad de Still del adulto⁽³⁾.

CASO CLÍNICO 4

Lactante de 22 meses que consulta en Urgencias por episodio de movimientos tónico-clónicos generalizados de unos 5 minutos de duración que ocurrieron hace 2 horas en su domicilio. Refieren notarle caliente, constatando fiebre de 38,2°C unos minutos antes del episodio. Clínica catarral acompañante. Como antecedentes personales, ha realizado otros 2 episodios previos de mismas características en contexto febril a los 12 y 18 meses. Cabe destacar que el padre presentó crisis febriles en la infancia. La exploración neurológica es normal, y la faringe ligeramente hiperémi-

ca con moco en cavum. Resto de exploración dentro de la normalidad.

Señale la respuesta correcta con respecto a la actitud a seguir:

- A. Solicitar hemograma, bioquímica, coagulación y mantener en observación. Según analítica y evolución valorar realizar punción lumbar para descartar infección del sistema nervioso central.
- B. Dada la repetición de episodios es necesario realizar un vídeo-electroencefalograma (vEEG).
- C. Dada la repetición de episodios, interconsulta a Neuropediatría para valorar el inicio de fármacos antiepilépticos para prevenir la recurrencia de episodios.
- D. Dado que se trata de una crisis febril típica con exploración neurológica normal sin otros datos de alarma, alta a domicilio con recomendaciones.

Respuesta correcta D.

Crisis febril simple o típica. No está indicado ningún estudio complementario. La realización de vEEG no predice el pronóstico a largo plazo de recurrencia. El inicio de fármacos antiepilépticos no está indicado en ausencia de factores de riesgo asociados, ya que no previene el desarrollo de epilepsia posterior y los posibles efectos adversos superan los beneficios⁽⁴⁾.

CASO CLÍNICO 5

Lactante de 6 meses que acude a su pediatra de Atención Primaria a una revisión rutinaria. En la exploración llama la atención la presencia de hipotonía generalizada y debilidad. Se objetiva ausencia completa de sedestación y arreflexia. Contacto visual adecuado, sonríe, interactúa con nosotros, nos sigue con la mirada... La madre refiere que reconoce el biberón, reconoce caras conocidas, ríe a carcajadas, balbucea.

Señale la correcta:

- A. Dado que presenta un retraso motor con el resto de áreas del neurodesarrollo conservadas, citar revisión en 3 meses para ver evolución.
- B. Derivar a Atención Temprana para comenzar estimulación y fisioterapia.
- C. Dada la sospecha diagnóstica, derivar de forma preferente a Neuropediatría además de inicio de Atención Temprana.
- D. Todas las respuestas son falsas.

Respuesta correcta C.

Atrofia muscular espinal (AME). Debe sospecharse ante un lactante con retraso del desarrollo psicomotor en área postural, hipotonía periférica con arreflexia y debilidad, con resto de áreas del neurodesarrollo conservadas. El inicio precoz del tratamiento médico marca el pronóstico de los pacientes por lo que su derivación a Neuropediatría para estudio es prioritaria⁽⁵⁾.

CASO CLÍNICO 6

Niño de 6 años que consulta en urgencias por debilidad progresiva de inicio hace 4 días. Inicia dolor en miembros inferiores con rechazo progresivo de la marcha. En las últimas 24 horas asocia también debilidad en miembros superiores. Refieren ausencia de clínica infecciosa en el momento actual pero antecedente de gastroenteritis aguda 3 semanas antes. En urgencias se objetiva FC 125 lpm, TA 117/65 mmHg, resto de constantes normales. Algo pálido. Glasgow 15/15. FIS normales. Pares craneales normales. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Arreflexia rotuliana y aquílea. Hiporreflexia bicipital/tricipital. BM 3/5 en miembros inferiores, 4/5 en miembros superiores. Incapacidad para la marcha. Sensibilidad normal. No dismetría ni temblor. Meníngeos negativos. Exploración sistémica sin alteraciones.

Señale la correcta:

- A. Dada la sospecha diagnóstica y la clínica progresiva, ingreso hospitalario e inicio de tratamiento con gammaglobulinas intravenosas.
- B. Realizar punción lumbar y solicitar RM para completar estudio. Según hallazgos valorar inicio o no de tratamiento con gammaglobulinas.
- C. Dada la clínica compatible con encefalitis aguda iniciar aciclovir, realizar prueba de imagen previa punción lumbar y avisar a UCIP para vigilancia estrecha.
- D. Todas las respuestas son falsas.

Respuesta correcta A.

Síndrome de Guillain-Barré. El diagnóstico es clínico, los estudios complementarios ayudan a confirmarlo y descartar otras posibilidades en caso de dudas. Ante un cuadro muy sugestivo y con clínica progresiva, la realización de pruebas diagnósticas no debe retrasar el inicio del tratamiento con gammaglobulinas⁽⁶⁾.

CASO CLÍNICO 7

Acude a su consulta de Atención Primaria para la revisión del mes de vida un lactante alimentado con fórmula infantil.

Al comentar el inicio de la vacunación en la próxima revisión de los 2 meses, los padres refieren dudas acerca de si vacunar a su hijo o no. Comentan que siguen en una red social a un *influencer* que trata temas de salud con un enfoque “integral” y que ha hecho un vídeo explicando que las vacunas son peligrosas porque contienen metales como el aluminio, que es neurotóxico.

Señale la respuesta verdadera acerca del contenido de aluminio en las vacunas:

- A. El aluminio se utiliza como conservante en algunas vacunas, facilitando su distribución y almacenaje durante períodos más largos de tiempo.
- B. Las sales de aluminio son metabolizadas en el hígado y se eliminan por las heces, sin acumularse en cantidades significativas en personas sanas.
- C. Es probable que el lactante haya ingerido en este primer mes más aluminio con la alimentación que el que recibirá en total con todas las vacunas del primer año.
- D. Hay evidencia sólida que relaciona el aluminio de las vacunas con el desarrollo de Alzheimer, pero no con los trastornos del espectro autista en la infancia.

Respuesta correcta C.

El aluminio se emplea en forma de sales como adyuvante en algunas vacunas para mejorar la respuesta inmunitaria y se elimina por la orina sin acumularse en personas sanas. No existe evidencia científica que lo relacione con autismo ni con Alzheimer. La cantidad de aluminio que reciben los lactantes a través de la alimentación en los primeros meses de vida (0,04 y 0,2 mg por cada litro de leche materna y artificial, respectivamente), es mayor que la cantidad total administrada con todas las vacunas del primer año (0,125- 0,85 mg por dosis)⁽⁷⁾.

CASO CLÍNICO 8

Niño de 8 años, acude a Atención Primaria por fiebre y odinofagia de 48 horas de evolución, desde esta mañana refieren voz gangosa. A la exploración destaca hiperemia faríngea con enantema petequeial, sin exudados; adenopatías cervicales bilaterales y exantema eritemato-rosado en tronco áspero al tacto. Test de diagnóstico rápido positivo para antígeno de *Streptococcus pyogenes*; se decide iniciar tratamiento con penicilina oral.

¿Cuándo podrá reincorporarse al colegio?

- A. Después de 3 días de tratamiento antibiótico, aunque todavía tenga fiebre.

- B. Tan pronto como desaparezca el exantema, aunque no haya comenzado el tratamiento antibiótico.
- C. Después de haber pasado la fiebre y haber recibido al menos 24 horas de tratamiento antibiótico.
- D. Cuando hayan transcurrido 2 semanas desde el inicio de los síntomas, independientemente del tratamiento.

Respuesta correcta C.

Escarlatina. Exclusión escolar hasta resolución de la fiebre y haber completado al menos un día de tratamiento antibiótico eficaz. El exantema puede persistir, aunque el riesgo de contagio haya disminuido⁽⁸⁾.

CASO CLÍNICO 9

Niña de 18 meses de edad cuya madre acaba de ser diagnosticada de enfermedad celíaca. La niña está asintomática y tiene una exploración normal con un crecimiento en p25 proporcionado. Le solicita una analítica en la que presenta: hemograma normal, bioquímica con función renal normal, ALT de 40 IU/L (VN 10-49), AST 50 IU/L (VN 20-67), GGT 10 U/L (VN 6-25), con bilirrubina total 1mg/dL, LDH 206 U/L (VN 120-246) y FA 1890 U/l (VN 144-400). Perfil férrico, calcio y fósforo normales. Vitamina D 26 ng/ml (20-50). IgA normal con Anticuerpos antitransglutaminasa IgA 1.03 (VN 0-5), con HLA DQ 2.5/DQ2.2.

Cuál sería tu actitud más adecuada:

- A. Solicitar ecografía abdominal urgente.
- B. Realizar seguimiento y solicito control analítico en 2-4 meses.
- C. Repetir la analítica al día siguiente para comprobar, ya que la elevación de la fosfatasa alcalina (FA) debe de ser un error de laboratorio.
- D. Tranquilizar a la familia y no programar más controles ya que es una hiperfosfatemia transitoria de la infancia.

Respuesta correcta B.

Hiperfosfatemia transitoria de la infancia. Entidad benigna y autolimitada relativamente frecuente en niños pequeños (prevalencia 2,8% en menores de 2 años), que cursa con elevación aislada de fosfatasa alcalina una media de 4 a 5 veces por encima del límite superior normal, sin enfermedad ósea o hepática asociadas. Requiere controles clínicos y analíticos para descartar afectación ósea y hepática y comprobar normalización de los valores de FA, habitualmente en 4-6 meses⁽⁹⁾.

CASO CLÍNICO 10

Niño de 12 años que consulta en Atención Primaria por dolor abdominal periumbilical de 4 meses de evolución. Refiere episodios de dolor durante 2-3 días con mejoría posterior y nuevo empeoramiento, sin un claro patrón temporal ni relación con alimentos o desencadenantes. Asocia deposiciones líquidas alternantes con otras normales, sin productos patológicos, coincidentes en general con los días en que presenta dolor. El dolor se alivia con la deposición y no le despierta por la noche. Refieren que ha podido perder 2 kg de peso y les impresiona que come menos. No antecedentes personales ni familiares relevantes salvo un abuelo con úlcus duodenal por *H. pylori* hace 1 año.

Cuál de las siguientes pruebas no solicitaría en este caso:

- A. Analítica con VSG.
- B. Calprotectina fecal.
- C. Serología de enfermedad celíaca.
- D. Antígeno de *Helicobacter pylori* en heces.

Respuesta correcta D.

Síndrome de intestino irritable. Indicado realizar estudios complementarios para descartar organicidad, principalmente enfermedad inflamatoria intestinal. No se recomienda la búsqueda ni el tratamiento de la infección por *H. pylori* en niños con dolor abdominal funcional o trastornos del eje intestino-cerebro. Tampoco indicado en pacientes asintomáticos con antecedentes familiares de úlcera gastroduodenal; únicamente se sugiere la búsqueda con test no invasivo en niños con antecedentes familiares de primer grado de cáncer gástrico⁽¹⁰⁾.

CASO CLÍNICO 11

Adolescente de 15 años que acude a Urgencias en ambulancia convencional por disminución del nivel de conciencia. Refiere la familia que al llegar al domicilio le han encontrado en su habitación somnolienta y con varios blísteres vacíos sobre la cama. Ha estado toda la tarde sola en casa y creen que ha tenido una discusión con su pareja. Seguimiento en Psiquiatría por trastorno ansioso, dispone de Noctamid (lor-metazepam) de rescate, no otros psicofármacos prescritos. En domicilio también disponen de analgésicos habituales, niegan posibilidad de otros fármacos. A su llegada a urgencias presenta un triángulo de evaluación pediátrica (TEP) inestable en apariencia (disfunción cerebral primaria): se encuentra muy somnolienta, responde a la llamada con apertura ocular, presenta respiración espontánea sin distrés y buen color.

Respecto al manejo inicial de esta paciente, ¿cuál es la opción más adecuada?

- A. Monitorización, estabilización inicial ABCDE, analítica completa con gasometría, tóxicos en orina y carbón activado vía oral.
- B. Monitorización, estabilización inicial ABCDE, analítica completa con gasometría, tóxicos en orina y, si se confirman benzodiazepinas, flumazenilo i.v.
- C. Monitorización, estabilización inicial ABCDE, glucemia capilar, analítica completa con gasometría, niveles de paracetamol en sangre y tóxicos en orina.
- D. Monitorización, estabilización inicial ABCDE, analítica completa con gasometría, tóxicos en orina y lavado gástrico.

Respuesta correcta C.

Intoxicación medicamentosa voluntaria. La descontaminación gástrica con carbón activado vía oral está indicada solo en paciente alerta sin riesgo de aspiración (o intubado con vía aérea protegida). El lavado gástrico es una técnica cada vez más restringida, debiendo considerarse de forma excepcional en intoxicaciones amenazantes para la vida cuando el carbón activado no está indicado o disponible. El flumazenilo tiene una relación riesgo-beneficio desfavorable al disminuir el umbral convulsivo, por lo que se limita su uso a pacientes con intoxicación única por benzodiazepinas con insuficiencia respiratoria o hemodinámica que no responda a medidas de soporte. La determinación de la glucemia capilar forma parte de la secuencia ABCDE de estabilización inicial. Está indicado descartar intoxicación por paracetamol en todas las intoxicaciones voluntarias/con fin suicida⁽¹¹⁾.

CASO CLÍNICO 12

Te encuentras viendo un partido de fútbol de niños de 10 años en un campo municipal. De forma súbita, uno de los jugadores pierde el conocimiento y cae al suelo. Piden ayuda de un sanitario. Hay un desfibrilador externo automático (DEA) en el campo. Acudes corriendo y encuentras al niño tendido en el campo, inconsciente sin respuesta a estímulo verbal y táctil. Abres vía aérea con maniobra frente-mentón y compruebas que el niño no respira.

¿Cuál de las siguientes opciones es verdadera?

- A. Tras realizar 5 ventilaciones de rescate debemos comprobar pulso antes de iniciar cardio-compresiones.
- B. Si somos 1 solo reanimador y hay un DEA fácilmente accesible, después de realizar las 5 ventilaciones de res-

cate debemos aplicar el DEA y llamar a los servicios de emergencia en modo altavoz simultáneamente.

- C. Si somos 2 reanimadores y hay un DEA fácilmente accesible, después de realizar 2 minutos de RCP debemos aplicar el DEA y llamar a los servicios de emergencia en modo altavoz simultáneamente.
- D. El uso de un DEA no debe alterar la realización de una RCP de calidad por lo que no debemos interrumpir las cardio-compresiones hasta el momento de administración de la descarga, incluido durante el análisis del ritmo.

Respuesta correcta B.

Reanimación cardiopulmonar básica. Tras las 5 insuflaciones de rescate, en ausencia de signos de vida (tos, movimientos, respiración normal) se deben iniciar cardio-compresiones, no considerándose fiable la palpación del pulso incluso por personal sanitario entrenado. Un único reanimador debe solicitar ayuda por teléfono en modo altavoz y aplicar un DEA tras las 5 ventilaciones de rescate en los casos en que sea muy alta la probabilidad de un ritmo desfibrilable (colapso súbito presenciado) y haya un DEA fácilmente accesible. Para minimizar las interrupciones, se aconseja mantener las maniobras de reanimación mientras se colocan los parches y hasta el momento de la descarga, debiendo detenerlas también durante el análisis del ritmo⁽¹²⁾.

CASO CLÍNICO 13

Acude a urgencias un niño de 8 años correctamente vacunado y sin antecedentes personales de interés por fiebre de 8 horas de evolución, sin otra clínica acompañante. En la exploración presenta TEP inestable en el lado circulatorio y la apariencia: shock descompensado. Se encuentra postrado, tendente al sueño. Palidez generalizada con relleno capilar 4 segundos, frialdad acra con gradiente térmico hasta tobillos y muñecas. ACP rítmica sin soplos, buena ventilación bilateral sin ruidos sobreañadidos. No signos de dificultad respiratoria. Meníngeos negativos, no rigidez de nuca. No exantemas. ORL normal. Constantes: FC 180 lpm, FR 40 rpm, SatO₂ 96%, TA 100/60 mmHg, T° 38,9°C.

Estás de guardia en un hospital comarcal a 1 hora de tu UCI-P de referencia, ¿qué opción es menos adecuada respecto al manejo inicial de este paciente?

- A. Presenta un shock descompensado y precisa oxígeno FiO₂ 100% y expansión de volumen.
- B. Se recomienda administración precoz de antibiótico empírico de amplio espectro en la 1ª hora, aunque no sea posible extraer hemocultivo.

- C. La expansión de volumen debe realizarse preferentemente con cristaloides balanceados a 10 cc/kg.
- D. Si tras administrar 40 cc/kg continúa en insuficiencia circulatoria, debemos activar traslado urgente a UCI-P de referencia y mantener fluidoterapia.

Respuesta correcta D.

Shock séptico. Paciente inestable y con datos de gravedad cuyo traslado a una UCI-P debe activarse de forma precoz. Si tras la estabilización inicial con expansión de volumen a 40 cc/kg el paciente continúa en insuficiencia circulatoria, está indicado comenzar tratamiento con drogas vasoactivas por vía periférica y mantener fluidoterapia durante el traslado⁽¹²⁾.

CASO CLÍNICO 14

Varón de 13 años, futbolista federado, que acude a consulta de Atención Primaria por alteración en un ECG realizado durante un reconocimiento deportivo. La familia acude muy preocupada porque no se le ha dado el “apto” para federarse esta temporada. Aporta el ECG del reconocimiento (figura 1).

¿Cuál es la orientación diagnóstica y actitud más adecuada en este caso?

- A. ECG normal. Ritmo sinusal, conducción normal, QRS estrecho con eje normal, bloqueo incompleto de rama

derecha (BIRDHH), repolarización normal. QTc: 410 ms. El paciente no presenta ninguna limitación para la práctica deportiva.

- B. ECG anormal: preexcitación tipo Wolff-Parkinson-White (WPW). Se aprecia preexcitación visible en cara inferior y lateral. Derivar a Cardiología para confirmación diagnóstica y contraindicar temporalmente la práctica deportiva hasta completar la valoración y estratificación del riesgo de la vía accesorio.
- C. ECG anormal, pero no patológico. Ritmo auricular bajo con PR corto (como resultado del propio foco de automatismo), sin preexcitación ventricular evidente. La imagen observada en cara inferior es el “espejo” del BIRDHH. Una ergometría podría ser útil para valorar la conducción AV durante el ritmo sinusal.
- D. ECG anormal, pero no patológico. Ritmo sinusal con PR corto, sin evidencia de preexcitación ventricular. En principio no requiere restricción deportiva, aunque si persisten dudas, podría completarse el estudio con una ergometría.

Respuesta correcta B.

Preexcitación tipo Wolff-Parkinson-White (WPW). Los deportistas con WPW tienen mayor riesgo de muerte súbita debido al alto impulso simpático observado durante el entrenamiento, por lo que se recomienda restringir la actividad deportiva hasta la estratificación del riesgo de la vía accesorio⁽¹³⁾.

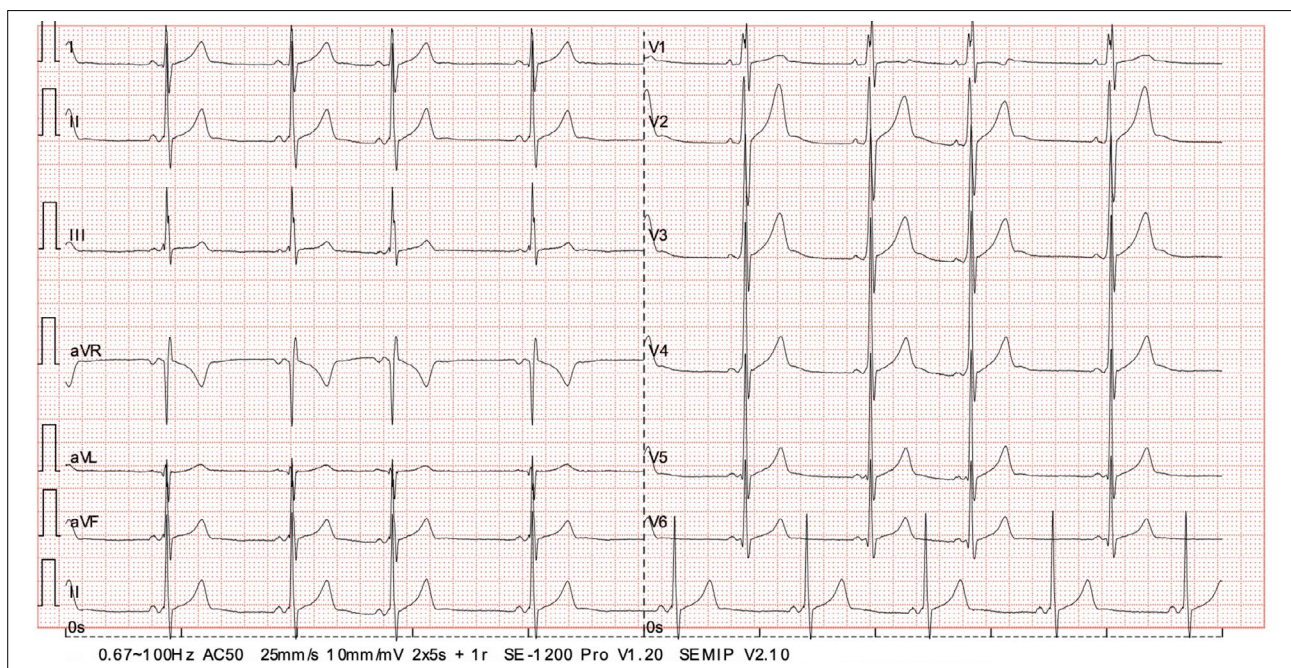


Figura 1. Caso 14.

CASO CLÍNICO 15

Niño de 2 años que consulta por dolor e inflamación progresiva en la cara lateral de la pierna izquierda desde hace 2-3 días, inicialmente presentaba una picadura de insecto. Asocia fiebre de inicio hace unas horas, máximo 38°C. A la exploración presenta lesión indurada de 4 cm, con enrojecimiento y calor, con pequeño punto central purulento, compatible con absceso cutáneo. Se realiza drenaje en la consulta, que es escaso, enviándose muestra para cultivo. Dado el drenaje incompleto, se pauta amoxicilina-clavulánico vía oral para domicilio. A las 48 horas se reevalúa, ha remitido la fiebre, pero la lesión está similar, no ha drenado más y no fluctúa. En el cultivo se aísla *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM).

¿Qué antibioterapia sería la más apropiada en este momento?

- A. Cefadroxilo vía oral.
- B. Linezolid vía oral.
- C. Trimetoprim-sulfametoxazol vía oral.
- D. Clindamicina vía oral.

Respuesta correcta C.

Infección cutánea por SARM. El cefadroxilo, antibiótico de primera línea en infecciones cutáneas en nuestro medio, no es eficaz frente a SARM. El tratamiento oral de elección en este caso es la clindamicina y el trimetoprim/sulfametoxazol, especialmente recomendado este último en niños pequeños dado que la clindamicina está disponible únicamente en cápsulas. El linezolid, útil frente a infecciones por SARM, no está aprobado en menores de 18 años y su uso “off label” se restringe al ámbito hospitalario para infecciones graves o complicadas⁽¹⁴⁾.

CASO CLÍNICO 16

Niño de 10 años que consulta por una mancha ovalada en el muslo derecho desde hace unos días, con punto central y borde eritematoso, que ha ido creciendo con aclaramiento de la zona central. Refiere picadura de garrapata en esa zona 2 semanas antes, que retiraron por completo. No fiebre ni otra clínica asociada.

¿Cuál es la actitud más apropiada?

- A. Impresiona celulitis tras la picadura por lo que pautaría cefadroxilo vía oral y reevaluaría en 48 horas.
- B. Impresiona de reacción alérgica a picadura, por lo que pautaría antihistamínico y una pomada de corticoide tópico.

- C. Con el antecedente de picadura de garrapata, podría ser eritema migratorio, extraería serología de *Borrelia* y trataría solo si serología positiva.
- D. Con el antecedente de picadura y las características de la lesión, parece eritema migratorio, no precisa extraer serología y trataría con doxiciclina 10 días.

Respuesta correcta D.

Eritema migratorio. Manifestación más típica y precoz de la enfermedad de Lyme. En esta fase precoz localizada el diagnóstico es clínico (lesión característica y antecedente epidemiológico), y se recomienda iniciar tratamiento antibiótico sin necesidad de confirmación microbiológica⁽¹⁵⁾.

CASO CLÍNICO 17

Acude a su consulta un niño de 10 años para control de salud rutinario, durante la exploración le hace una determinación de la tensión arterial.

¿En cuál de los siguientes supuestos sería necesario iniciar un tratamiento farmacológico además del no farmacológico?

- A. Paciente asmático y TAS en el percentil 80 para la edad, sexo y talla.
- B. Paciente con enfermedad tiroidea crónica y TAD en el percentil 75 para la edad, sexo y talla.
- C. Paciente sin enfermedades crónicas con una TAS en el percentil 93 para la edad, sexo y talla.
- D. Paciente con diabetes y TAD en el percentil 96 para la edad, sexo y talla.

Respuesta correcta D.

Hipertensión arterial (HTA). Tratamiento farmacológico indicado en pacientes con TAS o TAD superior al percentil 95 y uno o más de los siguientes: falta de respuesta al tratamiento no farmacológico, HTA secundaria, HTA sintomática, lesión en órgano diana, HTA 5 mmHg por encima del percentil 99, diabetes, dislipemia, enfermedad renal o crisis hipertensiva⁽¹⁶⁾.

CASO CLÍNICO 18

Acude a su consulta una niña de 20 meses por cuadro de fiebre de 24 horas de evolución sin otra sintomatología aparente. Ud. decide solicitarle un urocultivo de una orina que pudo recoger “al acecho”

¿Cuándo consideraría dicho urocultivo positivo?

- A. Si hay entre > 10.000 UFC/mL de un germen patógeno.
- B. Si hay entre 50.000-100.000 UFC/mL de un germen patógeno.
- C. Si hay más de 1.000 UFC/mL de germen patógeno.
- D. Si se realizó aseó previo adecuadamente, cualquier crecimiento es considerado positivo.

Respuesta correcta B.

En la última actualización de la Guía de Práctica Clínica española sobre infección urinaria se define como urocultivo positivo el aislamiento de 50.000-100.000 UFC/ml de un germen patógeno en chorro miccional medio limpio, siendo una alternativa válida en niños no continentes la obtención de orina mediante técnicas no invasivas bien realizadas como es la recogida "al acecho", con indicadores de validez similares al chorro miccional limpio (grado recomendación: C). Además, se determina que es posible el diagnóstico con menor recuento bacteriano si los síntomas y el resto de los datos apoyan el diagnóstico⁽¹⁷⁾.

CASO CLÍNICO 19

Lactante mujer de 4 semanas de vida, pretérmino de 36 semanas, remitida a su consulta de AP por una mácula rosada congénita en la punta nasal sobre la que ha aparecido una lesión cutánea en forma de placa sobreelevada poco después de su nacimiento, compatible con un hemangioma infantil (HI). La lesión es de color rojo brillante, con bordes bien definidos, lobulada, de unos 10 mm de diámetro, y ha ido aumentando de tamaño desde su aparición, si bien no presenta cambios en la textura ni síntomas asociados como dolor, ulceración, infección o sangrado.

Con respecto a esta paciente señale la opción más adecuada:

- A. El factor más importante para decidir el manejo es el tamaño. Al tratarse de una lesión pequeña, podemos realizar seguimiento clínico y, en el caso de que no involucionase en los meses siguientes, derivar a consulta de Cirugía Pediátrica.
- B. Se localiza en la cara, por lo que debemos pedir estudios complementarios como ecocardiografía, valoración oftalmológica o angioRMN cerebral y cervical para descartar un síndrome PHACES.
- C. Solicitar consulta en Cirugía Pediátrica con carácter preferente para valorar tratamiento.

- D. Los HI nasales se caracterizan por deformación y defecto estético. Si no involucionan en el primer año, debe remitirse a consulta de Cirugía Pediátrica para tratamiento.

Respuesta correcta C.

Hemangioma infantil (HI). La mayoría tienden a involucionar espontáneamente. Sin embargo, algunos, por su localización y tamaño, pueden asociar alteraciones estructurales subyacentes, y complicarse a nivel local, provocando secuelas estéticas o comprometiendo órganos vitales. Los HI de gran tamaño o faciales tienen más riesgo de complicaciones, especialmente aquellos localizados en la punta de la nariz, a menudo asociados con peores resultados estéticos. Un síndrome PHACES debe descartarse en aquellos HI segmentarios faciales grandes. Cuando el tratamiento está indicado, se recomienda iniciarlo entre las 5 semanas y los 5 meses de vida, antes de que el crecimiento de la lesión se complete, por lo que la derivación debe ser preferente⁽¹⁸⁾.

CASO CLÍNICO 20

Lactante de 6 meses de vida, a término, que en el control de salud se objetiva ausencia de testículo derecho en la bolsa escrotal con testículo contralateral normal.

En relación a la patología del paciente señale el enunciado incorrecto:

- A. En el caso de que el testículo derecho se llegase a palpar fuera de la bolsa escrotal no es necesaria ninguna prueba de imagen complementaria.
- B. El tratamiento de elección en el testículo no descendido congénito es la realización de una orquidopexia precoz con descenso y fijación testicular al escroto, preferiblemente antes del año de edad.
- C. En el caso de que no se palpase el testículo derecho en ninguna región anatómica está indicada la exploración quirúrgica por lo que la realización de una ecografía abdominal no es mandatoria.
- D. Está indicado el tratamiento hormonal con GnRH para inducir el descenso testicular en caso de que el testículo derecho sea palpable fuera de la bolsa escrotal.

Respuesta correcta D.

Criptorquidia. El tratamiento de elección es la orquidopexia preferiblemente antes del año de vida. En caso de teste no palpable, la exploración quirúrgica siempre está indicada por lo que no es imprescindible realizar ecografía ecografía

abdominal-pélvica, estando recomendada en caso de sospecha de alteraciones del desarrollo sexual, malformaciones de genitales internos, etc. El tratamiento hormonal no interviene sobre el descenso testicular, pero es defendido por algunos autores como tratamiento asociado a la orquidopexia para mejorar la fertilidad futura. Las guías Europeas de Urología Pediátrica contemplan el tratamiento hormonal con GnRh en pacientes con criptorquidia bilateral (nivel de evidencia 4, no resultados concluyentes al respecto)⁽¹⁹⁾.

CASO CLÍNICO 21

Acuden a su consulta 4 lactantes con patología quirúrgica electiva de diferentes características, ¿en cuál de ellos cree que está indicada una intervención quirúrgica más precoz?

- A. Una lactante que presenta una hernia umbilical.
- B. Un lactante que presenta un pectus excavatum.
- C. Un lactante con una hernia inguinal reductible.
- D. Un lactante con un hipospadias.

Respuesta correcta C.

La hernia umbilical tiende a la resolución espontánea y solo se interviene si persiste a partir de los 4 años. La corrección quirúrgica del pectus excavatum se realiza, si está indicada, en la adolescencia. La cirugía del hipospadias se recomienda entre los 6 y 12 meses, previo al control miccional. La indicación quirúrgica de la hernia inguinal se establece en el momento del diagnóstico⁽²⁰⁾.

CASO CLÍNICO 22

Niña de 12 años que consulta por bocio no doloroso. Refiere además taquicardia e insomnio en las últimas dos semanas. En la analítica presenta TSH 0,02 mU/ml (0,5-4,5), T4L 2,8 ng/dl (0,9-1,8), con anticuerpos antiTPO positivos y anti-receptor TSH negativos.

¿Qué actitud le parece más adecuada?

- A. La analítica es compatible con hipertiroidismo, lo más apropiado es iniciar tratamiento con metimazol.
- B. El diagnóstico es enfermedad de Graves, el tratamiento de momento es expectante.
- C. El cuadro es compatible con "hashitoxicosis" en el contexto de una tiroiditis de Hashimoto, dado que esta fase suele ser transitoria, el manejo inicial es sintomático, con betabloqueantes.

D. El cuadro es compatible con tiroiditis de Hashimoto, lo más adecuado es iniciar tratamiento con levotiroxina.

Respuesta correcta C.

Tiroiditis de Hashimoto, fase de tirotoxicosis. Suele ser transitoria y de corta duración por lo que se recomienda solo tratamiento sintomático con betabloqueantes⁽²¹⁾.

CASO CLÍNICO 23

Neonato de 9 días de vida, sin antecedentes de interés, que presenta en la prueba del cribado neonatal una TSH de 80 mU/ml. Clínicamente asintomático.

¿Cuál es la opción más correcta?

- A. Inicio de tratamiento con levotiroxina 10-15 µg/kg y control analítico en 2 semanas.
- B. Realizar extracción sanguínea para determinar los valores de TSH y T4L y según los resultados iniciar tratamiento con levotiroxina.
- C. Realizar extracción sanguínea para determinar los valores de TSH y T4L, solicitar gammagrafía e iniciar el tratamiento con levotiroxina de forma inmediata, aunque aún no se haya hecho la gammagrafía.
- D. Dado que está asintomático realizar analítica de confirmación y ecografía tiroidea y esperar a los resultados antes de iniciar tratamiento.

Respuesta correcta C.

Hipotiroidismo en cribado neonatal. Debe confirmarse en sangre venosa e iniciar tratamiento con levotiroxina lo antes posible. La gammagrafía tiroidea, prueba de imagen fundamental para el diagnóstico etiológico, debe realizarse en los primeros 7 días tras el inicio del tratamiento sustitutivo o antes de este, pero nunca debe retrasarlo⁽²²⁾.

CASO CLÍNICO 24

En relación a un paciente asmático de 13 años con un asma no controlado a pesar de tratamiento con 400 µg de budesonida inhalada diaria, señale el enunciado correcto:

- A. Aumentaría la dosis de corticoides inhalados a budesonida 800 µg diarios.
- B. Mantendría la dosis de 400 µg de budesonida diarios y añadiría montelukast 5 mg.

- C. Mantendría la dosis de bioequivalente de corticoides inhalados y añadiría formoterol o salmeterol.
- D. Añadiría bromuro de tiotropio 5 mg diarios a la dosis de 400 µg de budesonida inhalada.

Respuesta correcta C.

La dosis de corticoides inhalados recibida por el paciente es baja y no presenta un buen control de la enfermedad. En mayores de 12 años la opción recomendada como primera opción en el escalón terapéutico 3 es administrar un corticoide inhalado a dosis bajas asociado a un beta-2 agonista de acción prolongada⁽²³⁾.

CASO CLÍNICO 25

Niño de 8 años con reacción consistente en aparición de urticaria junto con sibilancias y rinorrea tras ingesta de cacahuete.

Con respecto al tratamiento de la entidad que presenta este paciente, señale el enunciado correcto:

- A. El primer tratamiento a administrar es salbutamol inhalado 6 puff mediante cámara espaciadora.
- B. Se debe administrar adrenalina intramuscular en la cara anterolateral del muslo a dosis de 0,01 mg/kg.
- C. Con la administración de antihistamínicos orales o parenterales suele ser suficiente para tratar este tipo de reacciones.
- D. Se debe administrar metilprednisolona i.m. o i.v. a dosis de 1-2 mg/kg como primera opción.

Respuesta correcta B.

Anafilaxia. El tratamiento de elección es la adrenalina intramuscular. El salbutamol puede ser administrado para revertir el broncoespasmo. Los antihistamínicos y los corticoides son fármacos de tercera línea, insuficientes para el tratamiento de la anafilaxia, que mejoran especialmente los síntomas cutáneos y pueden tener un potencial teórico para prevenir reacciones bifásicas o prolongadas⁽²⁴⁾.

CASO CLÍNICO 26

Familia integrada por tres hermanos cada uno alérgico a un alimento diferente: huevo, leche de vaca (APLV) y pescados respectivamente. La madre pregunta dudas a cerca de cada una de las alergias de sus hijos.

Cuál de los siguientes consejos de alimentación que plantea Ud. como pediatra le parece correcto:

- A. El niño alérgico al huevo, si lo es solo al ovomucoide, puede ingerir habitualmente el huevo procesado.
- B. El niño alérgico a pescados debe evitar la ingesta de crustáceos ante muy probable reacción cruzada.
- C. En el caso del niño alérgico a proteínas de leche de vaca, es necesario eliminar sistemáticamente las proteínas de leche de vaca de la dieta materna.
- D. El niño alérgico a proteínas de leche de vaca habitualmente puede mantener la ingesta de ternera.

Respuesta correcta D.

La reacción cruzada con la carne de ternera secundaria a la albúmina sérica bovina en niños con APLV es poco frecuente, por lo que no se debe retirar dicho alimento de forma sistemática. Tampoco debe retirarse la proteína de leche de vaca de la dieta materna en caso de buena tolerancia. La alergia a pescados y mariscos está mediada por diferentes proteínas, por lo que no existe reacción cruzada entre ellas. La ovoalbúmina es una proteína termolábil por lo que, los pacientes con este tipo de alergia al huevo, habitualmente toleran el huevo procesado⁽²⁵⁾.

CASO CLÍNICO 27

Niño de 3 años en la actualidad, que en época de lactante fue diagnosticado de alergia a proteínas de leche de vaca por aparición de exantema urticarial a los pocos minutos de la ingesta de un biberón de fórmula. En relación al diagnóstico de la alergia alimentaria en este paciente señale el enunciado incorrecto:

- A. Un resultado positivo de *prick test* o IgE específica en la actualidad equivale a decir que el niño es alérgico.
- B. Se debe utilizar una lanceta para cada alérgeno de la leche de vaca testado en el caso de realizar *prick test*.
- C. La determinación de IgG específicas a leche de vaca y sus fracciones no indica causalidad y solo indica que el niño se ha expuesto a dicho alimento.
- D. En el caso de recibir corticoides orales durante los 3 días previos se puede realizar igualmente el *prick test*.

Respuesta correcta A.

La positividad de una prueba *in vivo* o *in vitro* tan solo evidencia sensibilización a un alérgeno, no alergia al mismo, esta vendrá dada por el correlato clínico asociado⁽²⁶⁾.

CASO CLÍNICO 28

Neonato de 15 días de vida que acude a Urgencias por irritabilidad en las últimas horas con rechazo parcial de las tomas y sensación de dificultad respiratoria. Se trata de un recién nacido a término de peso adecuado para la edad gestacional (EG 39 sem., 3.800 g). No antecedentes de interés durante el embarazo ni en periodo neonatal. A la exploración inicial presenta polipnea con tiraje subcostal e irritabilidad, auscultación sin ruidos sobreañadidos. Buena coloración y pulsos palpables en las 4 extremidades. Las constantes a su llegada son: T° 36,9°C, FR 70 rpm, SatO₂ 97%, FC 246 lpm y TA 70/35 mmHg (TAM 48) (figura 2).



Figura 2. Caso 28.

¿Cuál es la actuación más correcta?

- Presenta un TEP alterado con insuficiencia respiratoria. Administraría oxigenoterapia y adrenalina nebulizada.
- Administraría oxigenoterapia, canalizaría una vía periférica con extracción de hemograma, bioquímica y hemocultivo e iniciaría antibioterapia empírica con ampicilina y gentamicina i.v.
- Verificaría permeabilidad de la vía aérea, administraría oxigenoterapia, realizaría tira de ritmo de ECG, monitorizaría TA, canalizaría una vía venosa periférica y administraría adenosina i.v.
- Verificaría permeabilidad de la vía aérea, administraría oxigenoterapia, realizaría tira de ritmo de ECG, monitorizaría TA, canalizaría una vía venosa periférica y probaría a realizar maniobras vagales.

Respuesta correcta D.

Taquicardia supraventricular. En paciente hemodinámicamente estable se deben realizar maniobras vagales

manteniendo monitorización estrecha y un acceso venoso disponible. Si estas fracasan, el tratamiento de elección es adenosina i.v.⁽¹²⁾.

CASO CLÍNICO 29

Aviso desde paritorio de un hospital de III nivel por un parto con presencia de líquido meconial. Se trata de un recién nacido a término de 40 semanas de gestación, con controles del embarazo normales, en el que se realiza una inducción por rotura prematura de membranas de más de 20 horas de evolución. Profilaxis antibiótica con ampicilina. EGB negativo. RCTG satisfactorio al inicio de la inducción, pero último tramo con deceleraciones durante el expulsivo. Nace varón sin esfuerzo respiratorio, cianótico, tono disminuido, FC > 100 lpm. Se coloca en cuna térmica, se seca y se estimula. Se aspiran secreciones meconiales orofaríngeas y se inicia VPPI (PIP 25, PEEP 5, FiO₂ 0,21) hasta los 3 minutos de vida que inicia esfuerzo respiratorio eficaz. Precisa soporte con CPAP (PEEP 5, FiO₂ 0,3) hasta los 10 minutos de vida en que presenta coloración rosada, FC 150 lpm, SatO₂ 96%, sin distrés, reactivo. Apgar 5/7/10. pH cordón 6,99, EB -16 mmol/L.

Señale la actitud a seguir más correcta:

- Ingreso en Unidad Neonatal para continuar soporte con CPAP y realizar radiografía de tórax, ya que se trata de un síndrome de aspiración meconial.
- Piel con piel con la madre. Se trata de una sospecha de pérdida de bienestar fetal con Apgar > 5 a los 5 minutos con recuperación adecuada que no precisa soporte respiratorio y puede irse a la planta de Maternidad.
- Ingreso en Unidad Neonatal, apagar fuente de calor en paritorio, colocar monitor de función cerebral, realizar exploración neurológica seriada y mantener vigilancia estrecha, ya que se trata de una pérdida de bienestar fetal.
- Ingreso en Unidad Neonatal, colocar monitor de función cerebral e iniciar hipotermia activa, ya que se trata de una encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) y es necesario iniciar la hipotermia lo antes posible para mejorar el pronóstico neurológico.

Respuesta correcta C.

Pérdida de bienestar fetal (PBF). Antecedente de estado fetal no tranquilizador en la monitorización fetal (líquido meconial y deceleraciones) y estado perinatal alterado (pH cordón ≤ 7 y EB ≤ 16), a pesar de presentar Apgar > 5 a los

5 minutos de vida y no haber precisado reanimación avanzada. La PBF no se considera en sí misma diagnóstico de EHI, pero sí implica un mayor riesgo, por lo que el paciente es candidato a neuroprotección con hipotermia pasiva desde paritorio y vigilancia neurológica estrecha. Esta puede realizarse mediante la escala de García-Álix, que incluye exploración neurológica seriada y registro electroencefálico del monitor de función cerebral⁽²⁷⁾.

CASO CLÍNICO 30

Entre las siguientes exploraciones del recién nacido, señale aquella condición que requiera estudios complementarios por ser potencialmente patológica:

- A. Ingurgitación mamaria bilateral, de consistencia fluctuante, dolorosa a la palpación con eritema y secreción láctea.
- B. Mechón de cabello blanco.
- C. Presencia de pequeñas pústulas superficiales que se rompen con facilidad, dejando un collarite de escama fina y máculas hiperpigmentadas, en tórax nuca y región lumbar.
- D. Presencia en genitales femeninos de una formación poliposa de superficie lisa, color carnosos y consistencia blanda en zona de labios menores.

Respuesta correcta B.

La presencia de un mechón de pelo blanco o gris al nacimiento puede presentarse de forma aislada con carácter benigno, conocido como poliosis, pero también puede formar parte de síndromes congénitos, como el síndrome de Waardenburg o el piebaldismo. Por ello, precisa exploración física detallada y estudios complementarios. La intumescencia mamaria neonatal, la pustulosis neonatal benigna y el “tag himeneal”, son entidades benignas en el recién nacido que no requieren ningún manejo específico⁽²⁸⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aganzo López FJ, Allué Blasco JL, Arbués Espinosa P, González Borrego A, Orries Mestres L, Vela Florensa F. Escabiosis: guía de consenso. Madrid: SEFAC; 2023.
2. Pereira da Silva Neto M, Rodovalho de Assis B, Rodrigues Andrade G. Sebaceous nevus of Jadassohn: review and clinical-surgical approach. *An Bras Dermatol*. 2022; 97(5): 628-36.
3. Mosquera Angarita JM. Artritis idiopática juvenil sistémica. *Protoc diagn ter pediatr*. 2020; 2: 61-75.
4. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on febrile seizures. Clinical practice guidelines febrile seizures: guideline for the neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics*. 2011; 127: 389-94.
5. Darras BT, Markowitz JA, Monani UR, De Vivo DC. Spinal muscular atrophies. En: Darras BT, Jones HR Jr, Ryan MM, De Vivo DC. *Neuromuscular disorders of infancy, childhood and adolescence. A Clinician's approach*. Second Edition. London: Elsevier; 2015.
6. Korinthenberg R, Trollmann R, Felderhoff-Müser U, G Bernert, A Hackenberg, M Hufnagel et al. Diagnosis and treatment of Guillain-Barré Syndrome in childhood and adolescence: An evidence- and consensus-based guideline. *Eur J Paediatr Neurol*. 2020; 25: 5-16.
7. Mitkus RJ, King DB, Hess MA, Forshee RA, Walderhaug MO. Updated aluminum pharmacokinetics following infant exposures through diet and vaccination. *Vaccine*. 2011; 29(51): 9538-43.
8. Del Pozo Menéndez B, Villamoar Martín R. Escarlatina (v.3/2025). Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. Consultado el 28-09-2025. Disponible en <http://www.guia-abe.es>.
9. Ortega Páez E, García Puga JM. Hiperfosfatemia transitoria benigna de la infancia. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2012; 5: 91-5.
10. Homan M, Jones NL, Bontems P, Carroll MW, Czinn SJ, Gold BD, Goodman K, et al; on behalf of ESPGHAN/NASPGHAN. Updated joint ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for management of *Helicobacter pylori* infection in children and adolescents (2023). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2024; 79(3): 758-85.
11. Martínez Sánchez L, Mintegi Raso S. Intoxicaciones. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). 4ª ed. 2024.
12. Van de Voorde P, Turner NM, Djakow J, de Lucas N, Martínez-Mejías A, Biarent D, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric life support. *Resuscitation*. 2021; 161: 327-87.
13. Manonelles Maqueta P, Luengo Fernández E, Franco Bonafonte L, Álvarez Garrido H, Archanco Olcese M, Arnaudias C, et al. Contraindicaciones para la práctica deportiva. Documento de Consenso de la Sociedad Española de Medicina del Deporte (SEMED). Versión 2023. *Arch Med Deporte*. 2023; 40(5): 1-32.
14. Marín Cruz I, Carrasco Colom J. Infecciones de piel y partes blandas. *Protoc diagn ter pediatr*. 2023; 2: 271-83.
15. Guillén Martín S, Callejas Caballero I, Oteo Revuelta JA. Enfermedades transmitidas por garrapatas. *Protoc diagn ter pediatr*. 2023; 2: 421-39.
16. De la Cerda Ojeda F, Herrero Hernando C. Hipertensión arterial en niños y adolescentes. *Protoc diagn ter pediatr*. 2022; 1: 195-218.
17. González Rodríguez JD, Fraga Rodríguez GM, García Vera CJ, Gómez Fraile A, Martín Sánchez JI, Mengual Gil JM, et al; Working Group to update the Clinical Practice Guideline on Urinary Tract Infection in the Pediatric Population. Update of the Spanish clinical practice guideline for urinary tract infec-

- tion in infants and children. Summary of recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2024; 101(2): 132-44.
18. Baselga E, Bernabeu-Wittel J, Betlloch Mas I, Campos Domínguez M, Carrasco Sanz A, Del Boz J, et al. Update of the Spanish Consensus Document on Infantile Hemangioma. *Actas Dermosifiliogr*. 2025; 116(8): 837-48.
19. Radmayr C, Bogaert G, Burgu B, Dogan HS, Nijman JM, Quaedackers J, et al. EAU Guidelines on Paediatric Urology. European Association of Urology. 2022. Disponible en: <https://uroweb.org/guidelines/paediatric-urology>.
20. Souto Romero H, Rico Espiñeira C, Espinosa Góngora R. Cirugía programada: calendario quirúrgico. *Pediatr Integral*. 2024; XXVIII(6): 400-5.
21. Radetti G. Clinical aspects of Hashimoto's thyroiditis. *Endocr Dev*. 2014; 26: 158-70.
22. Van Trotsenburg P, Stoupa A, Léger J, Rohrer T, Peters C, Fugazzola L, et al. Congenital Hypothyroidism: A 2020-2021 Consensus Guidelines Update. An ENDO-European Reference Network Initiative Endorsed by the European Society for Pediatric Endocrinology and the European Society for Endocrinology. *Thyroid*. 2021; 31: 387-419.
23. Guía Española para el Manejo del Asma 2025 (GEMA 5.4) [en línea] [consultado el 20/08/2025]. Disponible en: www.gemasma.com
24. Muraro A, Worm M, Alviani C, Cardona V, DunnGalvin A, Garvey LH, et al. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). *Allergy*. 2022; 77: 357-77.
25. Valdesoirio Navarrete L, Boné Calvo J, Plaza Martín AM. Alergia IgE mediada a proteínas de leche de vaca. *Protoc diagn ter pediatr*. 2019; 2: 207-15.
26. Del Olmo de la Lama MR, Torres Borrego J, Canals Candela FJ, Garde JM. Pruebas diagnósticas en alergología pediátrica ¿Cómo valorarlas? *Protoc diagn ter pediagr*. 2019; 2: 17-34.
27. García-Alix A, Arnáez J, Herranz-Rubia N, Alarcón A, Arca G, Valverde E, et al; Grupo Cerebro Neonatal. Ten years since the introduction of therapeutic hypothermia in neonates with perinatal hypoxic-ischaemic encephalopathy in Spain. *Neurologia (Engl Ed)*. 2020; 25: S0213-4853(20)30227-9.
28. Rangu SA, Oza VS. Poliosis, hair pigment dilution and premature graying of the hair: A diagnostic approach in pediatric patients and review of the literature. *Pediatr Dermatol*. 2024; 41(2): 197-203.