

Viernes 14 de noviembre • Sesión 1

1. ¿Son solo fracturas? *Viñas Vega V, Parro Olmo P, González Castro R, Garcés Mas L, Martínez Pérez A, Mulero Collantes I, Alcalde Martín C, Puente Montes S. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. La osteoporosis idiopática juvenil es una entidad poco frecuente caracterizada por fracturas de bajo impacto en niños previamente sanos. Su diagnóstico suele retrasarse debido a la escasa sospecha clínica y a la ausencia de factores de riesgo evidentes. Reconocerla es fundamental para mejorar el pronóstico, ya que puede afectar significativamente la calidad de vida y el desarrollo físico del paciente.

Caso clínico. Niña de 6 años derivada a la consulta de nefrología pediátrica por hallazgo de hipercalcemia en contexto de dos fracturas en extremidades superiores (radio y húmero) tras traumatismos de baja energía. Se realiza densitometría (DXA) con DMO Z-score L2-L4: -2,1 DS. Se realiza estudio genético no identificándose mutaciones en relación con osteogénesis imperfecta, así como despistaje de causas secundarias de osteoporosis. Se suplementa con vitamina D por niveles < 20 ng/ml. A pesar de dicha optimización, presenta una tercera fractura (radio), por lo que se administra dosis de bifosfonato intravenoso. Presenta efectos secundarios leves (cuadro pseudogripal e hipocalcemia asintomática) sin presentar nuevas fracturas desde entonces (20 meses tras su administración).

Comentario. La osteoporosis se define como un Z-score $\leq -2,0$ en DXA asociado a fracturas de bajo impacto. El uso

de bifosfonatos en casos de osteoporosis pediátrica es infrecuente, y se recomienda en casos seleccionados con fracturas recurrentes, y cuando ya se han priorizado las medidas conservadoras. En nuestro caso la administración de una única dosis ha sido segura y ha presentado una evolución favorable.

2. ¿Vómitos tras piloromiotomía: recidiva o algo más? *Calvo Penín C, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca SO, Rubin Roger S, Enríquez Zarabozo EM, Gómez Farpón A, Granell Suárez C, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La estenosis hipertrófica de píloro (EHP) constituye una de las principales causas de vómitos no biliosos en lactantes y su tratamiento quirúrgico mediante piloromiotomía suele ser definitivo, con muy baja tasa de recurrencia (0,3% y 2%).

Caso clínico. Lactante con diagnóstico de EHP sometido a piloromiotomía con evolución favorable. Reconsulta 45 días después por vómitos persistentes tras las tomas, con ecografía dentro del límite alto de la normalidad pero con tránsito gastrointestinal con paso filiforme de contraste a través del píloro, por lo que se realiza nueva piloromiotomía sobre oliva pilórica ligeramente engrosada con evolución postquirúrgica favorable. A los 2 meses reaccide con la misma clínica y pruebas complementarias. Se realizó una tercera cirugía consistente en gastroscopia con paso de endoscopio a través del píloro (más alto y posterior de lo habitual) y piloroplastia según técnica de Heineke-Mikulicz con evolución y tolerancia oral favorable, y alta a los 8 días. Finalmente, el

paciente volvió a consultar al mes con vómitos recurrentes, esta vez con estudios complementarios de imagen normales. Ante la repetición del cuadro clínico se consideraron otras posibles etiologías diagnosticándose finalmente de síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES), con resolución completa tras la eliminación de proteína de leche de vaca.

Comentarios. Este caso ilustra la dificultad diagnóstica cuando una patología quirúrgica frecuente en lactantes coexiste con un trastorno alimentario menos habitual. Asimismo, resalta la importancia de mantener un enfoque clínico amplio y considerar diagnósticos diferenciales no quirúrgicos en presencia de vómitos persistentes tras cirugías correctivas.

3. Cuando el bazo se convierte en enemigo: secuestro esplénico agudo. *Camacho Sáez B, Reyes Sancho S, García Mier C, Peláez Sánchez A, Sierra Pedraja E, Gestoso Uzal N, Melnic D, Recio González M. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La anemia falciforme es una hemoglobinopatía hereditaria caracterizada por la presencia de hemoglobina S, que condiciona crisis vasooclusivas y fenómenos de hemólisis. Entre sus complicaciones agudas destaca el secuestro esplénico, una urgencia vital pediátrica causada por la acumulación masiva de hematíes en el bazo, con rápida caída del hematocrito y riesgo de shock hipovolémico. Su diagnóstico precoz y tratamiento inmediato son esenciales para evitar desenlaces fatales.

Caso clínico. Niño de 4 años con anemia falciforme que acude por decaimiento y tinte icterico. Refiere vómitos y aumento del tamaño esplénico (de 3 a 7-8 traveses). A la exploración: mal perfundido, taquicárdico (142 lpm), esplenomegalia masiva, sin signos de dificultad respiratoria. Analíticamente: Hb 4,5 g/dl, Hto 13,9%, plaquetas 92.000/ μ L, reticulocitos 30%, bilirrubina total 3,6 mg/dl. Diagnóstico de shock hipovolémico secundario a secuestro esplénico agudo. Se inició fluidoterapia con Ringer Lactato y ceftriaxona intravenosa, con posterior traslado a UCIP para transfusión urgente y monitorización estrecha. Evolución favorable posterior.

Comentarios. El secuestro esplénico agudo es una de las principales causas de mortalidad en la anemia falciforme infantil. Su presentación suele ser abrupta y requiere un alto índice de sospecha ante esplenomegalia súbita y anemia severa. El tratamiento incluye expansión de volemia y transfusión inmediata, evitando la sobrecarga circulatoria. La educación familiar sobre la palpación del bazo y el reconocimiento precoz de signos de alarma resulta clave para prevenir recurrencias y complicaciones graves.

4. Cuando el fémur pierde el equilibrio: caso de epifisiolisis. *Gómez Menduñía J, Romero Del Hombrebueno Gómez Del Pulgar Y, Maté Real A, Fraile Manzano M, Fernández De La Mano S, Sánchez Mengívar H, Moriana Río N, Melero González A. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La epifisiolisis de la cabeza femoral es una de las patologías ortopédicas más frecuentes en adolescentes, caracterizada por el desplazamiento posterior e inferior de la epífisis femoral sobre la metáfisis a través de la placa de crecimiento. Afecta con mayor frecuencia a varones entre los 10 y 16 años, con sobrepeso o en periodos de rápido crecimiento.

Caso clínico. Paciente varón de 13 años, obeso, acude derivado de su pediatra por dolor en la cadera izquierda de un mes de evolución, con irradiación hacia el muslo y rodilla ipsilateral sin traumatismo previo. Se acompaña de cojera. En la exploración física presenta limitación de la rotación externa de la cadera izquierda en comparación con la contralateral. No se aprecia acortamiento del miembro inferior izquierdo. Se realiza radiografía de pelvis y caderas donde se observa epifisiolisis de la cabeza femoral izquierda ([figura 1](#)). Se contacta con traumatología, que deciden ingresar para realizar intervención quirúrgica por presencia de deformidad moderada de la cabeza del fémur.

Comentarios. La epifisiolisis de la cabeza femoral representa una urgencia ortopédica que requiere un alto índice de sospecha clínica en el entorno pediátrico. La valoración cuidadosa de adolescentes, con sobrepeso y dolor en cadera o rodilla es esencial para un diagnóstico precoz. La detección temprana y el tratamiento oportuno son fundamentales para prevenir complicaciones como necrosis avascular, condro-lisis o artrosis precoz. El manejo adecuado, generalmente quirúrgico, permite estabilizar la fisis y preservar la función articular; minimizando el riesgo de secuelas a largo plazo y favoreciendo una evolución funcional satisfactoria.

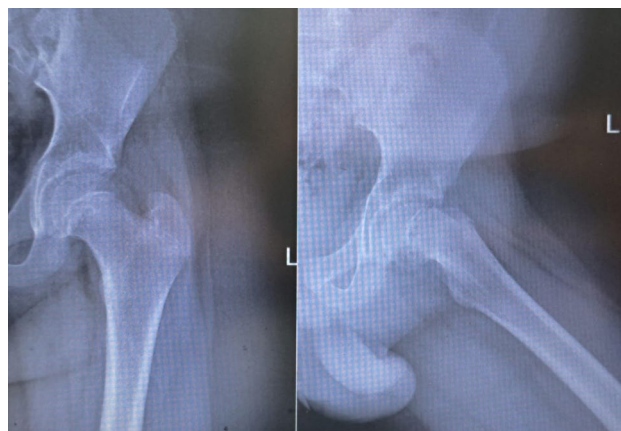


Figura 1. Póster 4.

5. Cuando la orquiepididimitis se pone rebelde: piocele pediátrico resuelto sin bisturí. *García Terrazas A, Crespo Estrada J, Navarro Abia V, Melgosa Peña M, Oquillas Ceballos A, Pérez Ortiz D, Recalde Tabar A, Almeida De Miranda G.* Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. La orquiepididimitis aguda es una causa poco frecuente, aunque generalmente benigna, de dolor testicular en la infancia, que puede confundirse clínicamente con la torsión testicular, una urgencia quirúrgica. La ecografía *doppler* es esencial para el diagnóstico diferencial y el seguimiento evolutivo. En casos no tratados o de evolución tórpida, puede complicarse con funiculitis o piocele, considerándose este último una urgencia urológica por riesgo de absceso o afectación testicular.

Caso clínico. Niño de 9 años, acude inicialmente por dolor testicular derecho de 2-3 días de evolución, afebril. Se realiza ecografía sin datos de torsión, mostrando orquiepididimitis derecha así que se indicó tratamiento sintomático domiciliario y antibioterapia con amoxicilina-clavulánico. Tres días después, aumento del eritema e inflamación y aparición de tumefacción, junto con leve coloración violácea y dolor intenso. Persiste afebril. Se realiza nueva ecografía evidenciando progresión a orquiepididimitis con funiculitis y piocele ipsilateral de nueva aparición. Se decide ingreso para antibioterapia intravenosa con amoxicilina-clavulánico (50 mg/kg/día). Hemocultivo positivo para *Staphylococcus epidermidis*. Durante estancia, afebril, con mejoría clínica y ecográfica progresiva, permitiendo el alta al cuarto día con tratamiento oral y restricción de ejercicio físico durante 15 días. En revisión posterior se constató resolución completa.

Conclusiones. El piocele pediátrico es una complicación infrecuente de la orquiepididimitis. La ecografía *doppler* es fundamental detectar complicaciones supurativas. La eviden-

cia actual apoya un manejo conservador con antibioterapia dirigida y vigilancia clínica, reservando la cirugía urgente para casos con absceso o mala evolución. El pronóstico es excelente con tratamiento precoz.

6. La serpiente bajo la piel: a propósito de un caso. *Gómez Menduñía J, Martín Pérez Barjola J, Fernández Herrera M, García González I, Molero Jaén J, Redondo Aparicio S, Galbán De Marcos E, Escobar Fernández L.* Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. Las lesiones cutáneas en la población pediátrica representan un motivo frecuente de atención médica y abarcan un amplio espectro etiológico, que incluye procesos infecciosos, inflamatorios y parasitarios. La inmadurez de la barrera cutánea y las particularidades inmunológicas del niño favorecen la susceptibilidad a diversas lesiones dermatológicas, cuya identificación precisa es fundamental para un manejo diagnóstico y terapéutico adecuado.

Caso clínico. Varón de 8 años que acude a urgencias por presentar una lesión pruriginosa y dolorosa en la planta del pie izquierdo de ocho horas de evolución. Afebril. Refiere haber caminado descalzo por el césped de una piscina pública durante el verano. Niega traumatismos, viajes recientes o contacto con animales. En la exploración se observa una lesión eritematosa lineal, de bordes irregulares, con trayecto serpiginoso e hiperémico que se aclara a la digitopresión (figura 1). En la región lateral de la planta se identifica un punto sugestivo de puerta de entrada. No se aprecian vesículas, costras ni signos de sobreinfección. Se plantea diagnóstico diferencial linfangitis-celulitis vs larva migrans cutánea. Como no hay antecedente epidemiológico claro, se decide tratar como linfangitis-celulitis con cefadroxilo con



Figura 1. Póster 6.

buena respuesta, desapareciendo las lesiones a los cuatro días.

Comentarios. Cuando una lesión cutánea presenta eritema difuso, calor y dolor local, son características más sugerentes de celulitis, en contraste con el trayecto serpiginoso y pruriginoso típico de la larva cutánea migrans. Es esencial plantear el diagnóstico diferencial entre estas entidades y en caso de presentar duda apoyarse en los antecedentes socio epidemiológicos.

7. Pequeños abalorios, grandes problemas: aspiración de Hama Beads y sus secuelas respiratorias en Pediatría. *Peláez Sánchez A, Gómez Arce A, Letemendia Fernández N, García Mier C, Melnic Melnic D, Gestoso Uzal N, Sierra Pedraja E. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La aspiración de cuerpos extraños representa una urgencia respiratoria frecuente en pediatría, especialmente en menores de seis años, debido a su tendencia a introducir objetos pequeños en la boca y a la anatomía particular de sus vías aéreas. El diagnóstico puede ser desafiante si el episodio no es presenciado, ya que los síntomas pueden confundirse con infecciones respiratorias o crisis asmáticas. Una adecuada sospecha clínica, junto con estudios de imagen y tratamiento oportuno, es clave para prevenir complicaciones como atelectasias, neumonía obstructiva, daño bronquial o hiperreactividad bronquial secundaria. Es importante recordar que una radiografía de tórax normal no excluye la presencia de un cuerpo extraño.

Caso clínico. Niña de 5 años, previamente sana, que presenta episodio brusco de tos intensa y dificultad respiratoria mientras jugaba con un abalorio tipo *Hama Beads*, con sospecha de aspiración. Es valorada el mismo día, con mejoría tras broncodilatadores nebulizados. Al día siguiente acude nuevamente por persistencia de tos. En la exploración presenta trabajo respiratorio leve, saturación del 95%, sibilancias bilaterales e hipoventilación en base derecha. La radiografía de tórax no muestra alteraciones. Ante la alta sospecha clínica (puntuación 3-4), se realiza TAC torácico, que evidencia cuerpo extraño plástico en bronquio del lóbulo inferior derecho, con suboclusión parcial. Se traslada a hospital de referencia, donde se realiza broncoscopia rígida y extracción completa del objeto, con evolución favorable. Un mes después presenta episodio de asma grave con hipoxemia, que requiere ingreso y tratamiento intensivo, con buena respuesta.

Comentarios. Este caso resalta la importancia de sospechar aspiración ante tos persistente, incluso con radiografía normal, y la necesidad de seguimiento por posible hiperreactividad bronquial postaspiración.

8. A propósito de un caso: identificación y manejo de las lesiones esplénicas en la población pediátrica. *Fernández Prieto A, Navas Méndez De Andés F, Posadilla Suárez P, López Pérez E, Gutiérrez Porro X, Blanco González A, Fernández-morán González A, Rosell Echevarría M. Centro Asistencial Universitario de León.*

Introducción. El traumatismo abdominal es un motivo habitual de consulta en urgencias pediátricas, siendo el bazo el órgano más afectado. Las manifestaciones clínicas de las lesiones esplénicas varían desde dolor abdominal hasta un cuadro de inestabilidad hemodinámica. Las pruebas de imagen son imprescindibles en el diagnóstico y seguimiento. El manejo estándar en pacientes estables es el tratamiento conservador.

Caso clínico. Niña de 12 años con dolor abdominal difuso de 12 horas de evolución y disuria asociada, tras caída desde su propia altura mientras patinaba, con traumatismo en hemiabdomen y miembro superior izquierdos. A la exploración física, presenta mínimas molestias abdominales con leve defensa. La analítica muestra una elevación de transaminasas. Se realiza ecografía de abdomen, sin hallazgos significativos, complementándose con una tomografía computarizada (TAC) que evidencia una gran laceración y hematoma subcapsular esplénicos, de grado IV, con moderado hemoperitoneo en pelvis. Dada la estabilidad hemodinámica, se decide manejo conservador con vigilancia estrecha en UCI pediátrica.

Comentarios. Las lesiones esplénicas son la afectación más frecuente en traumatismos abdominales pediátricos, debido a la localización y fragilidad de este órgano. El síntoma habitual es el dolor abdominal, siendo la manifestación más grave la inestabilidad hemodinámica, sin olvidar una mayor incidencia de presentaciones atípicas o ausencia de síntomas en la infancia. La prueba diagnóstica de elección es la TAC, mientras que la ecografía es útil en el seguimiento o en la valoración inicial si existe inestabilidad. El estado hemodinámico condiciona el manejo, siendo el tratamiento conservador el de elección en pacientes estables, incluso en lesiones de alto grado.

9. Abdominalgia de larga evolución, ¿qué esconde? *Fernández Herrera MC, Pérez Gutiérrez ME, Fernández González S, Uribe Reina MP, Gómez Menduina J, Maté Real A, Romero Del Hombrebueno Gómez Del Pulgar Y, Escobar Fernández L. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La abdominalgia es un motivo de consulta muy frecuente en pediatría, suele deberse a patologías

benignas aunque puede ser la forma de presentación de múltiples patologías.

Caso clínico. Paciente de 8 años sin antecedentes de interés consulta en Urgencias por quinta vez el último mes por abdominalgia. En visitas anteriores la exploración física y analíticas sanguíneas resultaron anodinas. Refiere abdominalgia tipo cólico periumbilical de un mes de evolución, asociando 3 vómitos la última semana. Afebril, sin otra sintomatología. Exploración por aparatos anodina exceptuando dolor a la palpación abdominal sin defensa ni peritonismo. Se realiza ecografía abdominal objetivándose muy extensa invaginación intestinal ileocólica. Se realiza reducción hidrostática y se decide ingreso. A las 48 horas presenta recaída del cuadro, objetivándose nueva invaginación ileocólica en ecografía. Se realiza desinvaginación laparoscópica, resecándose lesión indurada de ileon de 2 cm de longitud. Evolución favorable, dándose de alta 2 días después. Los resultados de anatomía patológica confirman linfoma de Burkitt intestinal. Se completa estudio sin encontrarse afectación extraintestinal.

Comentarios. La invaginación intestinal es una causa de abdomen agudo en pediatría siendo la edad de aparición típica entre los 6 y 24 meses. Consiste en la introducción de un segmento del intestino en otro inmediatamente distal derivando en obstrucción del drenaje venoso, edema de pared, obstrucción e isquemia. La forma más habitual de presentación del linfoma de Burkitt en nuestro medio es una masa abdominal en pacientes entre 5 y 10 años de edad, por ello el debut puede simular cuadros de abdomen agudo.

10. Absceso cervical en Pediatría: malformación de arco branquial como causa oculta. *Díaz Sierra L¹, García Guilbert MDC¹, Rodríguez Ovalle S², Labra Álvarez R³, Sánchez García I¹, Villa Álvarez M¹, Martín Guillermo E¹, Fernández Miaja M¹.* ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián. Arriendas, Asturias. ³Hospital Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea, Asturias.

Introducción. Las malformaciones de los arcos branquiales son una causa congénita de masas cervicales en niños, siendo las del segundo arco las más frecuentes. Aunque pueden permanecer asintomáticas, su sobreinfección puede dar lugar a abscesos de evolución tórpida.

Caso clínico. Lactante varón de 18 meses, previamente sano, consulta por masa laterocervical derecha de dos días de evolución. Iniciada cefuroxima por otitis media aguda cinco días antes. Acude por persistencia de fiebre alta, con eritema y aumento progresivo del volumen a nivel cervical derecho.

Exploración física: eritema e induración dolorosa desde región auricular inferior hasta la clavícula, sin fluctuación (figura 1). Analítica: leucocitos 20.790/ μ L, neutrófilos 69%, PCR 15,8 mg/dl. Tomografía computarizada (figura 2): colección hipodensa con pared engrosada, en región posteromedial al esternocleidomastoideo derecho, con colapso parcial de la vena yugular interna. Sugieren como diagnóstico quiste branquial sobreinfectado vs. adenopatía sobreinfectada. Se realizó drenaje quirúrgico urgente y exéresis completa. El cultivo fue positivo para *Fusobacterium necrophorum*. Recibió antibiótico con clindamicina y cefotaxima intravenosa, seguido de clindamicina oral al alta, completando 10 días. Evolución favorable, por lo que no se realizó prueba de imagen de control.



Figura 1. Póster 10.

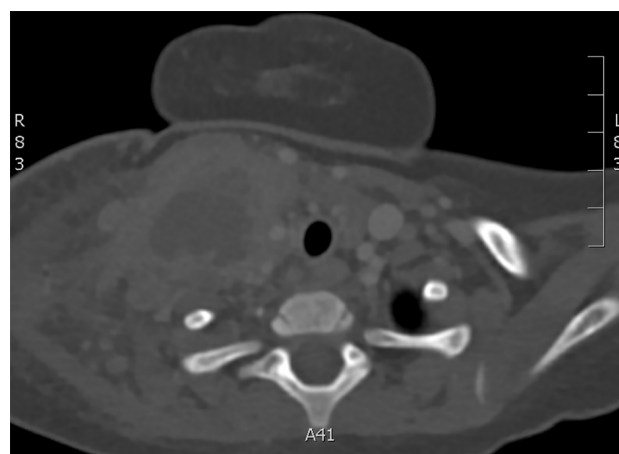


Figura 2. Póster 10.

Comentarios:

- Las malformaciones branquiales deben sospecharse ante abscesos cervicales recurrentes o tórpidos.
- La tomografía computarizada es clave para valorar la extensión y sugerir el origen congénito, aunque el diagnóstico definitivo lo establecería el estudio anatomopatológico.
- *Fusobacterium necrophorum* es un patógeno emergente en infecciones ORL complicadas, asociado a cuadros graves y necesidad frecuente de cirugía.

Viernes 14 de noviembre • Sesión 2

11. Alergia parece, pero no lo es. Carrasco Villanueva MJ, Haupt Arabia V, Sierra Águila M, Martín Iranzo N, Rodríguez Calleja J, Fernández Alonso J, Bartolomé Porro J, Alonso Quintela P. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Introducción. El síndrome de Frey es una entidad infrecuente en la infancia que consiste en la aparición de episodios de eritema en la región inervada por el nervio auriculotemporal, tras estímulos gustativos o, en menor frecuencia, táctiles. En el 10% de los casos se acompaña de hiperhidrosis. Aparece a los minutos de iniciar la masticación y es autolimitado. Su fisiopatología es desconocida, aunque se cree que se debe a alteraciones en las fibras nerviosas del nervio auriculotemporal tras un traumatismo o a una conexión aberrante de forma congénita. El diagnóstico es clínico. No precisa tratamiento.

Caso clínico. Se presentan dos casos. El primero es una lactante de 7 meses que presentaba eritema auriculotemporal izquierdo tras la ingesta de melocotón en tres ocasiones. Le administraron antihistamínico, cediendo posteriormente. No tenía otra sintomatología acompañante. Se realizaron *prick* cutáneos a frutas y *prick-prick* con melocotón, siendo negativos. El segundo es una lactante de 12 meses con episodios repetidos de eritema auriculotemporal tras la ingesta de uvas, que cedían en menos de una hora sin tratamiento. Se realizaron *prick* cutáneos y *prick-prick* con uvas, siendo negativos. En ninguno de los casos había antecedentes traumáticos ni toma de medicamentos. Ambos cuadros fueron compatibles con síndrome de Frey.

Comentarios. El síndrome de Frey es una etiología desconocida y habitualmente confundida con alergias, lo que conlleva derivaciones a especialistas, pruebas complementarias y tratamientos inadecuados. En conclusión, es importante conocer esta patología para así evitar la iatrogenia derivada de una sospecha diagnóstica errónea.

12. Artrocentesis hemática de repetición: ¿AIJ o diagnóstico alternativo? Blanco González A, Gutiérrez Porro X, López Pérez E, Posadilla Suárez P, Fernández Prieto A, Valdés Rodríguez D, Fernández García A, Arredondo Montero J. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción. La monoartritis en la infancia constituye un desafío diagnóstico. Cuando la inflamación articular se prolonga en el tiempo sin causa evidente, el diagnóstico diferencial se amplía y obliga a valorar tanto entidades inflamatorias como otras menos comunes. En este contexto, la artritis idiopática juvenil (AIJ) suele considerarse la principal sospecha, especialmente en niñas con afectación de grandes articulaciones. No obstante, ante una evolución atípica, es imprescindible reevaluar el cuadro y contemplar diagnósticos alternativos.

Caso clínico. Niña de 3 años, con antecedente de luxación congénita de cadera izquierda de evolución tórpida, que consulta por artritis aguda de rodilla ipsilateral. Analítica y radiografía sin alteraciones, ecográficamente destaca hipertrofia sinovial y derrame articular. Mediante artrocentesis no traumática, se obtiene un líquido sinovial sanguinolento. Tras una mejoría inicial, presenta recidiva en pocas semanas, cumpliendo criterio de artritis crónica, por lo que se practica una nueva artrocentesis diagnóstica, con hallazgos similares, y pobre respuesta al tratamiento. Ante curso atípico, se realiza resonancia magnética que evidencia una malformación arteriovenosa con extensión desde la cadera hasta la rodilla. Una reexploración física dirigida revela una lesión cutánea en muslo izquierdo, indicativa de una malformación vascular subyacente, que no había sido documentada en exploraciones previas.

Comentarios. Incluso en presentaciones muy sugestivas de AIJ, una evolución clínica atípica debe motivar la revisión del diagnóstico inicial. La reevaluación cuidadosa puede revelar hallazgos previamente inadvertidos. Asimismo, una ecografía discordante con el diagnóstico de presunción debe conducir a ampliar el estudio, esencial para identificar causas menos frecuentes de dolor articular, incluidas las malformaciones vasculares intraarticulares.

13. Características de las familias que acuden a los Servicios de Urgencias Pediátricos. Pérez Alba M¹, González García J², Rodríguez Suárez J³. ¹Hospital de Jario. Jario, Asturias. ²Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias. ³Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Las consultas a los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP) se han incrementado en las últimas décadas. Existen diferentes factores que pueden condicionar la

decisión de los padres o cuidadores de acudir con los niños a estos servicios.

Objetivo. Identificar los motivos de consulta y las características de las familias de los niños que consultan en un SUP.

Material y métodos. Estudio descriptivo desarrollado en el SUP de un hospital de primer nivel mediante la realización de encuestas a los acompañantes de los menores de catorce años atendidos durante tres meses.

Resultados. Se recogieron 52 respuestas. Todos los acompañantes eran progenitores, con una edad media de 40,3 años, y el 71% eran mujeres. Alrededor del 40% de las familias tenían un solo hijo. El 11% de los pacientes padecían alguna enfermedad crónica, siendo el asma la más frecuentemente referida. Los síntomas que con mayor frecuencia motivaron la consulta fueron la fiebre y la tos. El 60% de los encuestados afirmó haber administrado analgesia antes de acudir a urgencias. El 23% de los encuestados consideró que la valoración del niño debía realizarse inmediatamente. Las consultas urgentes se produjeron mayoritariamente durante el día, con independencia del día de la semana.

Conclusiones. Nuestro estudio reveló una predominancia de madres entre los participantes; la patología crónica más comúnmente referida es el asma, y los síntomas que con mayor frecuencia motivaron la visita al SUP fueron la fiebre y la tos. Se requieren estudios más amplios para conocer mejor las características de las familias que acuden a los SUP.

14. Cuando el cabello habla: alopecia como señal en niños y adolescentes. *Fernández Rodríguez L¹, Blanco González A¹, Escudero Villafañe A¹, Iglesias Oricheta M¹, Rodrigo Fernández A¹, Herreras Martínez A¹, Gómez Sorrigueta P².* ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. ²Centro de Salud Eras de Renueva. León.

Introducción. Las alteraciones del cabello, aunque funcionalmente poco relevantes, pueden tener un gran impacto psicológico, especialmente en niños y adolescentes. A veces son cambios normales como el recambio folicular, pero también pueden indicar enfermedades, déficits nutricionales o síndromes genéticos. Por eso, es importante conocer su diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria.

Caso clínico. Niña de 12 años que consulta por aparición en las últimas tres semanas de múltiples placas de alopecia. Además, en la anamnesis refiere aumento de peso y cansancio. Ausencia de procesos infecciosos o ingesta de fármacos previos concomitantes al cuadro. Ausencia de antecedentes personales de interés. En la consulta se observa placas de alopecia, con pelos cortos que se desprenden con facilidad a la tracción. Resto de la exploración física normal. Ante diagnós-

tico clínico de alopecia areata, se solicita analítica sanguínea con despistaje de enfermedades autoinmunes, donde destaca elevación de la TSH hasta 16 ng/dl, T4 0,075 ng/dl y positividad para anticuerpos anti TPO. Ante probable hipotiroidismo autoinmune se inicia tratamiento con levotiroxina con control posterior hasta normalización de hormonas tiroideas desapareciendo la clínica de la paciente. Posteriormente se deriva para seguimiento a consultas de Endocrinología Infantil.

Comentarios. Ante un paciente con alopecia, es esencial clasificarla para orientar el diagnóstico. Debe determinarse si es cicatricial o no, congénita o adquirida, y si es localizada o difusa. Esta clasificación es clave para un diagnóstico adecuado con posterior tratamiento para la resolución.

15. Cuando el estómago se rompe en silencio: perforación pilórica espontánea en un niño. *Domínguez Sevillano B, Pon-tón Martino B, Cebrián Muñíos MC, Molnar A, Liras Muñoz J.* Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción. La perforación gástrica espontánea es poco frecuente fuera del periodo neonatal, aunque potencialmente mortal. En niños mayores, la mayoría de los casos se asocian a causas identificables, como traumatismos, y su patogénesis no está claramente establecida; se sugiere que un aumento de la presión intraluminal puede ser un factor importante. Clínicamente, se presenta con distensión abdominal, vómitos y letargia. El tratamiento depende de la etiología y extensión del daño: en perforaciones pequeñas sin isquemia ni necrosis se realiza sutura primaria, mientras que en lesiones más extensas puede ser necesaria una gastrectomía parcial.

Caso clínico. Escolar de 5 años con vómitos y dolor abdominal desde hace 6 días, asociado a anorexia y rechazo parcial de líquidos, sin diarrea ni clínica miccional. A la exploración destacaba somnolencia, palidez y sequedad de mucosas, abdomen con defensa generalizada y sin signos de irritación peritoneal. Analítica normal salvo elevación de PCR (13,86 mg/dl) y PCT (10,93 ng/ml) y gasometría con leve acidosis metabólica. Se realiza ecografía abdominal que evidenció líquido libre, pseudomembranas y engrosamiento de serosas intestinales. Se inició antibioterapia intravenosa y se decidió intervención. Se identificó perforación pilórica de 2 cm, suturada exitosamente. El paciente permaneció 10 días hospitalizado con nutrición parenteral y fue dado de alta con adecuada tolerancia oral.

Conclusiones. La perforación pilórica espontánea en la infancia es excepcional y requiere alta sospecha clínica ante abdomen agudo. El tratamiento quirúrgico precoz y manejo multidisciplinar son fundamentales para una evolución favorable y la reducción de morbilidad.

16. Cuando el intestino se bloquea: un caso de estreñimiento crónico con fecaloma obstructivo en un niño. Domínguez Sevillano B, Paíno Román M, García Calvo E, Andrés Blanco L, Plata Izquierdo B. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción. El estreñimiento es un trastorno caracterizado por la disminución en la frecuencia y/o el aumento en la consistencia de las deposiciones, acompañado de molestias durante la defecación. Es muy frecuente en la edad pediátrica, afectando hasta al 30% de los niños, con un pico de incidencia entre los 2 y 4 años y ligera predominancia en varones. En más del 90% de los casos tiene origen funcional, relacionado con factores constitucionales, conductuales y educativos, aunque suele existir un episodio agudo desencadenante. El diagnóstico se basa en una anamnesis detallada y una exploración física adecuada. El tratamiento debe individualizarse, aunque las medidas no farmacológicas son el pilar fundamental.

Caso clínico. Escolar de 6 años, con estreñimiento crónico en seguimiento por Digestivo, que acude por vómitos y distensión abdominal. En la exploración se objetiva un abdomen marcadamente distendido y timpanizado, sin signos claros de irritación peritoneal. Se realiza tacto rectal, no palpando heces. La radiografía de abdomen (figura 1) muestra dilatación de recto y sigma proximal por acumulación de heces, condicionando obstrucción mecánica con dilatación retrógrada del colon. Se administra analgesia, antiemético y enema rectal, tras el cual elimina gran cantidad de heces y gases, con mejoría clínica.



Figura 1.
Póster 16.

Comentarios. El estreñimiento crónico pediátrico requiere diagnóstico y seguimiento precoces, ya que puede evolucionar hacia complicaciones graves como la obstrucción intestinal. La educación familiar, la adherencia al tratamiento y la prevención mediante medidas dietéticas, conductuales y farmacológicas son fundamentales para evitar recurrencias y mejorar la calidad de vida del paciente.

17. Cuando el movimiento engaña: lo que parece una crisis... y lo que no. Recalde A, Almeida De Miranda G, Navarro V, Angulo V, Conejo D, Tejero L, Dios M, Matilla N. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. El síndrome de Rett es un trastorno del neurodesarrollo de origen genético, asociado a mutaciones en el gen MECP2 del cromosoma X, y se presenta con mayor frecuencia en niñas. Se caracteriza por un deterioro psicomotor progresivo que inicia en los primeros meses de vida, seguido de una regresión entre los 6 y 18 meses, con pérdida de habilidades adquiridas, deterioro del lenguaje y la comunicación, y aparición de estereotipias manuales no propositivas. Además, pueden presentarse disfunción respiratoria, alteraciones de la marcha, distonías (hasta en el 59% de los casos) y epilepsia en aproximadamente el 60% de las pacientes, con inicio entre los 2 y 10 años.

Caso clínico. Niña de 7 años con síndrome de Rett, tratada con topiramato por episodios de apnea y baclofeno por distonías, que consulta por un episodio paroxístico de desconexión del medio, muecas orolabiales, mirada fija, hipertonía y sacudidas de hemicuerpo derecho de corta duración. No presentaba infección ni cambios en la medicación. La analítica fue normal y el video-electroencefalograma mostró un foco epiléptico frontopolar y frontal izquierdo. La semiología descrita sugería crisis epiléptica, por lo que se inició tratamiento con ácido valproico, por su mejor perfil conductual, aunque fue necesario aumentar la dosis y administrar bolos de midazolam por recurrencia de crisis en acúmulos.

Comentarios. El caso resalta la complejidad clínica del síndrome de Rett, subrayando la importancia de diferenciar adecuadamente los episodios paroxísticos y seleccionar el tratamiento más apropiado para cada uno.

18. Cuando el sistema inmune también se debilita: distrofia miotónica de Steinert. Parro Olmo P, Arnelas Gil L, Martín Pérez E, Fekete López E, González Arranz MJ, Hernández Prieto A, Urbano Martín M, Cancho-Candela R. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. La distrofia miotónica de Steinert (DMS) es una miopatía hereditaria caracterizada por debilidad muscular progresiva, miotonía y afectación multisistémica. Además de las manifestaciones neurológicas y de sus complicaciones más conocidas, se ha reportado la asociación con alteraciones del sistema inmunológico, como la hipogammaglobulinemia. La existencia de esta predispone a infecciones recurrentes y puede complicar su manejo clínico, por lo que una precoz identificación será de ayuda para el pronóstico de los pacientes.

Caso clínico. Mujer de 13 años con DMS congénita en la que se objetiva nivel de inmunoglobulina G disminuido (412 mg/dl, para rango normal a su edad de 600-1.230 mg/dl), que persiste en controles posteriores. Se diagnosticó de hipogammaglobulinemia, a expensas de IgG1 e IgG3, y se inició tratamiento con gammaglobulina intravenosa a los 15 años, con aumento progresivo de las cifras de IgG. No ha presentado infecciones de repetición severas tras inicio de gammaglobulinas periódicas.

Comentarios. La asociación entre DMS e hipogammaglobulinemia, aunque es poco conocida, afecta al 50% de los pacientes y puede empeorar su pronóstico vital. Su etiología no está clara, aunque se cree que está en relación con un hipermetabolismo de la IgG por defecto en el receptor FcRn, que en condiciones normales evita su degradación. Existe una correlación negativa entre la cifra de IgG sérica y la duración de la enfermedad. Conocer esta asociación es crucial para un manejo adecuado, que incluya seguimiento inmunológico y tratamiento oportuno para prevenir infecciones.

19. Cuando la fiebre no es solo fiebre: un reto diagnóstico en la infancia. *Parro Olmo P, Sumpsi Sánchez C, Fekete López E, González Castro R, Martín Pérez E, Vilches Fraile S, Mulero Collantes I, Segovia Molina I. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. La patología reumatológica pediátrica, por su complejidad y afectación multisistémica, requiere un enfoque clínico especializado. La artritis idiopática juvenil sistémica (AIJs) se caracteriza por una presentación inespecífica y diagnóstico de exclusión, lo que exige un alto nivel de sospecha.

Caso clínico. Paciente de 10 años con fiebre diaria de hasta 40°C durante 19 días, acompañada de astenia, pérdida de peso y sudoración nocturna. La exploración física fue anodina, pero la analítica reveló neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda. Radiografía de tórax y ecografía abdominal normales. Sin antecedentes relevantes, salvo hipercolesterolemia familiar. Se ingresó para estudio comple-

to: hemocultivos, PCR de virus y bacterias atípicas, Mantoux e IGRA negativos. No hubo respuesta a antibioterapia, que fue retirada. También se suspendieron tratamientos de base sin mejoría. Frotis sanguíneo normal y biopsia de médula ósea con hiperplasia eritroide. RMN y ecografía abdominal mostraron hepatoesplenomegalia leve. Ante sospecha de síndrome autoinflamatorio, se inició corticoterapia con desaparición de la fiebre tras la primera dosis. Posteriormente, presentó brotes que requirieron escalada a tratamiento biológico con anakinra (anti IL-1), con buena respuesta. El estudio genético de enfermedades autoinflamatorias fue negativo.

Comentario. La AIJs pertenece a los subtipos de artritis idiopática juvenil, con características autoinmunes y autoinflamatorias. Las manifestaciones clínicas incluyen fiebre diaria, exantema evanescente, serositis, hepatoesplenomegalia y afectación articular tardía. El tratamiento inicial es corticoide a dosis altas, con posible escalada a biológicos según la evolución clínica.

20. Cuando la neumonía no es neumonía, ¿el diafragma puede tener la respuesta? A Propósito de un caso. *García González I, Sánchez Mengíbar H, Fraile Manzano M, Romero Hombrebueno Gómez Del Pulgar Y, Redondo Aparicio S, Justo Vaquero P, Barrio Alonso M, García Saseta P. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La neumonía es una patología frecuente en edad pediátrica y suele responder adecuadamente al tratamiento antibiótico empírico. No obstante, cuando la evolución clínica no es la esperada, resulta esencial ampliar el diagnóstico diferencial e incluir otras entidades poco habituales, pero potencialmente graves.

Caso clínico. Paciente de 11 años, procedente de Colombia, sin antecedentes relevantes ni intervenciones quirúrgicas referidas. Consulta en urgencias por fiebre, mucosidad y odinofagia. A la auscultación se objetivó hipoventilación en base derecha y crepitantes bilaterales. La ecografía pulmonar (POCUS) mostró consolidación basal derecha de 2 espacios intercostales y 0,5 centímetros de profundidad, con derrame y septo asociados. El antígeno neumocócico en orina fue negativo y el panel viral positivo para adenovirus. Se inició tratamiento con amoxicilina 7 días y se citó a revisión en 48 horas, realizándose posteriormente seguimiento clínico y ecográfico cada 48 horas por escasa mejoría. En los controles se observó progresión a 3 espacios intercostales, derrame paraneumónico bilateral y colapso pleural parcial, por lo que se prolongó tratamiento hasta 14 días. Ante evolución desfavorable, se solicitó radiografía torácica revelándose una hernia diafragmática anterior con atelectasias compresivas.

El TAC permitió plantear diagnóstico diferencial entre hernia de Morgagni y de hiato. Finalmente, se confirmó hernia de hiato, realizándose funduplicatura de Nissen con resección completa y buena evolución.

Comentarios. Aunque la ecografía pulmonar es una herramienta diagnóstica muy sensible, rápida y con amplia evidencia en pediatría, la radiografía torácica continúa siendo fundamental para un diagnóstico más específico, especialmente ante neumonías complicadas que pueden esconder hernias diafragmáticas.

Viernes 14 de noviembre • Sesión 3

21. Cuando una infección revela una anomalía oculta: hipertensión intracraneal sobre base estructural. *Matilla Sainz-Aja N, Prieto Domínguez C, Navarro Abia V, Conejo Moreno D, Díos Puebla ME, Lacosta Asín AV, Angulo Sánchez V, Portillo Sanz L.* Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. Se define hipertensión intracraneal cuando hay un incremento mantenido de la presión intracraneal superior a 28 cmH₂O. Los mecanismos de producción son múltiples, en pediatría no es despreciable la etiología idiopática. No obstante, es primordial descartar la etiología estructural.

Caso clínico. Niña de 6 años con percentil menor de 10 de peso. Presenta cuadro de vómitos matutinos de 10 días de evolución y pérdida de peso, refieren episodio similar 2 años previos (estudiada sin encontrar patología). En los últimos 3 días asocia diplopía en la mirada binocular, 'dolor de ojos' y desviación ocular al fijar la mirada. En la exploración destaca diplopía aguda con torticolis compensadora y edema de papila. En las pruebas complementarias, punción lumbar con presión de apertura elevada (50 cmH₂O), PCR positiva para *Mycoplasma pneumoniae*, resonancia magnética con agenesia/hipoplasia de seno transversal y sigmoide derechos con acúmulo de LCR en vaina de nervios ópticos. Tratamiento con punción lumbar terapéutica, azitromicina y acetazolamida con mejoría progresiva. Desaparición de la diplopía tras mejoría del edema papilar y resolución de la parálisis del VI par bilateral.

Comentarios. En este caso clínico, impresiona que la etiología es mixta, sobre una causa estructural interfiere un cuadro infeccioso desencadenante. La agenesia o estenosis del seno transversal, aunque es una variante de la normalidad, puede dificultar el drenaje de líquido cefalorraquídeo y elevar la presión intracraneal, especialmente si es bilateral. En este caso, aunque fuese unilateral, bajo un proceso infeccioso e inflamatorio es posible que desencadenase la clínica.

22. Cuerpo extraño rectal en adolescente. *Haupt Arabia V, Sierra Águila M, Martín Iranzo N, Carrasco Villanueva M, Alonso Quintela P, De La Torre Santos S, Andrés De Llano J, Gutiérrez Zamorano M.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Carrión. Palencia.

Introducción. Los cuerpos extraños rectales son raros en pediatría y su incidencia es desconocida. Se debe realizar una exploración individualizada, descartando en primer lugar, que pueda tratarse de un abuso sexual. Otras causas son la autoexploración y la autosatisfacción. El abordaje dependerá del tipo de objeto introducido, así como de su tamaño y características, si presenta o no lesiones, y otros factores como la edad del paciente.

Caso clínico. Varón de 11 años sin antecedentes personales ni familiares de interés. Acude a urgencias acompañado por su madre, refiriendo haberse introducido una pelota de goma de 3,5 cm de diámetro por el recto, 8 horas antes de su llegada. No refiere sangrado rectal, ni dolor. Su madre refiere que le han administrado laxante, pero no ha realizado deposición. En la exploración física se palpa masa redondeada en hemiabdomen inferior izquierdo. Resto de la exploración normal. Se realiza una radiografía de abdomen anteroposterior (figura 1) en la que se observa el cuerpo extraño radiopaco. Se ingresa para tratamiento con macrogol, consiguiendo evacuación del cuerpo extraño. Asintomático durante el ingreso. Se decide alta domiciliaria explicando signos de alarma.



Figura 1.
Póster 22.

Comentarios. Ante cuerpos extraños rectales en niños, lo primero que debemos hacer es descartar abuso sexual infantil. Diversos estudios describen que se están incrementando los casos de cuerpo extraño rectal en niños como método de “autoexploración”, esto podría estar relacionado con el fácil acceso de los menores a contenido pornográfico. La prueba de imagen será esencial para localizar el objeto y descartar complicaciones. El tratamiento variará según el cuerpo extraño y las complicaciones derivadas del mismo, desde opciones conservadoras hasta cirugías de extracción.

23. Cutis marmorata telangiectásica congénita: una entidad clave en el diagnóstico diferencial de livedo reticularis neonatal. *López Pérez E, Gutiérrez Porro X, Blanco González A, Posadilla Suárez P, Fernández Prieto A, Arredondo Montero J, Fernández García A, Álvarez Juan B. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Introducción. La cutis marmorata telangiectásica congénita (CMTC) es una anomalía vascular rara caracterizada por un patrón reticulado violáceo persistente que no desaparece con el calor. Se clasifica como una malformación capilar simple y suele manifestarse desde el nacimiento, generalmente de forma unilateral o segmentaria. Su etiología es desconocida y se han descrito unos 300 casos en la literatura, algunos asociados a malformaciones u otras anomalías sistémicas. Es fundamental diferenciarla de la livedo reticularis fisiológica del lactante, que es transitoria y desaparece al calentar la piel, para evitar retrasos diagnósticos y orientar el estudio de posibles asociaciones.

Caso clínico. Lactante de 5 meses, sin antecedentes de interés, valorada por la presencia desde el nacimiento de máculas eritematosas reticuladas persistentes, asintomáticas y blanqueantes a la digitopresión, localizadas en el hemicuerpo derecho. Las lesiones no variaban con la temperatura, lo que orientó el diagnóstico hacia una CMTC frente a la livedo reticularis fisiológica. Se solicitaron estudios –ecografía abdominal, ecocardiografía y valoración oftalmológica– que fueron normales, salvo un foramen oval permeable mínimo. Ante la ausencia de anomalías asociadas y la evolución estable, se confirmó el diagnóstico clínico y se mantuvo seguimiento. En la actualidad, las lesiones se mantienen sin cambios y la paciente presenta un desarrollo normal para su edad.

Comentarios. La CMTC es una anomalía vascular benigna, habitualmente de curso estable o con tendencia a la mejoría. A diferencia de la livedo reticularis fisiológica, requiere un cribado dirigido para descartar posibles malformaciones asociadas mediante una exploración física cuidadosa y pruebas complementarias básicas.

24. De contusión a colección purulenta: evolución tórpida de un hematoma en región cervical con final quirúrgico.

Pulito González M, Ramos Cela M, De Diego García EM, Simal Badiola I, Fernández Jimenez MI, Piniella Alonso A, Rodríguez López A, Del Olmo Poza D. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. Los abscesos cervicales profundos infantiles son una patología poco frecuente en la práctica clínica habitual pero relevantes por su gravedad y posibles complicaciones. Estudios recientes reportan un incremento de su incidencia en los últimos años.

Caso clínico. Niña de 3 años que acude a urgencias por odinofagia, y flogosis de nódulo (3 × 3 cm) submandibular derecho. Refieren aparición de bultoma doloroso a la palpación 4 días antes tras traumatismo a dicho nivel, realizándose ecografía en la que se informa de colecciones compatibles con hematoma. A la exploración física bultoma empastado, no fluctuante, con buena apertura bucal y movilización cervical conservada (figura 1). Se realiza nueva ecografía en la que se informa de linfadenitis submaxilar derecha con colección asociada en probable relación con absceso, y cambios inflamatorios en tejido celular circundante. Analítica con PCR 1,4 mg/dl y leucocitosis (16.200) a expensas de neutrofilia. Ante el probable diagnóstico de hematoma abscesificado, el buen estado general, y los datos analíticos de la paciente se consensua con cirugía pediátrica tratamiento antibiótico ambulatorio (amoxicilina-clavulánico: 60 mg/kg/día) y revisión en sus consultas 48 horas después. A la reevaluación fluctuación en zona central de bultoma por lo que se decide ingreso para drenaje quirúrgico y antibioterapia endovenosa, obteniéndose cultivos con resultado positivo para *Staphylococcus aureus* sensible. La paciente mostró buena evolución postquirúrgica, y resolución del proceso.



Figura 1. Póster 24.

Conclusiones. La presentación clínica de los abscesos cervicales profundos es inespecífica y la literatura no muestra consenso respecto al abordaje terapéutico idóneo por lo que resulta importante la sospecha diagnóstica, así como la individualización terapéutica en cada caso.

25. De una malformación aislada de la mano al diagnóstico sindrómico: lecciones de un caso de síndrome de Poland.

Navas Méndez De Andrés F, Muñoz Cabrera VP, Valdés Rodríguez D, Pérez Suárez I, Pulache Chávez HD, González Guerrero C, Martínez Pérez M, Arredondo Montero J. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción. La identificación de hallazgos clínicos sutiles puede ser determinante para el reconocimiento de síndromes congénitos infrecuentes. El síndrome de Poland constituye una anomalía del desarrollo caracterizada por la ausencia o hipoplasia del músculo pectoral mayor, con frecuencia asociada a malformaciones ipsilaterales de la pared torácica y de la extremidad superior, especialmente de la mano. Su expresividad fenotípica es amplia, y las formas leves pueden pasar inadvertidas si no se realiza una exploración física sistemática y detallada.

Caso clínico (figuras 1, 2 y 3). Recién nacido varón de siete días, sin antecedentes obstétricos de interés, que presentó al nacimiento sindactilia compleja de la mano izquierda asociada a polidactilia postaxial ipsilateral. Ante estos hallazgos, se realizó una exploración detallada de la extremidad superior y la pared torácica, evidenciándose asimetría muscular y ausencia del pectoral mayor izquierdo. La ecografía torácica corroboró la ausencia del pectoral mayor sin demostrar alteraciones costales asociadas, estableciéndose el diagnóstico



Figura 1.
Póster 25.



Figura 2. Póster 25.

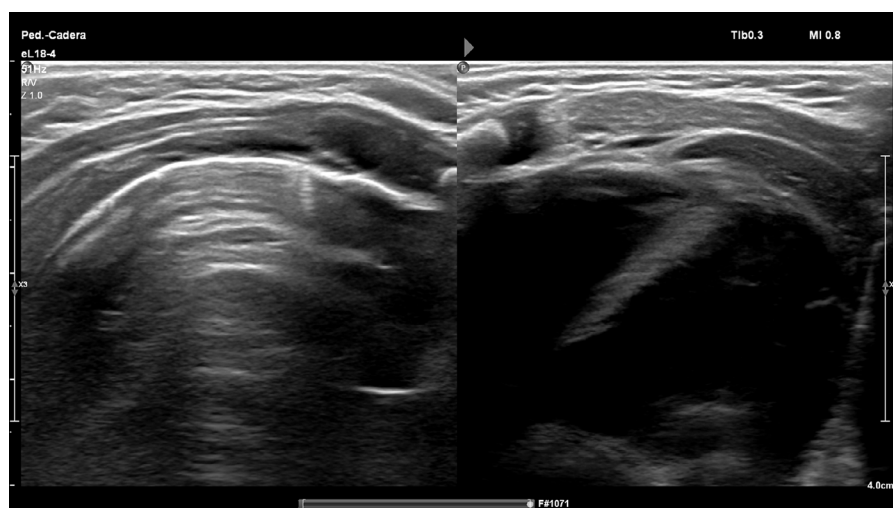


Figura 3. Póster 25.

de síndrome de Poland. A los 12 meses se inició tratamiento quirúrgico secuencial para la corrección funcional de la mano, con evolución favorable, encontrándose actualmente en seguimiento evolutivo.

Conclusiones. En pediatría, numerosos síndromes congénitos pueden manifestarse de forma sutil, parcial o atípica, lo que hace que su reconocimiento dependa tanto de una evaluación clínica sistemática y detallada como de un conocimiento sólido y actualizado de las principales entidades sindrómicas. La sospecha precoz de síndrome de Poland resulta esencial para confirmar el diagnóstico mediante pruebas de imagen, identificar posibles anomalías asociadas y garantizar una derivación oportuna que facilite un abordaje terapéutico integral y multidisciplinar.

26. Delayed subaponeurotic fluid collection, una entidad desconocida. *Castro Rey M¹, Urbaneja Rodríguez E¹, Centeno Malfaz F¹, Elices Crespo R¹, Aguiar Menéndez S¹, Morales Moreno AJ².* ¹Hospital Recoletas Salud Campo Grande. Valladolid. ²Centro de Salud Parquesol. Valladolid.

Introducción. La evidencia de líquido cefalorraquídeo en el cuero cabelludo en periodo neonatal-primeros meses de vida nos obliga a realizar una prueba de imagen urgente, existiendo entre los diagnósticos diferenciales las hemorragias intracraneales que pueden comprometer la vida del paciente.

Caso clínico. Lactante de 6 semanas acude a Urgencias por aparición hace 24 horas de bultoma en cuero cabelludo. Niegan desencadenante. Asintomático. Parto instrumentado con fórceps y ventosa. Ingreso por taquipnea transitoria. Exploración física al alta hematoma temporal derecho, resto normal. En Urgencias cráneo con FANT, colección subgaleal en región parieto-occipital izquierda que sobrepasa cisuras y se reintroduce de forma parcial dentro de la fontanela anterior. Ante la sospecha de hemorragia subgaleal se realiza Ecografía Transfontanelar con colección anecoica subgaleal similar al LCR, de 3-4 cm y 0,2 mm de espesor que atraviesa suturas y línea media, modificándose de localización con las posturas, compatible con Delayed subaponeurotic fluid collection (DFSC). Se ingresa para estudio con RMN cerebral confirmándose.

Conclusión. DSFC es una acumulación de LCR en el espacio subaponeurótico del cuero cabelludo, que se presenta semanas a meses (5-15 semanas) después del parto. Se trata de un scalp fluctuante o *swelling*, suave, fluctuante, no doloroso, móvil, que cruza las líneas de sutura craneales. La mayoría tienen antecedente de partos distócicos. Se cree que se produce por una fístula de LCR en la sutura, no visible en pruebas de imagen. El diagnóstico diferencial se realiza

con el hematoma subgaleal agudo. El manejo es conservador, reabsorbiéndose antes de los 5 meses.

27. Desconexión catéter-reservorio: un riesgo inesperado en el uso del Port-a-Cath. *Villarreal Molina BM, Amat Valero S, Calvo Penín C, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca S, Granell Suárez C, Pérez Costoya C, Álvarez Muñoz V.* Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Los pacientes portadores de un acceso venoso central con reservorio pueden presentar diferentes complicaciones, entre las que destaca la rotura y migración del catéter, siendo una entidad poco frecuente cuyo tratamiento consiste en la retirada del dispositivo.

Caso clínico. Mujer de 4 años, portadora de un Port-a-Cath (PAC) en vena yugular interna derecha para quimioterapia por glioma óptico derecho y quiasma secundario a neurofibromatosis tipo I (NF1) desde hace 2 años, que en el momento se utilizaba para administración de ravulizumab cada 4 semanas por síndrome hemolítico urémico atípico. En los últimos meses presentaba problemas con el dispositivo que permitía la infusión de medicación pero no refluía. Se comprueba mediante radiografía ausencia de complicaciones. A los dos meses tras múltiples ciclos de Uroquinasa sin mejoría completa y observando edema a nivel cervical durante la infusión de medicación a través del reservorio se realizó estudio con contraste donde se observó una fuga libre al tejido celular subcutáneo así como la ausencia de conexión entre el catéter y el reservorio. Se decidió la extracción del catéter por vía femoral, y del reservorio alojado en el hemitórax derecho confirmándose la desconexión total entre reservorio y catéter. Presentó adecuada evolución postoperatoria.

Comentarios. La rotura y desconexión del catéter y reservorio del PAC es una complicación infrecuente pero grave en pacientes con acceso venoso central a largo plazo. Puede ocurrir por mal posicionamiento, daño o manejo inadecuado. Su detección temprana y tratamiento adecuado son clave para evitar complicaciones y asegurar el tratamiento.

28. Displasia espondilometafisaria tipo Zozlowsky: a propósito de un caso. *Puente Fuente P, López-Negrete Cueto E, Segovia López S, Álvarez Blanco E, De Juan Vázquez D, Álvarez Menéndez L, Ornia Rodríguez M, Pardo De La Vega R.* Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias.

Introducción. Las displasias óseas constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades genéticas que afectan al desarrollo de huesos y cartílagos y que se manifiestan con

deformidades esqueléticas, alteraciones articulares y talla baja. Entre ellas, la displasia espondilometafisaria representa una entidad infrecuente, caracterizada por la afectación de vértebras y metáfisis de huesos largos. Una de sus variantes es la displasia tipo Zozlowsky, asociada a platispondilia, escoliosis y retraso del crecimiento.

Caso clínico. Niño de 12 años con escoliosis a seguimiento por Rehabilitación; derivado a Neuropediatría tras el hallazgo radiográfico de platispondilia, que, junto con talla baja, sugieren como primera posibilidad displasia espondilometafisaria. Como antecedentes de interés, refieren escoliosis y talla baja en rama paterna. A la exploración, el paciente presenta talla en percentil 6, tórax campaniforme y escoliosis dorsal de convexidad derecha. Las radiografías muestran hallazgos sugerentes de displasia ósea, y en el estudio genético se identifica una variante en el gen *TRPV4*, compatible con displasia espondilometafisaria tipo Zozlowsky.

Comentarios. La integración de historia clínica, imágenes radiológicas y estudio genético es esencial para el abordaje actual de las displasias óseas, ya que permiten un diagnóstico preciso, un seguimiento individualizado y el asesoramiento genético familiar adecuado.

29. Displasia septo-óptica: descripción de un caso clínico.

López-Negrete Cueto E¹, Puente Fuente P¹, De Juan Vázquez D¹, Álvarez Blanco E¹, Corihuela Menéndez P¹, De La Iglesia Rivaya A¹, Baroque Rodríguez S², Pardo De La Vega R¹. ¹Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias. ²Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián Arriondas, Asturias.

Introducción. La displasia septo óptica (DSO) es una malformación cerebral congénita de presentación infrecuente, caracterizada por anomalías del septum pellucidum, hipoplasia del nervio óptico, y disfunción hipotálamo-hipofisaria.

Caso clínico. Lactante mujer de 3 meses remitida para estudio por su pediatra de Atención Primaria por movimientos oculares anómalos detectados desde el nacimiento, y sospecha de déficit visual. A la exploración se aprecia ausencia de fijación visual, con movimientos sacádicos oculares tanto verticales como horizontales y reflejo rojo bilateral presente. El resto de la exploración neurológica y sistémica es normal. Se solicita interconsulta a Oftalmología, que aprecia fondo de ojo hipopigmentado y palidez bilateral del nervio óptico. El registro EEG es normal y en los potenciales evocados visuales se aprecian signos de afectación axonal severa. En la ecografía transfontanelar se aprecia ausencia de septum pellucidum con fusión de las astas frontales de los ventrículos laterales. Ante la sospecha de DSO, se realiza un estudio endocrinológico,

que resulta normal, y se solicita RM encefálica, donde se aprecia también marcada hipoplasia de los nervios ópticos y del quiasma. Se inicia programa de estimulación visual y atención temprana, así como seguimiento en consulta de Neuropediatría, sin aparición de nuevas complicaciones hasta el momento actual.

Comentarios. Ante la sospecha de déficit visual, es importante su abordaje precoz para un adecuado diagnóstico, así como la estimulación temprana para minimizar su impacto en el desarrollo psicomotor.

30. Dolor abdominal recurrente en la adolescencia: presentación inusual de una patología ginecológica. **Martín Irazo N, Carrasco Villanueva MJ, Haupt Arabia V, Sierra Águila M, De La Torre SI, Peña Valenceja A, Gutiérrez Zamorano M, Fernández Alonso JE.** Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Introducción. La abdominalgia en la época adolescente puede incluir diversas etiologías. En las pacientes premenárquicas es importante tener en cuenta causas ginecológicas como malformaciones obstructivas. Existen malformaciones congénitas del tracto genital femenino como la ausencia de una abertura en el himen. Su incidencia es de 0,05-0,1% en recién nacidas y suele pasar inadvertido hasta la pubertad. Se manifiesta típicamente con amenorrea primaria y dolor. El diagnóstico es clínico, confirmación mediante ecografía pélvica. El tratamiento es quirúrgico.

Caso clínico. Presentamos una paciente de 12 años, sin antecedentes personales ni ginecológicos relevantes. Derivada a Urgencias por dolor abdominal intenso y lumbar de 10 días de evolución, parcialmente aliviado con analgesia. A la exploración realizada en Atención Primaria se objetiva una masa que protruye desde la vulva, sospechándose himen imperforado. En Urgencias hospitalarias se realiza una exploración ginecológica que confirma un abombamiento a nivel del introito vaginal, compatible con hematocolpos. La ecografía pélvica revela una colección hemática de 129 × 82 mm en la vagina y hemato-metra de 21 mm en el útero. Los ovarios presentan morfología y ecogenicidad normal. Se programó intervención quirúrgica, realizándose apertura del canal vaginal con evacuación de contenido hemático, lavado y reconstrucción anatómica. El postoperatorio cursó sin complicaciones.

Comentarios. El himen imperforado es una causa poco frecuente pero importante de amenorrea primaria y dolor abdominal cíclico en adolescentes. La exploración física es fundamental para el diagnóstico; el hallazgo de una masa en el introito debe hacer sospechar una obstrucción genital. El tratamiento quirúrgico tiene excelente pronóstico y es el tratamiento de elección.

31. El aire escondido: neumomediastino espontáneo en Pediatría. *Pérez Ortiz D, Pérez Santaolalla E, Bujedo Muñoz A, Recalde Tabar A, Ruiz Araus A, Angulo Sánchez V, Marrón Alonso M, García González M. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. El neumomediastino espontáneo es una entidad poco frecuente en pediatría. Suele presentarse tras maniobras que aumentan la presión intratorácica (tos intensa, esfuerzo físico, vómitos), aunque en muchos casos no se identifica un desencadenante claro. Su curso suele ser benigno, pero puede simular cuadros de mayor gravedad, por lo que el reconocimiento clínico y radiológico resulta esencial.

Caso clínico. Niño de 12 años previamente sano que consulta por dolor cervical derecho de 24 horas de evolución, sin fiebre ni disnea, con mejoría parcial tras analgesia. No refería traumatismo, aunque sí práctica deportiva. La exploración física mostraba leve enfisema subcutáneo cervical derecho sin otros hallazgos. La radiografía de tórax evidenció presencia de aire en mediastino y planos cervicales derechos compatible con neumomediastino espontáneo. Se decidió ingreso para observación y analgesia. Durante la hospitalización permaneció hemodinámicamente estable, con resolución progresiva del dolor y sin aparición de complicaciones. Fue dado de alta tras 24 horas sin alteraciones.

Comentarios. El neumomediastino espontáneo debe considerarse en niños o adolescentes con dolor torácico o cervical sin causa aparente, especialmente tras esfuerzo físico. La radiografía de tórax es la herramienta diagnóstica de elección. El manejo suele ser conservador, con observación y tratamiento sintomático, reservándose estudios complementarios para casos con síntomas persistentes o signos de complicación. El pronóstico es excelente y las recurrencias son infrecuentes.

32. El calcetín que mordió: exposición a rabia tras mordedura de murciélago. *González Fernández I, Villalón Martínez MC, Molano Acosta M, Cebrián Soria P, Paño Román M, Martín Galán E, García Sánchez M, González Prieto A. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

Introducción. Las mordeduras de murciélago representan una mínima proporción de todas las consultas por mordeduras en Urgencias, constituyendo menos del 1%. Aunque la rabia se considera erradicada en España (salvo Ceuta y Melilla), cualquier exposición a quirópteros tiene riesgo potencial de rabia, enfermedad de pronóstico fatal, lo que confiere relevancia a dicha entidad.

Caso clínico. Escolar de 13 años que acude tras haber dormido por la noche con un murciélago, junto a su pierna izquierda, al pensar que se trataba de un calcetín. Evidencia lesiones similares a picaduras, de características puntiformes, pruriginosas y dolorosas, con halo macular eritematoso y aumento de temperatura, en ambas piernas. Se realiza lavado exhaustivo de las heridas, se administra vacuna antirrábica (Rabipur) e inmunoglobulina específica vía intramuscular.

Comentarios. Toda exposición a quirópteros debe considerarse exposición a rabia, debiendo poner en marcha el protocolo antirrábico. La primera medida básica para evitar la transmisión es el lavado exhaustivo de la herida. Según la categoría de la exposición se debe realizar profilaxis post-exposición con inmunoglobulina vía intramuscular alrededor de las heridas a dosis de 20 UI/kg, junto con la pauta Essen de vacunación, teniendo una efectividad en conjunto de prácticamente el 100%.

33. Escroto agudo en Pediatría: más allá de la torsión. *Calvo Penín C, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca SE, Villareal Molina BM, Granell Suárez C, Gómez Farpón A, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El edema escrotal agudo idiopático (EIAI) es una entidad benigna y autolimitada, pero de presentación clínica alarmante, que constituye una causa relevante de escroto agudo en la edad pediátrica. La etiología permanece incierta, aunque se han implicado reacciones de hipersensibilidad, infecciones virales (Epstein-Barr), parasitosis por nematodos y antecedentes alérgicos. Su desconocimiento conduce con frecuencia a exploraciones quirúrgicas innecesarias.

Caso clínico. varón de 5 años con molestias en hemiescroto derecho y eritema, con extensión posterior a ambas bolsas escrotales y coloración eritematoviolácea, sin extensión a ingle o periné y sin púrpura asociada. No antecedente traumático. Excelente estado general con dolor únicamente a la palpación de las bolsas escrotales, con ambos testículos en canales inguinales debido al edema pero no dolorosos a la palpación. Adenopatías inguinales bilaterales. En ecografía *doppler* se objetiva engrosamiento de la bolsa escrotal, con ecogenicidad escrotal homogénea y flujo escaso pero presente en ambos testículos. Se manejó de manera conservadora, con reposo y antiinflamatorios. Presentó progresiva mejoría del edema y coloración escrotal hasta alcanzar la normalidad. El exudado faríngeo recogido fue positivo para estreptococo *pyogenes* y virus de Epstein Barr.

Conclusiones. El EIAI debe considerarse en el diagnóstico diferencial del escroto agudo pediátrico ya que representa entre el 10% y 20% de los casos. Su manejo es conservador

y su reconocimiento clínico y ecográfico es fundamental para evitar exploraciones quirúrgicas innecesarias.

34. Escroto agudo. Piocele-hematocele testicular. *Olarte Ingaroca SE, Crehuet Gramatika D, Villarreal Molina B, Hortelano Romero E, Calvo Penín C, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción:

- **Piocele.** Colección purulenta en la túnica vaginal, suele aparecer tras epididimitis-orquitis. La eco-doppler describe colección compleja con ecos internos, a veces gas, pared engrosada con hiperemia testicular y epidídimo.
- **Hematocele.** Colección de sangre en la túnica vaginal, frecuentemente postraumatismo directo. La eco-doppler

describe colección compleja hiperecogénica/ heterogénea con ecos de bajo nivel.

Caso clínico. Varón de 2 años, con antecedentes de Tuberculosis asintomática (Mantux positivo) con tratamiento profiláctico, en seguimiento por hidrocele derecho. Acude por edema e inflamación de escroto derecho de 12 h de evolución. No traumatismo previo, Afebril. No clínica miccional. Se evidencia hemiescroto derecho aumentado de tamaño, eritematoso, caliente, indurado y doloroso. Analítica normal. Las eco-doppler (figuras 1 y 2) describen colección organizada de pared fina, extratesticular, hiperecogénica, sin señal doppler e hidrocele anecogénico tabicado. Teste derecho desplazado, de apariencia normal, con aumento de vascularización. Hallazgos sugerentes de piocele. Se realiza cirugía urgente para punción escrotal obteniéndose contenido hemático oscuro sin signos de infección, impresionando de

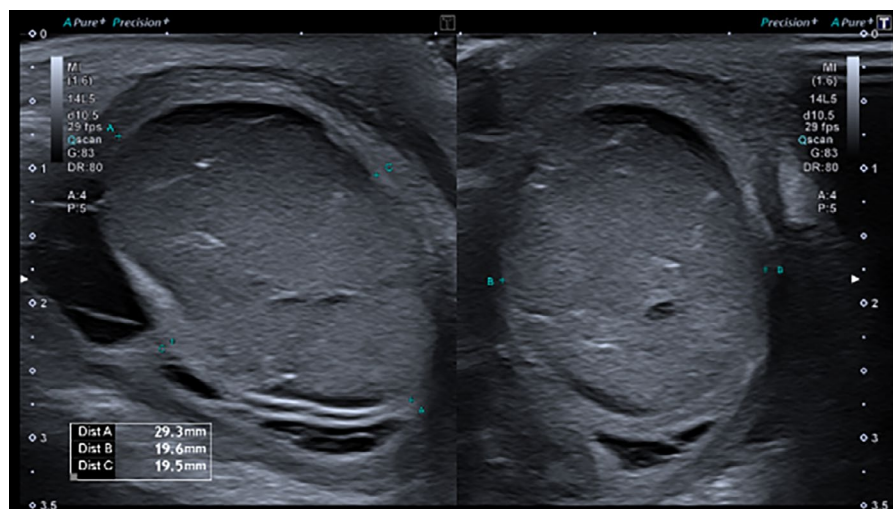


Figura 1. Póster 34.

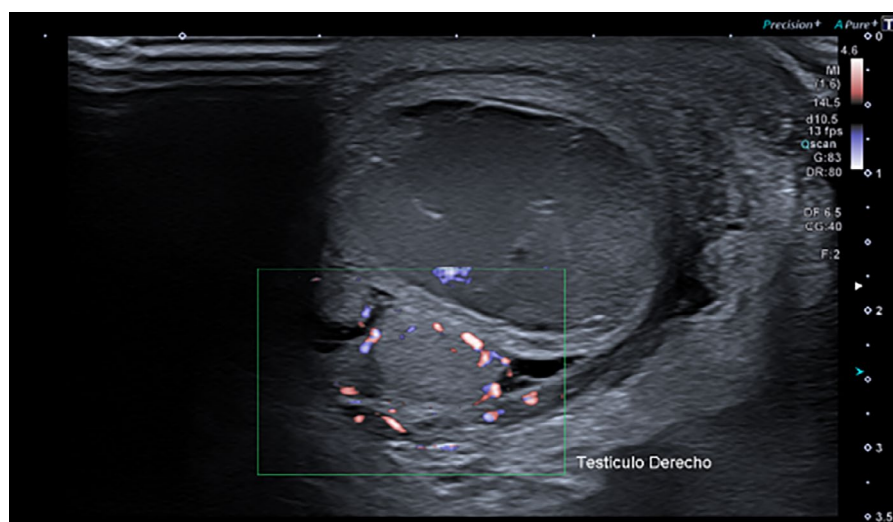


Figura 2. Póster 34.

hematoma. Se realiza hidrocelectomía, cierre de la comunicación peritoneo vaginal persistente, extracción del hematoma y resección de cubiertas vaginales. Testículo derecho de buen aspecto. Anatomía patológica confirma hematocele. Evolución posquirúrgica favorablemente.

Comentario. El escroto agudo es una urgencia quirúrgica. La ecografía y la clínica orientan el caso. La certeza está en la evidencia quirúrgica lo que orientan la actitud terapéutica. En nuestro caso al tratarse de hematocele se decidió hidrocelectomía. En caso de piocele, la actitud se limita solo al drenaje. En nuestro caso la causa es idiopática, aunque la historia clínica no lo refería, lo más frecuente es por traumatismo directo.

35. Esofagitis cáustica (lesión de alto grado): experiencia clínica ante la evidencia escasa en Pediatría. *Clavijo Izquierdo M, Pérez Ortiz D, Dios Puebla E, Crespo Estrada J, García Terrazas A, Angulo Sánchez V, Domínguez Sánchez P, Fernández De Valderrama Rodríguez A. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La prevalencia de la patología digestiva accidental como motivo de consulta en urgencias ha ido descendiendo en los últimos años debido a varios factores entre los que se encuentra la educación sanitaria de las familias. Sin embargo, la ingesta de cáusticos continúa siendo la segunda causa de intoxicación generando una morbimortalidad importante.

Caso clínico. Niña 22 meses, ingresa por ingestión accidental de cáustico (lavavajillas industrial). Presenta llanto inmediato, tos escasa y vómitos tras la ingesta, los cuales no son inducidos. Exploración física: sialorrea, edema faríngeo y lengua depapilada, resto normal. Analítica sanguínea sin hallazgos. Radiografía de Tórax: descartado neumomediastino. Endoscopia: úlceras circunferenciales (Zagar: IIB), se coloca SNG bajo visión directa. Tratamiento: dieta absoluta 48 horas, metilprednisolona (1 r/SC durante 3 días), omeprazol (2 mg/kg) y ampicilina (7 días). Nutrición enteral: inicia a las 48 horas y posteriormente presenta vómitos con exploración normal. Se realiza radiografía de tóraco-abdominal observándose SNG en duodeno, se recoloca. Posteriormente, adecuada tolerancia oral (líquidos, triturados). Alta a domicilio (8 días): dieta blanda y omeprazol. Endoscopia de control (3 semanas): estenosis esofágica a 15 cm de arcada dentaria, 5cm de afectación. A las 6 semanas de la exposición se dilata con balón progresivo (2 atm; 10 mm). Continúa en seguimiento.

Comentario. Ante una ingesta cáustica existe consenso universal sobre la estabilización inicial y el soporte nutricional. El uso de corticoterapia en lesiones de alto grado

suele ser extendido pues tienen como objetivo disminuir el riesgo de estenosis esofágica, no obstante, la evidencia en pediatría es limitada.

36. Este arco aórtico seguro que no lo has visto... *Rupérez Peña S, Marrero Calvo MF, Jiménez Saucedo MDP, Pérez Benito M, De Pedro Del Valle S, Ruíz Ayúcar De La Vega I, Expósito De Mena H, Gutiérrez Moreno M. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.*

Introducción. Las variaciones en la anatomía del arco aórtico son relativamente frecuentes, pero la configuración en la que el tronco braquiocefálico derecho da origen a la carótida y subclavia derechas, y un segundo tronco único origina la carótida y subclavia izquierdas, es una anomalía extremadamente rara. Las variantes con doble tronco supraaórtico no aparecen como entidades clasificadas con frecuencia, lo que sugiere que su incidencia podría ser inferior a 1 por cada 100.000 nacidos vivos, aunque esto es una estimación conservadora basada en la rareza de los reportes.

Caso clínico. Se presenta el caso de un recién nacido a término, con test de Apgar 9/10, somatometría en el percentil 75, y que a las 48 horas de vida presentó un soplo sistólico I/VI. La ecocardiografía reveló un arco aórtico izquierdo normal, pero con una configuración inusual: el tronco braquiocefálico derecho originaba las arterias carótida y subclavia derechas, mientras que un segundo tronco único daba origen a las arterias carótida y subclavia izquierdas. Este hallazgo es excepcional, en nuestro caso asociado a una válvula aórtica bicúspide. El paciente se mantuvo asintomático durante el seguimiento.

Comentario. La presencia de dos troncos supraaórticos, con un tronco común para la carótida y subclavia izquierdas, es una variante anatómica extremadamente rara. En nuestro caso, la asociación con la válvula aórtica bicúspide obliga a un seguimiento a largo plazo, no esperando encontrar complicaciones posteriores debido a la anatomía del arco aórtico, como la compresión esofágica o traqueal, típicas de otras anomalías del arco.

37. Estigmas cutáneos en la línea media: diagnóstico neonatal temprano de disrafismo espinal oculto. *Muñoz Hernández MB, Menéndez Iglesias P, Villa Álvarez M, Suárez Abella M, Méndez Pérez L, García Guilabert MDC, Solís Sánchez G, Fernández Colomer B. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El disrafismo espinal oculto (DEO) es una malformación congénita del cierre del tubo neural, cubierta

por piel y sin exposición de tejido nervioso. La principal complicación neurológica es el síndrome de médula anclada, que produce de forma progresiva déficit motor y sensitivo y disfunción de esfínteres. La presencia de alteraciones cutáneas en la línea media dorsal suele ser la única manifestación inicial, pudiendo pasar inadvertido en el periodo neonatal. Se presenta el caso de un neonato con hallazgos cutáneos sugestivos, cuyo estudio radiológico confirmó la presencia de DEO.

Caso clínico. Recién nacido varón a término de gestación normoevolutiva, con ecografías prenatales normales y suplementación materna de ácido fólico, nacido por parto eutócico. En la exploración física inicial se observa solución de continuidad en la línea media lumbar (figura 1). Se realiza ecografía del canal medular que evidencia médula de disposición baja, a nivel de L3, con imagen hiperecogénica compatible con lipoma en región posterior y trayecto fistuloso en L4 que conecta la lesión cutánea con el canal medular. La resonancia magnética (RM) confirma la presencia de DEO con falta de fusión de elementos posteriores de L4/L5 con cono medular descendido, lipoma intradural y seno dérmico asociados (figura 2). RM craneal sin alteraciones.

Comentario. Los estigmas cutáneos suelen ser la única manifestación inicial del DEO, por lo que su reconocimiento es esencial para un diagnóstico precoz y abordaje quirúrgico oportuno, que pueden prevenir daño neurológico irreversible. La RM es la prueba diagnóstica de elección y la ecografía resulta útil en menores de seis meses.



Figura 1.
Póster 25.

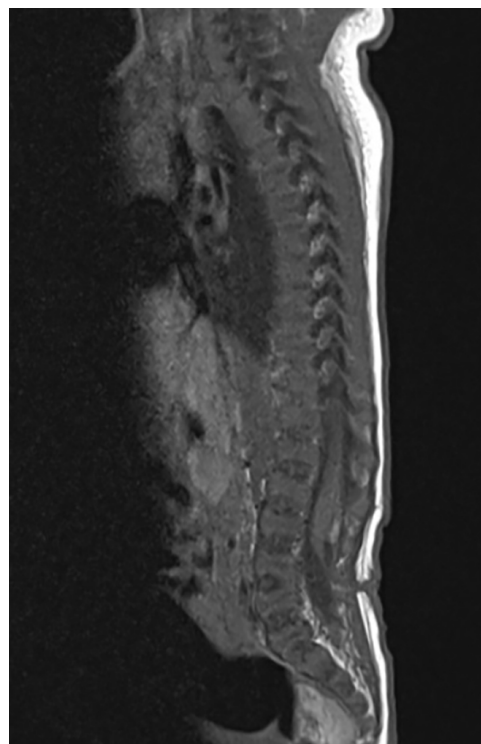


Figura 2.
RMN (Póster 37).

38. Estudio y manejo de pseudoquiste pancreático tras traumatismo de alto grado. *Crespo Estrada J, Ferlini Fuembuena RL, Alonso Arroyo V, Ros Briones R, Monje Fuente S, Ortega Escuerdo M, Ayuso González LD, Gutiérrez Dueñas JM. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. Los traumatismos pancreáticos constituyen entre un 2-5% de todos los traumatismos abdominales en la población pediátrica; no obstante, se asocian con una elevada morbi-mortalidad.

Caso clínico. Varón de 10 años acude a urgencias tras traumatismo cerrado de abdomen con manillar de bicicleta. Presenta dolor en epigastrio asociado a vómitos y al examen físico defensa en epigastrio y estigma cutáneo. Se solicita analítica sanguínea, donde se objetiva elevación de reactantes de fase aguda y amilasa de 1.151 UI/L, y TC abdominal, informado como solución de continuidad en cuerpo pancreático sin descartarse laceración del conducto de Wirsung, correspondiente a una lesión II/III de AAST. Por estabilidad del paciente se ingresa en planta de hospitalización a dieta absoluta y reposo. Iniciamos alimentación enteral al tercer día de ingreso y realizamos colangio-RMN que informa como laceración pancreática del cuerpo-cola con posible disrupción del Wirsung (grado III de AAST) y una gran colección líquida extrapancreática retroperitoneal. Al décimo día presenta fiebre, sospechándose una sobreinfección del pseudoquiste, por lo que iniciamos tratamiento con imipenem. Tras

controlar el crecimiento de la colección mediante ecografías seriadas finalmente a las 4 semanas desde el traumatismo se realiza drenaje de la misma mediante eco-endoscopia, colocando un stent que conecta el pseudoquiste con la cavidad gástrica.

Comentarios. Los pseudoquistes pancreáticos constituyen una complicación frecuente secundaria a traumatismos. Cuando no presentan resolución espontánea, es necesaria su evacuación mediante drenaje. Actualmente, el drenaje endoscópico hacia la cavidad gástrica se considera una opción mínimamente invasiva que disminuye de manera significativa la morbilidad quirúrgica.

39. Factores que motivan la visita de los niños a los Servicios de Urgencias Pediátricos. *Pérez Alba M¹, González García J², Rodríguez Suárez J³.* ¹Hospital de Jarrío. Jarrío, Asturias. ²Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias. ³Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Las consultas a los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP) se han incrementado en las últimas décadas. Existen diferentes factores que pueden condicionar la decisión de los padres o cuidadores de acudir con los niños a estos servicios.

Objetivo. Identificar los factores que influyen en la decisión de los padres o cuidadores para acudir con los niños a los SUP.

Material y métodos. Estudio descriptivo desarrollado en el SUP de un hospital de primer nivel mediante la realización de encuestas a los acompañantes de los menores de catorce años atendidos durante tres meses.

Resultados. Se recogieron 52 respuestas. La mitad de los pacientes afirma que no consiguió cita con su pediatra y que esta fue la razón que más les influyó en su decisión de acudir al SUP. La mayoría de los pacientes tenían pediatra asignado en su centro de salud. Sin embargo, el 80% de los encuestados acudieron al SUP sin hablar antes con su pediatra. Menos del 10% de los progenitores sabían cómo contactar con el pediatra fuera del horario de atención habitual. Las familias consideraron que les resultaría útil disponer de una mayor flexibilidad de horarios para acudir al pediatra de atención primaria, así como la entrega de hojas informativas en las consultas y la difusión de consejos a través de la televisión y las redes sociales.

Conclusiones. La dificultad para conseguir cita con el pediatra de cabecera es la razón que más influye en la decisión de acudir a los SUP en nuestro estudio. Se requieren estudios más amplios para conocer mejor los factores que llevan a las familias al SUP.

40. Flebectasia de la vena yugular: cuando la anatomía se hace evidente. *Segovia López SM¹, Calvo Penín C², Hortelano Romero E², Olarte Ingaroca SE², Villarreal Molina B², Álvarez Muñoz V², Gómez Farpón A².* ¹Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias. ²Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La flebectasia de la vena yugular (FVY) es una dilatación fusiforme del vaso, generalmente asintomática. La FVY interna es la forma más frecuente. Aunque puede ser congénita, muchos casos se desarrollan espontáneamente. Su tamaño puede aumentar unos años y disminuir con el crecimiento y fortalecimiento muscular. Predomina en niños, especialmente varones, y su baja frecuencia contribuye al infradiagnóstico. El manejo suele ser conservador, reservando la cirugía para casos sintomáticos o por motivos cosméticos.

Caso clínico. Niña de 6 años, sin antecedentes de interés. Remitida con 3 años por masa supraclavicular derecha visible durante esfuerzos. Al realizar maniobras de Valsalva durante la exploración se detecta una masa blanda y comprensible en dicha localización, no pulsátil ni dolorosa. Ante la sospecha de FVY derecha, se solicita ecografía *doppler*, que confirma el diagnóstico de flebectasia yugular bilateral. En revisiones posteriores, la dilatación yugular externa e interna derecha fluctúa según el esfuerzo, desapareciendo en reposo. Las ecografías muestran discreto aumento de su calibre, sin trombosis. Dada la ausencia de síntomas y complicaciones, se mantiene manejo conservador con seguimiento ecográfico cada 1–2 años.

Comentarios. La FVY es infrecuente y debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas cervicales que aumentan con maniobras de Valsalva. La historia clínica, exploración y ecografía son claves para diagnosticarla, evitando procedimientos más invasivos. Se recomienda manejo conservador con controles periódicos y reservar la cirugía para casos complicados o cosméticamente deformantes, evaluando siempre la circulación contralateral.

Viernes 14 de noviembre • Sesión 5

41. Gripe A y mialgias. *Domínguez Sevillano B, Seco Calvo M.* Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción. La miositis viral aguda es una inflamación muscular transitoria y autolimitada que ocurre tras una infección viral, principalmente por los virus influenza A o B. Se caracteriza por mialgias y sensibilidad en miembros inferiores, sobre todo la pantorrilla que dificulta la deambulación. El diagnóstico se basa en la clínica junto con la elevación

de las enzimas musculares en sangre (creatin kinasa). La recuperación suele ser completa en 3-10 días, con reposo relativo, analgesia e hidratación abundante.

Caso clínico. Escolar de 8 años que acude por fiebre de hasta 39°C, clínica catarral y mialgias generalizadas, que dificultan la deambulación (marcha de puntillas). Diuresis conservada, de coloración normal. No otra clínica asociada. A la exploración destaca una orofaringe levemente hiperémica con mucosidad clara, sin otras alteraciones. Se realizan test rápidos de virus respiratorios (positivo para gripe A). Se solicita analítica sanguínea, sin alteraciones salvo creatin kinasa de 12.000 U/L, ALT de 157 U/L y AST de 406 U/L. Orina normal. Se inicia sueroterapia al doble de necesidades basales e ingresa para observación. Se repite analítica a las 24 horas, con disminución de creatin kinasa a 3627 U/L, ALT a 123 U/L y AST a 212 U/L. Es dado de alta a las 48 horas con resolución de la clínica y normalización de los parámetros analíticos en los controles posteriores.

Conclusiones. La miositis viral aguda es una complicación poco frecuente del virus influenza A en la infancia, que suele presentarse con dolor y debilidad muscular aguda, generalmente autolimitada. El reconocimiento temprano y el manejo sintomático permiten una recuperación completa, evitando complicaciones (rabdomiólisis) y hospitalizaciones prolongadas.

42. Hallazgo incidental de apendicitis vs apendicitis por traumatismo abdominal. *Olarte Ingaroca SE¹, Sánchez Pulido LJ¹, Rodríguez Ovalle S², Calvo Penín C¹, Hortelano Romero E¹, Villarreal Molina B¹, Álvarez Muñoz V¹.* ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián. Ariondas, Asturias.

Introducción. La asociación de trauma abdominal reciente y apendicitis en niños es extremadamente rara. Se han sugerido varios mecanismos fisiopatológicos como edema e inflamación del tejido linfoides apendicular, la lesión vascular del mesoapéndice o apéndice, que podría tener causa directa, pero es una condición excepcional.

Caso clínico. Varón de 8 años, sin antecedente de interés, acude por traumatismo directo en lado derecho del abdomen contra el reposabrazo del sofá. Refiere inicio de dolor abdominal (8 h de evolución) asociado a vómitos tras el episodio. Consciente y orientado, constantes estables, dolor abdominal en cuadrante inferior derecho, Blumberg impresiona positivo. Analítica con reactantes de fase aguda elevados. Ante traumatismo abdominal, se realiza ecografía sin hallazgos relevantes y sin reseñar el apéndice. Se completan estudios con TAC (figuras 1 y 2), donde se describe apéndice retrocecal aumentado

de tamaño con área necrótica en la porción más distal y líquido libre peri-apendicular. Sin otros hallazgos de interés. Ante la sospecha de apendicitis, se realiza laparoscopia urgente, con evidencia de apéndice retrocecal gangrenosa en la punta y aplastronada. La anatomía patológica confirma los hallazgos. El paciente evoluciona bien, actualmente asintomático

Comentarios. Aunque se han estudiado varios mecanismos fisiopatológicos, lo más probable es que el trauma y la apendicitis coincidan en el tiempo. No hay evidencia científica robusta que el traumatismo abdominal sea causa directa de apendicitis. Se debería sospechar de apendicitis, si dolor en fosa ilíaca derecha, con clínica asociada y exploración física compatible, después del traumatismo abdominal, así sea leve y sin síntomas previos.



Figura 1. TAC (Póster 42).

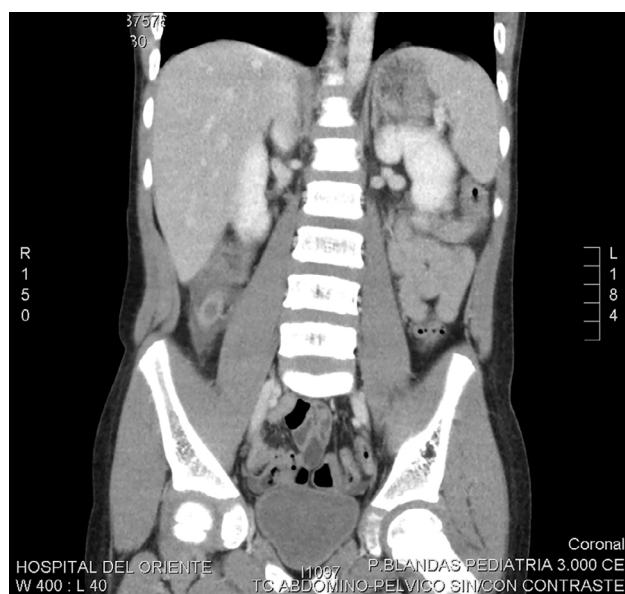


Figura 2. TAC (Póster 42).

43. Hematuria macroscópica: a propósito de un caso. *Sierra Águila M, Haupt Arabia V, Matín Iranzo N, Carrasco Villanueva MJ, Gutiérrez Zamorano M, Peña Valenceja A, Bartolomé Porro JM, Izquierdo Herrero E. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.*

Introducción. La glomerulonefritis postinfecciosa (GNPI) es una inflamación glomerular por inmunocomplejos tras una infección. Es la causa principal de síndrome nefrítico infantil (4-14 años). Se presenta con hematuria, edemas, hipertensión, proteinuria, oliguria e insuficiencia renal variable. El estreptococo β -hemolítico del grupo A es el causante en > 95% de los casos, con un periodo de latencia de 3-5 semanas (infecciones cutáneas) o 7-15 días (infecciones respiratorias).

Caso clínico. Niño de 5 años que acude a urgencias por hematuria y orinas espumosas de 3 días de evolución. Dos meses antes presentó una faringoamigdalitis por estreptococo, tratada con penicilina con evolución favorable. Como antecedentes destacan: lipoblastoma sacrococcigeo intervenido e hipospadias del surco balanoprepucial (uretroplastia). Bien vacunado. A la exploración física se observa palidez cutáneo-mucosa. No edemas. No signos de sobrecarga. Sistemático de orina con hallazgo de hematuria y proteinuria. Orina con hematuria, macroalbuminuria, proteinuria en rango nefrítico. Análisis sanguíneo: ASLO aumentado, C3 sérico disminuido, C4 conservado, IgA sérica elevada, ANA (1/160) positivos, complemento total (CH50) disminuido. Durante el ingreso mantiene tensiones arteriales normales y diuresis conservadas, sin edemas, siendo dado de alta con diagnóstico de glomerulonefritis postestreptocócica, con controles ambulatorios. Desaparición de proteinuria a las dos semanas y la microhematuria a las 7 semanas, con normalización de C3 y CH50.

Comentarios. El pronóstico de la GNPI en la edad pediátrica es favorable, con recuperación completa en el 95% de los pacientes, sin secuelas ni recidivas. El tratamiento incluye medidas de soporte, restricción de líquidos y sal, y en ocasiones, uso de diuréticos. Es importante destacar que el tratamiento antibiótico precoz de la infección estreptocócica no previene la glomerulonefritis ni altera su curso.

44. Hemorragias digestivas bajas: somos lo que comemos... ¿y sangramos lo que comemos? *Montero Díaz N¹, Sarmiento Martínez M², García Pereiro A¹, Cimadevilla Fernández R¹, Fernández Cueto L¹, Menéndez Iglesias P¹, Méndez Pérez L¹.*
¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Centro de Salud La Corredoria. Oviedo, Asturias.

Introducción. Las hemorragias digestivas en la infancia pueden manifestarse como hematemesis, melenas, hema-

toquecia y falsas hemorragias digestivas. La etiología varía según la edad. La indicación de pruebas complementarias se basa en la sospecha diagnóstica según hallazgos de anamnesis y exploración física.

Casos clínicos. Caso 1: Niña 18 meses. Antecedente: estreñimiento. Consulta en Urgencias por deposiciones consistentes, negruzcas y con punteado de sangre roja de 24 horas de evolución. Exploración física: región perianal con dos fisuras. Resto normal. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, coagulación y coprocultivo normales. Tratamiento para la fisura. La familia suspende yogures de arándanos con normalización de heces. Consulta resultados y evolución en Centro de Salud.

Caso 2: Niño 3 años. Consulta en Urgencias por deposiciones consistentes de color rojo. Antecedente de gastroenteritis los días previos con ingesta de gelatinas de fresa. Exploración física: tacto rectal con heces marrones normales. Exploración anal y abdominal normales. Pruebas complementarias: hemograma, coagulación, bioquímica y coprocultivo normales. Sangre oculta en heces negativa. Consulta resultados y evolución en Centro de Salud. Normalización de las heces con retirada de gelatinas.

Comentarios:

- Las falsas hemorragias digestivas pueden ser motivo de consulta frecuente en pediatría.
- Es importante realizar una adecuada anamnesis y exploración física para diferenciar una hemorragia digestiva real de la simple coloración de las heces por alimentos o fármacos.
- Ante historia clínica compatible, una estrategia razonable puede ser "wait and see": retirar el alimento sospechoso y comprobar la normalización de las heces, antes de iniciar estudios complementarios que ocasionan costes, preocupación y consultas innecesarias.

45. Hidrosadenitis supurativa en Pediatría. No solo patología de adultos. *García González I, Fernández Herrera M, Galbán De Marcos E, Molero Jaén J, Moriana Río N, Gómez Mendiña J, Nieto Sánchez R, Carranza Ferrer J. Sección de Urgencias de Pediatría, Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La hidrosadenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria crónica de glándulas apocrinas que se manifiesta con nódulos dolorosos, forúnculos o abscesos en regiones intertriginosas. Hasta un tercio de los casos se inician en la infancia, con incidencia creciente en etapas pre-púberes. Esto subraya la importancia de un reconocimiento precoz que permita instaurar un manejo adecuado y prevenir secuelas físicas y psicosociales a largo plazo.

Caso clínico. Adolescente de 13 años, con sobrepeso como único antecedente de interés, derivada desde atención primaria por bultoma axilar derecho de un mes de evolución, con empeoramiento progresivo y afebril. A la exploración destacaron dos masas axilares móviles dolorosas, separadas por cicatriz en puente, sin signos de celulitis, compatibles con estadio Hurley II-III. La ecografía de partes blandas mostró una colección hipoeoica de bordes anfractuosos y vascularización periférica ($3,4 \times 1 \times 3,1$ centímetros), asociando engrosamiento heterogéneo de dermis y tejido celular subcutáneo, compatible con hidrosadenitis supurativa complicada. Valorado de forma conjunta con cirugía pediátrica se decidió iniciar tratamiento con amoxicilina-clavulánico y reevaluar en 48 horas para valorar drenaje quirúrgico. En control posterior se objetivó mejoría significativa realizándose ecografía clínica que confirmó reducción de la colección ($1,8 \times 1,3$ centímetros). Finalmente, se prolongó antibioterapia hasta 10 días desestimándose el drenaje quirúrgico.

Comentarios. La hidrosadenitis supurativa en la infancia constituye un reto diagnóstico y terapéutico dada la escasez de guías específicas en esta etapa. La identificación temprana y el control de factores de riesgo como la obesidad son fundamentales para evitar complicaciones y mejorar el pronóstico.

46. Hijo de madre con infección VIH. *Redondo Aparicio S, Sánchez Mínguez A, Romero Del Hombrebueno Gómez Del Pulgar Y, Mate Real A, García González I, Molero Jaén J, Martín Pérez Barjola J, Galbán De Marcos E. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La transmisión vertical del VIH constituye la principal vía de infección en niños. La carga viral materna, el tipo de parto y la elección de la lactancia son factores determinantes en el riesgo de transmisión. El cribado prenatal del VIH, la instauración temprana del tratamiento antirretroviral (TAR) y la implementación de medidas preventivas son esenciales para reducir este riesgo. Se presenta el caso de una recién nacida hija de madre VIH, con buena adherencia al TAR. Inicialmente considerada de bajo riesgo, pero reclasificada posteriormente como alto riesgo al presentar la madre carga viral detectable.

Caso clínico. Recién nacida a término, hija de madre VIH C1 en TAR desde 2003, en seguimiento por Infecciones y carga viral indetectable durante toda la gestación. El último control fue solicitado por Ginecología, sin que Infecciones tuviera constancia de ello. Ante los controles previos negativos, Infecciones consideró correcto un parto eutócico y profilaxis postnatal con zidovudina en monoterapia por

considerarse de bajo riesgo. Al conocerse el resultado del último control, con 115 copias/ml, la paciente fue reclasificada como alto riesgo y se modificó el esquema a triple terapia con zidovudina, lamivudina y raltegravir. Presentó buena tolerancia al tratamiento, sin efectos adversos y con carga viral neonatal indetectable.

Comentario. El caso ejemplifica la eficacia de las estrategias preventivas frente a la transmisión vertical del VIH. La adherencia materna al TAR, la profilaxis frente al VIH y la lactancia artificial permiten resultados óptimos. El abordaje multidisciplinar y la comunicación entre servicios son clave para mantener tasas de transmisión cercanas a cero.

47. Hipoacusia neurosensorial, ¿en qué debemos pensar?

Castro Rey M¹, Urbaneja Rodríguez E¹, Centeno Malfaz F¹, Elices Crespo R¹, Aguiar Menendez S¹, Morales Moreno AJ².

¹Hospital Recoletas Salud Campo Grande. Valladolid. ²Centro de Salud Parquesol. Valladolid.

Introducción. La hipoacusia neurosensorial está causada por una disfunción del oído interno (cóclea) o del nervio auditivo (VIII par craneal). El origen puede ser congénito o adquirida y puede variar de leve (26-40 dB) a profunda (> 90 dB).

Caso clínico. Mujer 6 años valorada en consulta de neuro-pediatría por retraso en la adquisición del lenguaje expresivo. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales embarazo, parto y periodo neonatal sin incidencias. Paso PEATCs al nacimiento. Desarrollo psicomotor normal hasta el inicio del lenguaje donde presenta retraso en la adquisición de lenguaje referencial, repetía terminaciones de las palabras, se comunicaba mediante gestos. Comprensión de órdenes sencillas mediante refuerzo gestual. Inician a los 22 meses estimulación en atención temprana con escasa mejoría. No sobreuso de pantallas. Al inicio de la escolarización presenta escaso vocabulario, no realiza frases, por lo que consultan en Neurología Infantil. Se decide repetir PEATCs con evidencia de hipoacusia neurosensorial bilateral moderada (41-70 dB). Se completa estudio con RMN de conductos auditivos donde se detecta conducto vestibular agrandado bilateral, de predominio derecho.

Conclusión. El conducto vestibular agrandado (Enlarged Vestibular Aqueduct, EVA), es la malformación del oído interno más frecuente asociada a hipoacusia neurosensorial. Se produce hasta en un 15% de los casos, con un predominio en sexo femenino 3:2. La audición suele ser normal al nacimiento y se produce una pérdida de audición fluctuante y/o progresiva en la infancia. El diagnóstico se realiza mediante imagen TAC o RMN cerebral.

48. Hipoparatiroidismo transitorio neonatal: a propósito de un caso de hipocalcemia persistente. *Corihuela Menéndez P, Segovia López SM, De Juan Vázquez D, Álvarez Blanco E, Huidobro Fernández B, Costa Romero M. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias.*

Introducción. La hipocalcemia neonatal es frecuente y habitualmente transitoria. Si persiste o presenta clínica acompañante se deben descartar causas primarias como el hipoparatiroidismo transitorio, consistente en una producción inadecuada de hormona paratiroidea (PTH).

Caso clínico. Recién nacido varón, prematuro tardío e hijo de madre diabética. Una analítica por tremulaciones mostró hipocalcemia moderada (calcio iónico 3,93 mg/dl), con escasa respuesta al calcio oral. El sexto día de vida presentó episodio compatible con tetania (calcio iónico 3,27 mg/dl), que cedió tras gluconato cálcico 10% en bolo intravenoso (1 ml/kg) y perfusión continua (7 ml/kg/día), junto a suplementación con calcidiol oral (600 UI/día). El estudio metabólico reveló PTH 42.8 pg/ml, inadecuadamente baja para el calcio (6,1 mg/dl), con niveles normales de calcidiol (23,8 ng/ml) y calcitriol (62,5 pg/ml), hallazgos compatibles con hipoparatiroidismo transitorio neonatal. A pesar de la normalización bioquímica (PTH 70,9 pg/ml), la calcemia descendió al reducir los aportes intravenosos, evidenciando una respuesta insuficiente al calcio oral. Se inició tratamiento con calcitriol oral (0,25 µg/día), que permitió retirar los aportes intravenosos tras 48 horas y estabilizar la calcemia, alcanzando el alta hospitalaria sin medicación adicional.

Comentario. El hipoparatiroidismo transitorio neonatal puede causar hipocalcemia persistente. El calcitriol oral actúa de forma rápida en la absorción intestinal y la reabsorción renal de calcio, reduciendo la necesidad de calcio intravenoso y acortando la duración del ingreso.

49. Ictericia aguda en adolescente: abordaje de un caso de hepatitis A. *Sánchez García I¹, Martino Redondo P¹, Díaz Sierra L¹, García Guilabert MC¹, Muñoz Hernández MB¹, Suárez Abella M¹, Villa Álvarez M¹ Calle Miguel L².* ¹Residente de Pediatría y Áreas Específicas; ²AGC Infancia y Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El virus de la hepatitis A (VHA) es el virus hepatotrofo causante de hepatitis aguda más común mundialmente. La tasa de seroprevalencia en España es del 5% en niños y 15% en adolescentes, con un aumento de casos en los últimos años. Su transmisión es por vía fecal-oral o sexual y la prevención se basa en medidas higiénico-sanitarias, el control epidemiológico y la vacunación.

Caso clínico. Varón de 13 años que acude a urgencias por ictericia de 24 horas, precedida de vómitos y disminución de ingestas durante cinco días, con fiebre hasta 38,5°C las primeras 36 horas. A la exploración presenta buen estado general e ictericia cutaneomucosa, sin hepatomegalia. Asocia coluria sin acolia. La analítica muestra elevación de transaminasas (AST 972 U/L, ALT 2.317 U/L) y bilirrubina total de 6,1 mg/dl de predominio directo (5,7 mg/dl), con coagulación normal. Se confirma infección aguda por VHA: VHA IgM positivo con viremia de 609.579 copias ARN/ml. Asocia un patrón compatible con infección pasada recientemente por virus de Epstein-Barr (VEB-VCA IgG e IgM positivo, VEB-EBNA IgG dudoso). Permanece ingresado 72 horas con sueroterapia y mejoría clínica y analítica progresiva, observándose descenso de las transaminasas en las primeras 48 horas. Previo al alta se notifica el caso como enfermedad de declaración obligatoria. En controles posteriores se constata normalización completa de las enzimas hepáticas tras mes y medio del cuadro.

Comentarios. Hemos de considerar la infección por hepatitis A en el paciente pediátrico con cuadro agudo de ictericia e hipertransaminasemia, especialmente teniendo en cuenta la situación epidemiológica actual del aumento de casos en España.

49B. Infección por citomegalovirus (CMV). ¿Estamos diagnosticando y tratando correctamente? *Marugán Isabel VM¹, Medina Guerrero C¹, González Hernández N¹, Tapia Gómez A¹, García Salamanca Y², Gil Rivas T¹.* ¹Complejo Asistencial de Zamora-Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ²Centro de Salud Benavente Norte. Benavente, Zamora.

Introducción. La infección por CMV, principalmente la congénita, es y ha sido una preocupación para los pediatras, por su incidencia y sobre todo por su potencial gravedad y secuelas, incluso en infecciones aparentemente asintomáticas. Presentamos dos casos de infección confirmada por CMV cuyo diagnóstico se realiza a los 2 meses de vida.

Caso clínico 1. Varón de 2 meses y medio con estudio por ictericia. Antecedentes perinatales sin interés e ictericia a los dos meses por lo que se deriva a consulta. Analítica con aumento leve de transaminasas, bilirrubina total y bilirrubina directa. Estudio de CMV orina POSITIVO y negativas en sangre de cribado metabólico y en leche materna. No serología materna de CMV en el embarazo. Evolución a la curación.

Caso clínico 2. Mujer derivada a los 2 meses a consulta por descenso de perímetro cefálico a un P2 (-2,28 DE) sin otra sintomatología. Cribado auditivo normal. Serología POSITIVA a CMV (IgG e IgM) y PCR de CMV en orina POSITIVA.

Estudio de PCR de CMV en sangre del cribado metabólico NEGATIVA. No serología materna de CMV en embarazo. Se realiza, 3 meses tras el parto, serología materna de CMV con resultado de IgM POSITIVA e IgG POSITIVA con alta avidéz sugerente de infección congénita.

Comentarios. Pese a la importancia de la infección congénita por CMV, la mayoría los hospitales no incluyen el CMV en el cribado serológico del embarazo. Estos casos, cuyo estudio serológico materno en el embarazo nos habría ayudado en las dudas del diagnóstico y en el posible tratamiento, nos hacen reflexionar la necesidad de incluir ya la serología de CMV en el estudio serológico universal de todas las embarazadas.

Sábado 15 de noviembre • Sesión 6

50. Impétigo ampolloso neonatal, a propósito de un caso.

Álvarez Blanco E, De Juan Vázquez D, López-Negrete Cueto E, Puente Fuente P, Álvarez Menéndez L, García Mozo R. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias.

Introducción. El impétigo ampolloso es una infección cutánea causada por toxinas exfoliativas producidas por *Staphylococcus aureus*. Se presenta con ampollas que evolucionan a erosiones superficiales. Puede confundirse con otras dermatosis, requiriendo un diagnóstico diferencial riguroso.

Caso clínico. Neonato varón de 6 días de edad. Gestación a término sin incidencias, no presenta riesgo infeccioso. Parto vaginal instrumental. Lactancia materna exclusiva. Valorado en Atención Primaria a los 4 días de vida, donde observan lesión erosiva en raíz del muslo derecho, atribuido inicialmente al roce de la pinza umbilical. En las siguientes 24 horas aparecen flictenas satélites, por lo que acuden a Urgencias de Pediatría. Afebril, con buena tolerancia oral y sin irritabilidad significativa. Exploración física: flictena rota de cuatro centímetros en muslo derecho, lesiones exfoliativas umbilicales y suprapúbicas, eritema en comisuras labiales con costra amarillenta (figura 1). Mucosas no afectadas. Signo de Nikolsky negativo. Hemograma y bioquímica sin alteraciones. Proteína C reactiva: 4,7 mg/L, procalcitonina: 0.07 ng/ml, interleucina 6: 6 pg/ml. Hemocultivo negativo. Cultivo cutáneo confirma *Staphylococcus aureus*. Recibe tratamiento intravenoso con cloxacilina y gentamicina 5 días, asociando ácido fusídico tópico. Posteriormente amoxicilina-clavulánico oral hasta completar 10 días. Evolución favorable, mejoría progresiva de las lesiones sin otras complicaciones (figura 2).

Comentarios. Aunque es poco habitual, el impétigo ampolloso debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas exfoliativas neonatales. La ausencia de afectación sistémica, los reactantes de fase aguda negativos y el aislamiento microbiológico orientan el diagnóstico. Se aconseja vigilancia hospitalaria inicial y tratamiento antibiótico precoz para una evolución favorable.



Figura 1.
Póster 50.



Figura 2.
Póster 50.

51. Infección osteoarticular por *Salmonella typhi* en paciente con hemoglobinopatía compuesta: a propósito de un caso. *Díaz Puebla ME, Musgo Balana P, ángulo Sánchez V, Almeida De Miranda G, Gabaldón Pastor D, Portugal Rodríguez R, Torres Mariño C, Oyagüez Ugidos PP.* Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. Los pacientes afectados de hemoglobinopatías, homocigotas o dobles heterocigotas, tienen una alta susceptibilidad para contraer infecciones y desarrollar bacteriemia, debido fundamentalmente a la asplenia funcional, siendo el curso clínico a menudo más severo y con mayor riesgo de complicaciones.

Caso clínico. Varón de dieciocho meses, afecto de hemoglobinopatía compuesta (hemoglobina S y Lepore), con estado vacunal incompleto y residencia en Gambia durante un año, que ingresa por cuadro de fiebre, afectación del estado general y deposiciones blandas. Se inicia de forma empírica antibioterapia intravenosa. En hemocultivo y coprocultivo se detecta *Salmonella typhi*. En los siguientes días, dada la persistencia de la fiebre y el empeoramiento de reactantes de fase aguda, se realiza despistaje de complicaciones infecciosas, efectuándose gammagrafía ósea compatible con artritis séptica de cadera derecha. Se completa estudio con resonancia magnética, confirmando la misma y observando además osteomielitis, abscesos óseos, miositis y necrosis del núcleo de osificación de la cabeza femoral. Se realiza drenaje y lavado de la articulación en dos ocasiones, siendo el cultivo positivo para *Salmonella*. Tras 38 días de ingreso, con buena evolución clínica y ecográfica, se decide alta con antibioterapia oral hasta completar seis semanas de tratamiento.

Comentarios. Es fundamental diagnosticar y comprender las hemoglobinopatías (especialmente en poblaciones con alta prevalencia genética), así como la infección por *Salmonella*, que puede causar complicaciones graves, incluyendo

infecciones osteoarticulares, las cuales, aunque poco frecuentes, requieren un alto índice de sospecha, debido a la posibilidad de desarrollar secuelas en caso de no instaurar tratamiento precozmente.

53. Infección por VRS y taquicardia incesante en un lactante. *Varela Pérez P, Jimenez Casso S, Bartolomé Calvo G, Soler Monterde M, Collada Carrasco M, Espinosa Rodríguez C, Camacho Moral E.* Complejo Asistencial de Segovia.

Introducción. Las taquicardias superiores al percentil 95 de la frecuencia cardíaca (FC) en un lactante afebril, deben ser sospechosas de taquicardias supraventriculares (TSV) por su gravedad e inespecificidad clínica. El diagnóstico inicial es electrocardiográfico. Se expone un caso de TSV incesante de difícil control.

Caso clínico (figuras 1 y 2). Lactante de 1 mes y medio, previamente sano, ingresa por episodio de taquicardia a 240

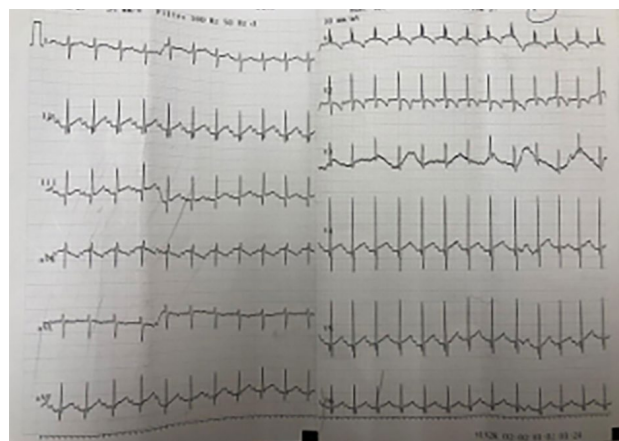


Figura 1. ECG basal (Póster 53).

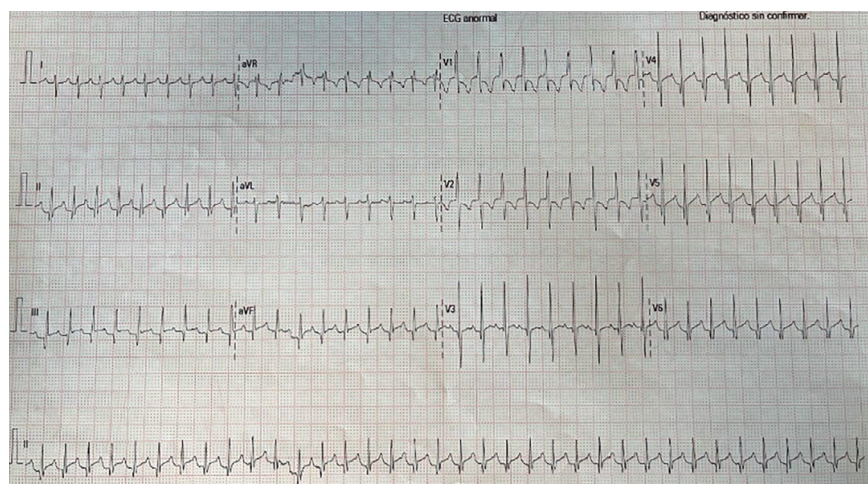


Figura 2. ECG TCV (Póster 53).

lpm en el contexto de infección por VRS. Hemodinámicamente estable y sin hallazgos patológicos en la exploración. Monitorización y ECG confirman TSV regular 1/1, QRS estrecho, $PR < RP'$, P positivas en II, III y AVf (taquicardia auricular incesante *versus* vía accesoria intra nodal). Ecocardiograma normal. Analítica: NT-proBNP 1.366 pg/ml y troponinas normales. Sin respuesta a maniobras vagales ni a tres dosis de adenosina (50, 100 y 150 μ g/kg). Se administra propranolol oral (1 mg), tras la segunda dosis y bolo de amiodarona (5 mg/kg), la FC disminuye a 150 lpm con posible ritmo sinusal y PR largo. Ingresa en UCI pediátrica con perfusión de amiodarona (5 μ g/kg/min) durante 48 h, posteriormente esmolol (100 μ g/kg/min) manteniendo ritmo sinusal. Alta con propranolol (1,5 mg/kg/día) y monitorización domiciliar. Tras 8 meses, mantiene rachas cortas de TSV ocasionales, se añade flecainida (1,5 mg/kg/día), pendiente de evolución y diagnóstico definitivo.

Conclusiones. Las TSV son una urgencia pediátrica, su diagnóstico diferencial se realiza por el ECG. Las más frecuentes con $PR > RP'$ responden a maniobras vagales y adenosina. Las que presentan un $PR < RP'$, más infrecuentes, son incesantes de difícil manejo, requiriendo varios fármacos para su control.



Figura 1. Póster 54.

54. Infecciones de partes blandas: comparación de dos casos.

Cimadevilla Fernández R, García Pereiro A, Fernández Mija M, Alonso Álvarez MA. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Las infecciones que afectan hasta el tejido celular subcutáneo, ocasionan abscesos o celulitis. Conocer el agente microbiológico es fundamental para el manejo favorable

Casos clínicos. Niño de 2 años con tumoración en brazo (figura 1) y fiebre de 6 días. Entorno con gatos. Pruebas complementarias: proteína C reactiva: 1,5 mg/dl, Velocidad de sedimentación globular: 19 mm/h. Ecografía (ECO): celulitis cara anterior brazo con colección de 25 x 17 mm de contenido heterogéneo. Afebril, pero con empeoramiento local, pese a tratamiento con amoxicilina clavulánico parenteral. Control ecográfico: aumento de tamaño de la colección y probable afectación de planos musculares. Se realiza drenaje ecoguiado. Estudio microbiológico: detección de ADN de *Bartonella* positivo; cultivo bacteriológico negativo. Serología: IgG anti *Bartonella* + (1/256), IgM negativa. Estudio oftalmológico y ECO abdominal normales. Diagnóstico final: enfermedad por arañazo de gato localizada. Recibió azitromicina 5 días. Niña de 11 años que ingresa por mastitis de 5 días de evolución, en tratamiento

con amoxicilina clavulánico oral desde 2 días antes. AP: Procedente de Cuba. 3 abscesos en axila homolateral, uno de los cuáles fue drenado y con cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* meticilin resistente (SAMR), no recibiendo tratamiento ajustado. Al ingreso se pauta cefazolina y vancomicina, por ambos antecedentes epidemiológicos. ECO: mastitis con absceso retroareolar de 31 x 18,5 mm. Se drena en quirófano, con cultivo positivo para SAMR, sensible a trimetoprim-sulfametoxazol. Recibió 14 días de antibioterapia con completa resolución.

Conclusiones. El conocimiento del agente microbiológico implicado en las infecciones de partes blandas puede condicionar la evolución del proceso.

55. Intoxicación por alopecia: la importancia de la botánica.

Montes Granda M¹, González-lamuño Sanchís C¹, González Benavides A¹, Suárez Alonso J¹, Mier Castañón A¹, Arroyo Hernández M¹, Ivanov Bankov N¹, Roza Alonso CL². ¹Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Asturias. ²SAMU Área III. Avilés, Asturias.

Introducción. La alopecia (también conocida como “oreja de elefante”) es una planta ornamental muy frecuente en los

hogares actualmente. Pero debido a su contenido en ácido oxálico puede llegar a producir intoxicaciones importantes en mascotas y humanos que la ingieran.

Caso clínico. Se presenta el caso de una niña de 2 años que mientras está jugando en el patio de su casa comienza bruscamente con sialorrea llamativa con imposibilidad para tragar y dificultad respiratoria. Se observan a su alrededor varios trozos de hojas de una planta decorativa. Su padre, sospechando que los síntomas pudieran deberse a haber mordisqueado tales hojas, ingiere otra comenzando con clínica similar. La niña es valorada en su Centro de Salud y posteriormente por el SAMU, apreciándose a la exploración babeo llamativo y leve edema de úvula y de labios. Se le administra nebulización de adrenalina y budesonida y se le canaliza una vía venosa periférica para expansión volumétrica. Es trasladada al hospital de referencia sin incidencias. Se completa el tratamiento con bolo de hidrocortisona y, tras contacto con el Instituto Nacional de Toxicología, se le ofrece un helado y líquidos fríos. Presenta buena evolución con el tratamiento administrado y tras 12 horas de observación hospitalaria es dada de alta al domicilio.

Comentarios. Como plantas decorativas del hogar habituales en nuestro medio pueden encontrarse hasta 12 que son tóxicas. Es importante conocerlas y explicar a los niños cómo evitarlas ya que pueden causar toxicidad sistémica, problemas cutáneos o inflamación local, como en el caso descrito.

56. Lactante con polidipsia y poliuria. *García Pereiro A, Címadevilla Fernández R, Alonso Álvarez MA, Ordóñez Álvarez FA, Menéndez Arias C. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La poliuria y polidipsia documentadas en un lactante no es una presentación clínica frecuente. Llegar a un diagnóstico es básico para adecuar el tratamiento y evitar complicaciones potencialmente graves.

Caso clínico. Lactante de 14 meses de edad que ingresa desde Urgencias hospitalarias por polidipsia y poliuria de un mes de evolución, con marcadas conductas de pica y avidez por alimentos salados y rechazo de alimentos sólidos. Refieren ingestas de 2,5 litros/día de líquidos (frecuentes durante la noche) y diuresis muy abundante en domicilio. Exploración física y desarrollo ponderoestatural normales. Pruebas complementarias iniciales al ingreso: glucemia 81 mg/dl, osmolalidad urinaria 34 mOsm/kg, osmolalidad plasmática 269 mOsm/kg, natremia 132 mmol/L y urea y creatinina séricas normales. Tras confirmarse los datos clínicos indicados por la familia (ingesta

oral de 1340 ml y diuresis de 5,7 ml/kg/hora en las primeras 12 horas de ingreso), se realiza test de restricción hídrica, donde se objetiva osmolalidad urinaria final de 769 mOsm/kg, natremia de 139 mmol/L y osmolalidad plasmática (281 mOsm/kg). Ante los hallazgos del test, se considera improbable la posibilidad diagnóstica de diabetes insípida y se orienta a una polidipsia primaria. Durante el ingreso, se realizan ecografía renal y resonancia magnética cerebral, sin presentar hallazgos significativos, y se reduce progresivamente la ingesta hídrica, con buena tolerancia posterior.

Comentarios. Se muestra un caso clínico compatible con una polidipsia primaria en un lactante, una presentación clínica especialmente infrecuente en esta edad, donde su confirmación supone un verdadero reto diagnóstico.

57. Linfadenitis crónica por *Bartonella henselae*. Tratamiento quirúrgico. *Olarte Ingaroca SE, Crehuet Gramatika D, Villarreal Molina B, Hortelano Romero E, Calvo Penín C, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una causa frecuente de linfadenitis en la edad pediátrica. Se relaciona con el antecedente de contacto con gatos. La linfadenitis por EAG suele curar espontáneamente en pacientes inmunocompetentes, se indica antibioterapia en inmunocomprometidos, enfermedad sistémica o linfadenitis extensa. Pocas veces precisan de drenaje quirúrgico, y excepcionalmente, pueden presentar evolución tórpida como linfadenitis fistulizante o masa excrecente violácea que requiera de tratamiento quirúrgico para su curación.

Caso clínico (figuras 1 y 2). Mujer de 5 años que presenta linfadenitis submandibular izquierda. Refiere antecedentes de contacto con gato. Tras 18 días de evolución, previo tratamiento con azitromicina, presenta absceso que requiere drenaje. Los estudios moleculares muestran material genético positivo para *Bartonella henselae*. Tras dos meses y medio del drenaje presenta persistencia de linfadenitis y masa excrecente violácea, asociada a fiebre diaria, por lo que se decide realizar exéresis de la masa con linfadenectomía cervical, sin incidencias. Inicialmente la paciente presenta paresia del músculo orbicular del labio inferior izquierdo e hipoestésias en región auricular izquierda que progresivamente se autorresuelven. Tras un periodo de seguimiento de 6 meses la paciente permanece asintomática y libre de la enfermedad.

Comentarios. Las linfadenitis por arañazo de gato suelen presentar una evolución autolimitada favorable. No obstante,

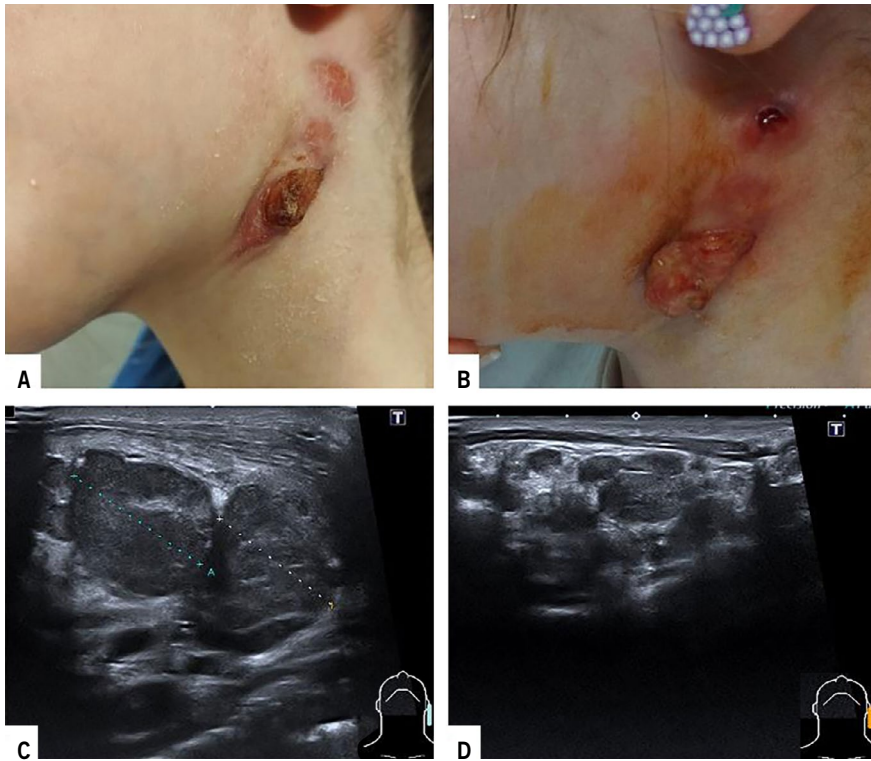


Figura 1. Linfadenitis submandibular izquierda con masa violácea excrecente (Póster 57).

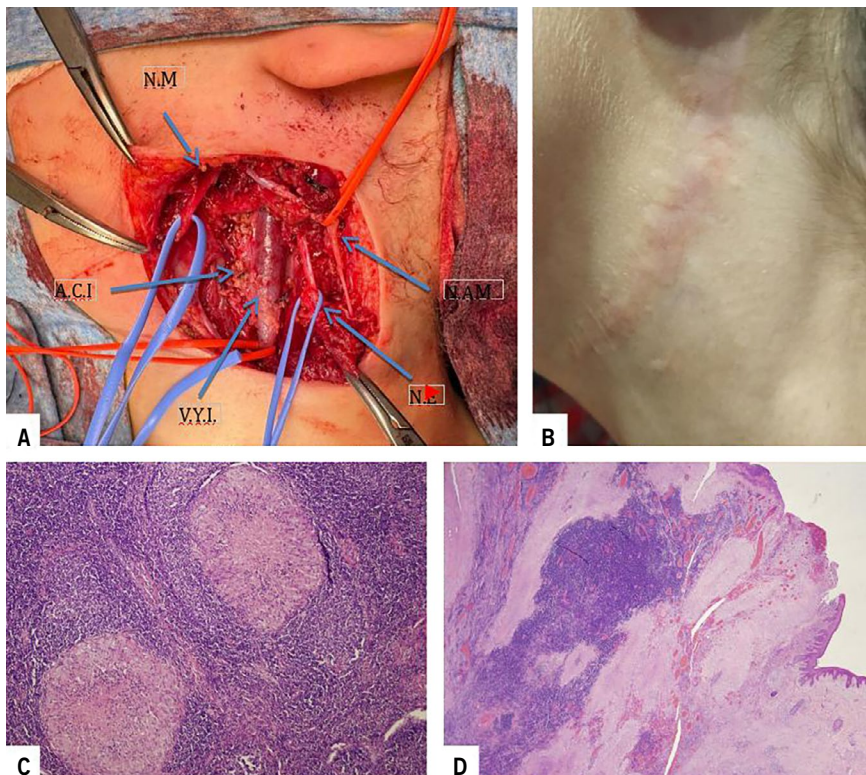


Figura 2. Intervención quirúrgica, anatomía patológica y resultado final (Póster 57).

cuando se produce evolución tórpida con linfadenitis fistulizante o masa violácea excrecente tras un periodo de más

de dos meses, el tratamiento quirúrgico se postula como un herramienta segura y eficaz para curar la enfermedad.

58. Lo que se esconde bajo la lengua. A propósito de un caso. *Suárez Abella M¹, Miranda Montequín S¹, Muñoz Hernández MB¹, Villa Álvarez M¹, Díaz Sierra L¹, Sánchez García I¹, García Guilabert MDC¹, Rodríguez Márquez C².* ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Centro de Salud Lugones. Lugones, Asturias

Introducción. La patología bucodental en pediatría abarca un amplio espectro de alteraciones que pueden afectar el desarrollo, funcionalidad y calidad de vida del niño. Si bien la causa odontológica constituye el motivo de consulta más frecuente, debemos conocer otro tipo de entidades menos habituales.

Caso clínico. Varón de 5 años con aparición progresiva en el último mes de una “burbuja” bajo la lengua (figura 1). Manifiesta dificultades para la ingesta en la última semana. No refiere dolor, dificultad respiratoria ni otra sintomatología asociada. No antecedentes personales de interés. A la exploración se evidencia tumoración blanda de 1 x 1,5 cm, de aspecto quístico, localizada en el suelo de la boca lateral a frenillo lingual, con transiluminación positiva, fluctuante, sin signos de infección ni compromiso de la vía aérea u otras alteraciones.

Comentarios:

- Un diagnóstico diferencial cuidadoso de las lesiones quísticas orales en la infancia permite un abordaje más seguro, conservador y dirigido, mejorando el pronóstico



Figura 1.
Póster 58.

funcional y estético. Reconocer lo que parece igual, marca la diferencia en el manejo clínico.

- La ubicación en el suelo de la boca, y la lateralidad al frenillo lingual, son claves en el reconocimiento de la ránula, un tipo de mucocelo benigno originado por extravasación o retención de mucina en la glándula sublingual.
- Aunque suele ser asintomático, la progresión de su tamaño puede interferir con la alimentación, la fonación o incluso ocasionar compromiso respiratorio.
- Su manejo abarca desde observación en casos leves, hasta exéresis quirúrgica completa de la glándula sublingual en casos sintomáticos o recurrentes.

59. Manejo clínico del *perineal groove* en menores de 5 años. *Villarreal Molina BM, Calvo Penín C, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca S, Pérez Costoya C, Crehuet Gramatyka D, Gómez Farpón A, Álvarez Muñoz V.* Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El *perineal groove* (PG) es una malformación congénita rara del periné, caracterizada por un surco húmedo y no queratinizado que se extiende desde la horquilla vulvar hasta el margen anal. Afecta principalmente a niñas y se diagnostica generalmente en el periodo neonatal. Aunque puede resolverse espontáneamente antes de los 2 años, puede confundirse con infecciones, trauma o abuso, lo que genera tratamientos innecesarios.

Material y métodos. Se realizó una revisión de la literatura entre 2015 y 2025 en PubMed, Scopus y CINAHL sobre el diagnóstico del PG en menores de 5 años. Se incluyeron estudios que evaluaron prevalencia, características clínicas, diagnóstico diferencial y manejo del PG en esta población.

Resultados. La mayoría de los casos se presentaron en niñas menores de 2 años, sin síntomas asociados. En una serie de 66 pacientes, el 71% recibió tratamiento no quirúrgico, logrando epitelización completa o parcial antes de los 21 meses en más del 75%. Un estudio retrospectivo con 26 pacientes mostró resolución espontánea en el 71% sin cirugía. Otro estudio multicéntrico reportó que el 87,9% resolvió espontáneamente tras un seguimiento medio de 22,9 meses. En varones, pocos casos presentaron secreción o sangrado, siendo tratados quirúrgicamente con éxito.

Conclusiones. El PG es una anomalía congénita rara que generalmente se resuelve espontáneamente en menores de 5 años. Su diagnóstico puede ser complicado por su presentación sutil y riesgo de confusión con otras patologías. Una exploración física detallada es esencial para evitar tratamientos innecesarios. La mayoría responden al manejo conservador.

60. Un caso poco frecuente: piocele en un lactante prematuro. *Clavijo Izquierdo M, Almeida De Miranda G, Alonso Marrón M, Ferlini R, García Terrazas A, Pérez Ortiz D, Oquillas Ceballos A, Miranda Vega M. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. El piocele es una colección purulenta localizada dentro de la túnica vaginal del testículo. Generalmente secundaria a la extensión de una infección (epididimitis, orquitis) o como complicación de un hidrocele previamente existente. Entidad poco descrita en pediatría.

Caso clínico. Paciente masculino, gran prematuro (27+3 SG), diagnóstico de displasia broncopulmonar moderada y sospecha de complejo de esclerosis tuberosa. Permanece en cuidados intermedios para engorde y cuidados postquirúrgicos. Inicialmente presentó hidrocele bilateral y luego es evidente hernia inguinal derecha. Herniotomía bilateral a las 41 semanas de edad postmenstrual. A los 8 días postquirúrgicos se observa testículo derecho edematoso y tumefacto, no impresiona doloroso a la palpación, buen estado general y afebril. Reactantes de fase aguda negativos. Se extrae hemocultivo (negativo). Ecografía testicular: volumen escrotal derecho aumentado, engrosamiento de cubiertas escrotales hipervascularizadas, colección de 26 x 23 mm quística compleja con ecos internos, epidídimo derecho heterogéneo, resto normal. Se decide manejo conservador y tratamiento antibiótico oral (amoxicilina-ácido clavulánico: 90 mg/kg/día). El noveno día presenta drenaje espontáneo purulento a través de escroto derecho. Se toma cultivo de secreción: *Escherichia coli* y *Enterococcus faecalis*. Ante buena evolución, se decide alta a domicilio. No presenta nuevas complicaciones.

Comentario. Este caso clínico ilustra una complicación ante la cual los prematuros podrían presentar mayor susceptibilidad por la alta prevalencia de hernias inguinales congénitas, inmadurez inmunológica, fragilidad tisular y hemodinámica. Este diagnóstico puede retrasarse por su baja prevalencia, pero es importante un diagnóstico rápido con un abordaje multidisciplinario para prevenir complicaciones graves: pérdida testicular, sepsis, etc.

61. Un despertar inesperado: cuando la anestesia revela un diagnóstico. *Sumpsi Sánchez C, Díez Monge N, Urbano Martín M, Fekete López E, Martín Pérez E, González Castro R, Parro Olmo P, Dellgado La Fuente A. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. La enfermedad de Steinert es una de las enfermedades neuromusculares más frecuentes en el adulto. En pediatría la forma más frecuente es la forma congénita,

caracterizada por hipotonía axial neonatal e insuficiencia respiratoria, potencialmente mortal en los primeros meses de vida.

Caso clínico. Presentamos un caso poco frecuente de una paciente diagnosticada de distrofia de Steinert clásica de aparición juvenil cuyo debut tuvo lugar tras una sedación para una resonancia magnética. Se trata de una niña de 7 años con microcefalia y retraso global del desarrollo, sin antecedentes familiares. Tras una sedación con anestésicos inicia con retraso del despertar, bradipnea, hipotensión y bradipsiquia, con posterior resolución y alta a las 24 horas. A los 5 días consulta por cuadro de alteración de la marcha, sialorrea, imposibilidad para el sostén cefálico. Asociaba decaimiento, somnolencia excesiva y rechazo de ingesta. Se realizaron pruebas complementarias que resultaron normales salvo un electromiograma y posteriormente una genética correspondiente a la enfermedad de Steinert (> 150 tripletes CTG en el gen DMPK). Tras el diagnóstico se realizó un estudio de segregación familiar, resultando el padre portador del alelo mutado (82 repeticiones CTG).

Comentarios:

- La DM1 presenta un patrón de herencia autosómico dominante, con fenómeno de anticipación.
- Los pacientes con 50-100 repeticiones del triplete CTG en el gen DMPK presentan formas leves de la enfermedad, los que presentan > 150 repeticiones se corresponde a la forma clásica; moderada y los que tienen > 1.000 presentan la forma congénita; grave
- Existe un efecto perjudicial de los fármacos anestésicos generales en estos pacientes.

Sábado 15 de noviembre • Sesión 7

62. Manifestación extramedular inusual de leucemia linfoblástica aguda en la infancia: a propósito de un caso. *Recio González M¹, García Mier C¹, Peláez Sánchez A¹, Gestoso Uzal N¹, Rollán Martínez Herrera M¹, Suárez Arrabal MC¹, Cocco Góngora A¹, López Duarte M². ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Hematología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La leucemia linfoblástica aguda (LLA) en la población pediátrica puede manifestarse inicialmente como masas sólidas extramedulares, una forma de presentación infrecuente pero descrita en la literatura médica. Si bien la mayoría de casos de LLA se manifiestan con síntomas derivados de la infiltración medular, la afectación extramedular puede simular neoplasias sólidas no hematológicas

representando un desafío diagnóstico en la etapa inicial de la enfermedad.

Caso clínico. Niño de dos años que acude al servicio de Urgencias por tumoración maxilar izquierda de dos semanas de evolución, inicialmente interpretada como absceso odontógeno y tratada con antibioterapia. No dolorosa, sin signos inflamatorios. Afebril, sin síntomas sistémicos. En la ecografía realizada se muestra lesión con reacción perióstica dependiente del hueso maxilar izquierdo, sospechosa de agresividad. El estudio analítico inicial no presentaba alteraciones en el hemograma ni elevación de reactantes de fase aguda. Se completa con TC que revela una masa maxilar compatible con tumor maligno sólido como primera posibilidad. Sin embargo, en analítica posterior de control aparece leucocitosis (90 000 leucocitos/ μ L) con 70% de blastos. El estudio de inmunofenotipo mostró una población B atípica (73%), y el aspirado medular confirmó el diagnóstico de LLA tipo B con reordenamiento KMT2A::MLL3.

Conclusión. La presentación inicial como masa sólida maxilar representa una forma inusual de debut de la LLA infantil. Este caso subraya la importancia de no olvidar la LLA en el diagnóstico diferencial de masas sólidas en pacientes pediátricos incluso cuando los estudios iniciales no muestran alteraciones medulares evidentes.

63. Mano-pie-boca como posible causa de onicodistrofia permanente. *García Sánchez M¹, Martín Galán E¹, Paíno Román M¹, Cebrian Soria P¹, Izquierdo García I¹, González Fernández I¹, Blanco Rodríguez P¹, Alonso Díaz J².* ¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ²Centro médico Garrido Sur. Salamanca.

Introducción. La enfermedad de mano-pie-boca es una infección vírica, causada principalmente por enterovirus y coxsackievirus. Se caracteriza por fiebre, malestar general y una erupción papulovesicular en diversas partes del cuerpo. Durante el periodo de convalecencia puede provocar onicodistrofia, usualmente en forma de onicomadesis, de manera temporal (suele resolverse de manera espontánea en 1-3 meses).

Caso clínico. Niña de 5 años que en 2021 pasó por la enfermedad de mano-pie-boca, tras la cual se detuvo el crecimiento y hubo un cambio de coloración (a más oscuro) de la uña del 1^{er} dedo de ambos pies. Fue derivada a dermatología en 2022, donde se visualizó una distrofia ungueal junto a cromoniquia con, en ese momento, un crecimiento normal de ambas uñas. La hipótesis que se contempló fue que traumatismos repetidos podrían estar influyendo en la morfología de las uñas, ya que se podía observar un hema-

toma subungueal en uno de los pies. Pese a ello, en 2025 la paciente continua con una onicodistrofia que actualmente afecta al 1^{er} y 2^o dedo de ambos pies, sin visualización de hematoma subungueal.

Comentarios. Dentro de las causas de onicodistrofia crónica encontramos problemas dermatológicos como psoriasis o liquen plano y onicomycosis, a descartar con biopsia y cultivo respectivamente. Muy frecuente también son los traumatismos repetidos, donde la anamnesis es fundamental. Pese a que en la literatura actual no se han encontrado casos descritos de afectación permanente de la matriz ungueal relacionados con el mano-pie-boca, en este caso se podría plantear como diagnóstico de exclusión.

64. Más allá de la primera línea: un caso de Kawasaki refractario. *Izquierdo García I, Paíno Roman M, Blanco Rodríguez P, García Sánchez M, Martín Galán E, González Fernández I, González González MM, López Ávila FJ.* Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción. La enfermedad de Kawasaki refractaria se caracteriza por la persistencia o reaparición de fiebre entre 36 y 72 horas después de la administración de la primera dosis de inmunoglobulina intravenosa (IGIV).

Caso clínico. Escolar de 5 años que acude al SUP presentando criterios diagnósticos clínico-analíticos de enfermedad de Kawasaki de alto riesgo. Se administra IGIV, metilprednisolona a 2 mg/kg y ácido acetilsalicílico (AAS) a 30 mg/kg. Tras la infusión de inmunoglobulinas mejora la clínica con desaparición de la fiebre el primer día. Dado el descenso de un 38% en los niveles de PCR y mantenerse afebril durante 72 horas se decide alta con AAS a dosis antiagregante. Sin embargo, reingresa el mismo día por reaparición de la fiebre a las 72 horas post-IGIV, cumpliendo criterios de enfermedad de Kawasaki refractaria. Se administra una segunda dosis de IGIV, seguida de metilprednisolona en bolos intravenosos de 30 mg/kg durante tres días. Posteriormente, se continúa con metilprednisolona intravenosa a 2 mg/kg/día y, tras 24 horas, se sustituye por prednisolona oral a 2 mg/kg/día. La paciente presenta buena evolución clínica y analítica (PCR < 0,05 mg/dl, VSG 30 mm/h). Se decide alta con prednisolona oral a 2 mg/kg/día con pauta descendente progresiva en 3 semanas.

Comentarios. El Kawasaki refractario afecta al 10-20% de los pacientes inicialmente tratados y conlleva un mayor riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares. Su tratamiento se basa en una segunda dosis de IGIV con corticoides en megabolos y posterior descenso progresivo o la administración de fármacos biológicos como infliximab o anakinra.

65. Masas cervicales bilaterales en neonato. *Olarte Ingarcia SE, Calvo Penín C, Vega Mata N, Crehuet Gramatika D, Hortelano Romero E, Villarreal Molina B, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Las adenopatías cervicales bilaterales son frecuentes en la infancia, suelen ser virales y autolimitadas. Las cervicales unilaterales suelen ser de causa bacteriana. Se considera que están aumentadas de tamaño cuando miden más de 1 cm en niños y > 0,5 cm en neonatos. Se define adenitis cuando hay cambios inflamatorios asociados.

Caso clínico. Varón de 4 semanas con antecedente de madre con enfermedad de Crohn tratada con adalimumab durante el embarazo. Presenta adenopatías laterocervicales bilaterales abscesificado más de una semana de evolución. Tratado con cefotaxima y cloxacilina. Se palpan masas duras no eritematosas ni calientes, que borran ambos ángulos mandibulares. Lado izquierdo se extiende hasta lóbulo de la oreja con zona fluctuante (figura 1). Reactantes de fase aguda elevados. Exudado viral y serología negativos. Niveles de adalimumab elevados. La ecografía describe grandes conglomerados adenopáticos, mayor en lado izquierdo, con áreas de necrosis y abscesificación. Inicialmente se realiza punción/drenaje ecoguiado izquierdo, con obtención de material purulento. 24 horas después precisa drenaje quirúrgico (figura 2) del bloque adenopático izquierdo y submental. En cultivo, hallazgo de *S. aureus*. Recibe anti-



Figura 1.
Póster 65.



Figura 2.
Póster 65.

bioterapia intravenosa durante 22 días, con curas diarias hasta completa resolución.

Comentarios. Las adenopatías de evolución tórpida, sin mejoría con antibioterapia empírica, precisan de ecografía para valorar abscesificación susceptible de drenaje como tratamiento y diagnóstico. El adalimumab, anticuerpo monoclonal anti-TNF α , cruzar la placenta y sus niveles en el lactante pueden detectarse hasta 6-12 meses. No hay evidencia global que hijos expuestos al Adalimumab desarrollen linfadenitis supurada. Teóricamente la inmunosupresión puede retrasar el control local de infecciones cutáneas con susceptibilidad de infecciones bacterianas invasivas.

66. Mordedura de víbora en la edad pediátrica: a propósito de un caso. *Portillo Sanz L, Dios Puebla ME, Obregón Asenjo M, Pérez Ortiz D, Tejero Pastor L, Marrón Alonso M, Clavijo Izquierdo ME, García Terrazas A. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La mordedura de serpiente en edad pediátrica es poco frecuente en España, aunque potencialmente grave. Las víboras son las principales serpientes autóctonas con veneno clínicamente relevante, responsable de efectos locales y, menos frecuentemente, sistémicos. En niños, el menor peso corporal aumenta el riesgo de complicaciones. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y el manejo se basa en el soporte vital, control del dolor y, en casos moderados o graves, administración precoz de suero antiofídico.

Caso clínico. Paciente femenina de 2 años que acude a Urgencias por mordedura de serpiente en dorso de pie derecho hace 1 hora. Presenta en dicha localización dos lesiones eritematosas puntiformes separadas por 7 milímetros, con eritema y ligero edema hasta base de tobillo y medio pie, sin datos de infección. No adenopatías, no datos de linfangitis, pulsos pedios bilaterales presentes. Asocia dolor que remite con analgesia oral. Se limpia la herida y se realiza vendaje suave, con elevación de la extremidad. Clasificada como envenenamiento grado 1 (leve) que no precisa administración de antídoto, se ingresa para observación durante 24 horas. Dada la normalidad de los valores analíticos y la evolución favorable con ausencia de progresión de la lesión, se decide alta a domicilio.

Comentarios. La mordedura de víbora en Pediatría requiere una valoración clínica precoz. La clasificación del grado de envenenamiento según Audebert en función de la sintomatología y las alteraciones analíticas permite individualizar el tratamiento, reservando el suero antiofídico para casos moderados o graves con afectación sistémica y evitando así complicaciones e intervenciones innecesarias.

67. Movimientos paroxísticos nocturnos: un reto diagnóstico y etiológico en el primer nivel de atención pediátrica. *Pulache Chavez HD, Neira Arcilla MM, Ariztegui Hoya L, Navas Méndez De Andrés F, González Guerrero C, Valdés Rodríguez D, Pérez Suárez I, Díez Llamazares L. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Introducción. Los movimientos paroxísticos nocturnos en la edad pediátrica constituyen un desafío diagnóstico, que incluye entidades como parasomnias, epilepsias relacionadas con el sueño y el síndrome de piernas inquietas. Estas alteraciones pueden comprometer la calidad de vida del paciente y su entorno.

Caso clínico. Paciente varón de 13 años, sin antecedentes personales relevantes, derivado a urgencias por episodios autolimitados durante el sueño profundo, de 6 meses de evolución, caracterizados por desconexión del medio, rigidez generalizada y movimientos tónico-clónicos de extremidades, con una duración aproximada de un minuto. Los episodios eran precedidos por conductas motoras de golpeteo repetitivo con el miembro superior izquierdo y breve deambulación. La exploración neurológica y los estudios analíticos no objetivaron hallazgos patológicos. El electroencefalograma (EEG) mostró actividad epileptiforme intercrítica frontal derecha y una crisis focal de inicio frontotemporal derecho, de menos de un minuto. La resonancia magnética cerebral evidenció un quiste aracnoideo tipo I en fosa media izquierda, sin relación causal aparente. Se inició tratamiento con levetiracetam, con

buena respuesta clínica y ausencia de nuevas crisis, siendo dado de alta a los dos días. Actualmente permanece asintomático y en seguimiento por neurología infantil.

Comentarios. Las epilepsias del lóbulo frontal se manifiestan con crisis durante el sueño de inicio brusco y duración breve, caracterizadas por automatismos hipermotores y posturas distónicas estereotipadas. Pueden confundirse con parasomnias, por lo que el diagnóstico diferencial se basa en una anamnesis detallada de los episodios. El EEG puede ser normal en el 50-60% de los casos. Aproximadamente el 70% responde favorablemente al tratamiento farmacológico.

68. Necrosis grasa subcutánea en periodo neonatal. *Méndez Pérez L¹, Martino Redondo P¹, García Pereiro A¹, Montero Díaz N¹, Cimadevilla Fernández R¹, Menéndez Iglesias P¹, Fernández Cueto L¹, Baeza Velasco M². ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Centro de Salud La Corredera. Oviedo.*

Introducción. La necrosis grasa subcutánea neonatal es una forma poco frecuente de paniculitis lobulillar. Existen ciertos factores de riesgo para su desarrollo como asfixia perinatal, hipotermia, aspiración de meconio o consumo materno de drogas. Se presenta como placas y nódulos subcutáneos eritematosos e indurados localizados principalmente en región dorsal y miembros. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante estudio histopatológico, aunque la presencia de lesiones compatibles y el uso de herramientas como la ecografía pueden evitar el uso de técnicas invasivas. Aunque suele tener un curso autolimitado, puede producir complicaciones, entre las que destaca la hipercalcemia por su gravedad.

Caso clínico (figuras 1, 2 y 3). Neonato varón de 7 días de vida, sin antecedentes de interés, que presenta placas sobreelevadas, eritematosas e induradas en región dorsal e interescapular. Ante la sospecha clínica de necrosis grasa, se solicita ecografía donde se identifica imagen compatible.



Figura 1. Póster 68.



Figura 2. Póster 68.



Figura 3. Póster 68.

Se realizó seguimiento estrecho del paciente y control ecográfico al mes, donde se observó importante mejoría de las lesiones. Ante buena evolución clínica y de imagen no precisó de pruebas invasivas.

Comentarios. Las lesiones típicas de la necrosis grasa subcutánea neonatal son placas y nódulos subcutáneos eritematosos e indurados. La ecografía es una prueba no invasiva útil en el diagnóstico y el seguimiento. El tratamiento de la necrosis grasa subcutánea neonatal se basa en la detección precoz, el seguimiento y control de las posibles complicaciones. Al ser una entidad poco frecuente presentamos el caso con imagen para facilitar el reconocimiento y detección precoz.

69. Neumonía y neutropenia: una asociación no tan infrecuente en Pediatría. *Garcés Mas L, Cabeza Arce N, González Castro R, Díez Monge N, González Arranz MJ. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. La neumonía necrotizante es una forma grave e infrecuente de infección pulmonar caracterizada por la destrucción del parénquima pulmonar con necrosis y cavitación. El diagnóstico se basa en la clínica y en estudios de imagen. El tratamiento requiere hospitalización, aislamiento y antibióterapia prolongada. La neutropenia severa es una condición relacionada con un alto riesgo de infecciones graves, debiendo realizarse un diagnóstico diferencial que incluya causas infecciosas, autoinmunes o neutropenias congénitas.

Caso clínico. Paciente de 6 meses, con antecedente personal de urato persistente, acude a urgencias por síndrome febril de 7 días de evolución con rinorrea y tos. La exploración inicial mostró irritabilidad, palidez y signos de infección respiratoria sin dificultad respiratoria. Se realiza analítica con neutropenia severa, anemia, trombocitosis, elevación de reactantes de fase aguda y alteración de la coagulación. Se realiza radiografía de tórax en la que aparece consolidación en hemitórax izquierdo con derrame pleural asociado. Ante la gran extensión, se solicita TAC torácica que sugiere neumonía necrotizante. Se ingresa para completar estudio de la neutropenia, vigilancia clínica y antibióterapia intravenosa.

Comentarios. La neumonía necrotizante es una infección pulmonar grave que requiere diagnóstico precoz y tratamiento intensivo. Suele presentarse como complicación de una neumonía en pacientes con factores predisponentes como inmunodeficiencias, infecciones o neutropenia. Su evolución depende de la extensión del daño pulmonar y del estado inmunológico del paciente. El manejo debe ser multidisciplinar con seguimiento estrecho para prevenir complicaciones y detectar posibles causas subyacentes, como en este caso, la neutropenia.

70. Neuropatía cubital postraumática con evolución a síndrome de dolor regional complejo. *Gutiérrez Porro X, Blanco González A, López Pérez E, Posadilla Suárez P, Fernández Prieto A, Arredondo Montero J. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Introducción. El síndrome de dolor regional complejo (SDRC) es una causa infrecuente pero potencialmente invalidante de dolor neuropático en la infancia. Aunque su incidencia es baja, debe considerarse ante cualquier dolor persistente y desproporcionado tras un traumatismo, incluso leve, especialmente si existen signos autonómicos o alodinia.

En el SDRC tipo II, más raro aún, el cuadro se desencadena tras una lesión nerviosa parcial identificable.

Caso clínico. Niña de 10 años que presentó dolor neuropático persistente en la mano izquierda tras una herida por cristal en la eminencia hipotenar. La ecografía sugirió un posible neuroma del nervio cubital, por lo que se solicitó resonancia magnética, que lo descartó y evidenció cambios de señal compatibles con neuropatía cubital postraumática. El estudio neurofisiológico fue normal, iniciándose tratamiento con gabapentina oral. En las semanas siguientes desarrolló dolor intenso, desproporcionado e invalidante, con alteraciones térmicas, de color y sudoración en el territorio cubital, compatible con un SDRC tipo II. Dada la intensidad del cuadro, precisó bloqueo anestésico axilar urgente con buena respuesta. Actualmente continúa tratamiento con gabapentina y seguimiento por Rehabilitación y la Unidad del Dolor.

Comentarios. El diagnóstico del SDRC requiere un alto índice de sospecha y confirmación clínica según los criterios de Budapest. Identificarlo precozmente y excluir otras causas permite iniciar un tratamiento combinado temprano, mejorando la evolución y reduciendo el riesgo de cronificación.

71. No todo es lo que parece. A propósito de un caso. Suárez Abella M, Miranda Montequín S, Villa Álvarez M, Sánchez García I, Díaz Sierra L, García Guilabert MDC, Muñoz Hernández M, Montes Zapico B. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La detección de masas cervicales en pediatría requiere un abordaje meticuloso para diferenciar lesiones benignas de patologías potencialmente graves. La localización supraclavicular aumenta la probabilidad de etiología tumoral, si bien deben tenerse en cuenta malformaciones congénitas de las distintas estructuras a este nivel como causa probable.

Caso clínico. Niña de 4 años, sin antecedentes médicos relevantes, que consulta en el Servicio de Urgencias por cefalea aguda. A la exploración se palpa masa supraclavicular izquierda de unos 2 cm no dolorosa, de consistencia pétreo y adherida a planos profundos, nunca percibida hasta la fecha. Se solicita radiografía de tórax, sin evidenciar alteraciones a nivel cervical ni mediastínico; se realiza analítica sanguínea completa que resulta normal. Asimismo, se realiza ecografía cervical urgente, que sugiere consistencia ósea de la estructura identificada. Se realiza entonces radiografía clavicular que confirma la sospecha diagnóstica de costilla cervical rudimentaria. La paciente se encuentra asintomática, sin precisar tratamiento y es dada de alta.

Comentarios. La costilla cervical es la malformación costal más frecuente y debe tenerse en cuenta en el diag-

nóstico diferencial de las masas supraclaviculares. La sospecha clínica junto al estudio radiológico suelen confirmar el diagnóstico. La clínica es variable, siendo en la mayoría asintomática y de hallazgo casual en la exploración, pudiendo llegar a presentarse como dificultad respiratoria secundaria a compresión de la vía aérea. Este caso resalta la relevancia de una exploración física minuciosa en pediatría, así como la consideración de las variantes anatómicas en el diagnóstico diferencial de las masas cervicales pediátricas.

Sábado 15 de noviembre • Sesión 8

72. Obstrucción intestinal por bridas en neonatos: un desafío clínico. Villarreal Molina BM, Sánchez Pulido L, Calvo Penín C, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca S, Enríquez Zarabozo E, Pérez Costoya C, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Las bridas congénitas son una causa infrecuente, pero grave, de obstrucción intestinal en neonatos. El diagnóstico definitivo se realiza de manera intraoperatoria, ya que los estudios de imagen son poco específicos en cuanto a la etiología de la obstrucción.

Caso clínico. Mujer de 2 meses de vida, prematura de 26 semanas, con cuadro de distensión abdominal y apneas. Asociaba en la exploración circulación colateral y región eritematosa periumbilical. Analíticamente aumento de reactantes de fase aguda con trombocitosis y dilatación y centralización de asas sin neumatosis en radiografía abdominal. Con sospecha de enterocolitis necrosante (ECN) se instauró triple antibioterapia intravenosa y dieta absoluta. Presentó deterioro clínico progresivo con aumento de las apneas, desaturaciones, bradicardia y aumento de la distensión por lo que se realizó laparotomía exploradora, evidenciando una brida que rodeaba intestino delgado y parte del colon, con dilatación secundaria. Presentó buena evolución postquirúrgica consiguiendo tolerancia oral adecuada, pero falleció dos meses más tarde por insuficiencia cardíaca progresiva y complicaciones respiratorias.

Comentarios. La obstrucción intestinal por bridas es infrecuente pero grave en neonatos y debe considerarse en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo, ya que un tratamiento precoz puede ser clave para el pronóstico.

73. Oro parece, plata no es. Martín Pérez Barjola J, Galbán De Marcos E, Fernández Herrera MC, Redondo Aparicio S, Garrote Molpeceres R, Alfaro González M, Bartolomé Cano ML, Molina Vázquez ME. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. El dolor lumbar en la edad pediátrica constituye un motivo de consulta cada vez más frecuente, habitualmente asociado a causas musculoesqueléticas benignas. Sin embargo, la realización de una anamnesis detallada y una exploración física dirigida permite llevar al diagnóstico adecuado, valorando todo tipo de etiologías, entre las que se encuentran las de causa extrínseca renal.

Caso clínico (figuras 1 y 2). Niña de 9 años sin antecedentes de interés. En seguimiento por Traumatología y Rehabilitación debido a dolor lumbar de un año y medio de evolución caracterizado por episodios autolimitados de 3-4 días de duración y frecuencia mensual. Acudió en múltiples ocasiones a urgencias por ese motivo, donde se realizaron radiografías sin hallazgos patológicos. Ante persistencia del dolor con mala respuesta a analgésicos habituales (paracetamol, ibuprofeno) Traumatología solicita RMN articular lumbo-sacra, objetivando una hidronefrosis izquierda, sin lesiones osteoarticulares. Este hallazgo se confirmó ecográficamente. Se decide ingreso para estudio, completándose con angio-RMN y renograma MAG-3, que demostraron un síndrome de la unión pieloureteral con funcionalidad renal izquierda del 14,28%. Fue derivada a Cirugía Pediátrica y Nefrología infantil, efectuando pieloplastia laparoscópica. Evolución clínica posterior favorable, con desaparición del dolor lumbar.

Conclusiones. Este caso destaca la importancia de una valoración integral del dolor lumbar en la población pediá-



Figura 1. Póster 73.

trica. La inclusión de patología visceral en el diagnóstico diferencial resulta esencial para evitar retrasos diagnósticos e irreversibilidad de las lesiones, pudiendo realizar un tratamiento etiológico dirigido que resuelva la causa y haga desaparecer el dolor.

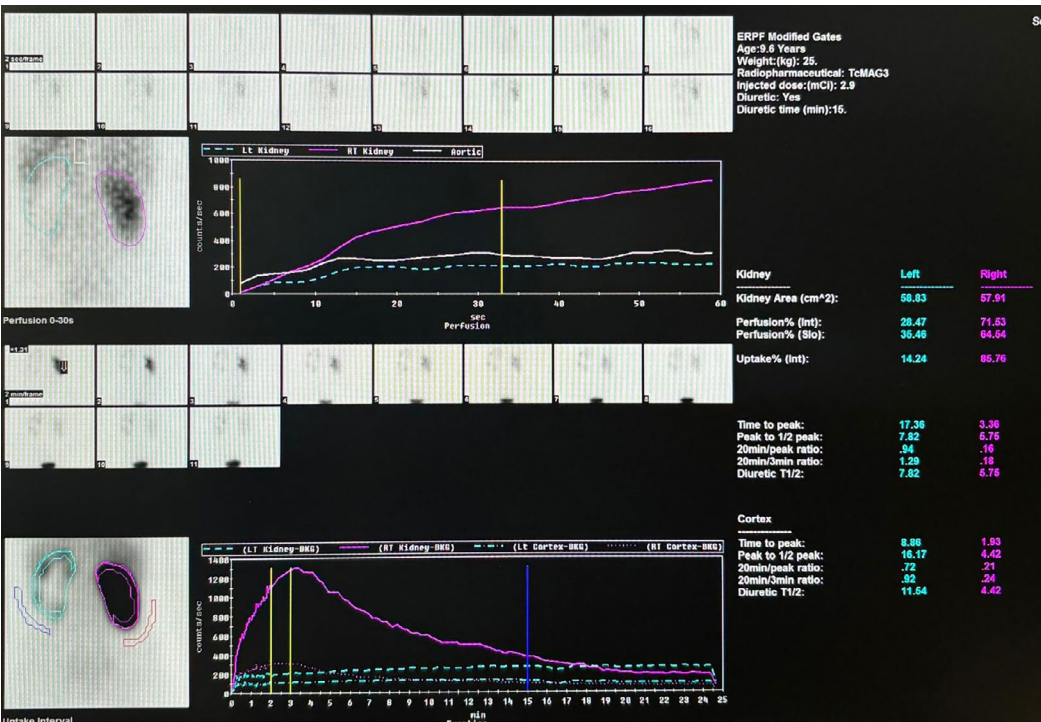


Figura 2. Póster 73.

74. Osteoma osteoide: no todos los dolores son del crecimiento. Blanco Rodríguez P¹, García Sánchez M¹, González Fernández I¹, Izquierdo García I¹, Martín Galán E¹, Cebrián Soria P¹, García Vicente SC², García Llorente G². ¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ²Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.

Introducción. El osteoma osteoide es un tumor benigno óseo que suele afectar a niños y adolescentes. Esta entidad cursa con una clínica muy característica, así como con hallazgos radiológicos particulares. Sin embargo, el osteoma osteoide suele presentar un retraso diagnóstico de 2 años. A partir del caso clínico que se expone se revisarán las principales características del osteoma osteoide.

Caso clínico. Se trata de un niño de 8 años que consulta por dolor en tobillo izquierdo desde hace 6 meses, le despierta por la noche y calma con ibuprofeno. En la exploración destaca una mínima tumefacción y dolor en la cara externa del tobillo izquierdo y cierta atrofia de gemelo en miembro inferior izquierdo. Se palpa una masa dura en tercio distal de cresta tibial. La movilidad está conservada, presenta ligera cojera al apoyar el pie. En la radiografía (figura 1) se aprecia un engrosamiento de la cortical compatible con osteoma osteoide.



Figura 1. Póster 74.

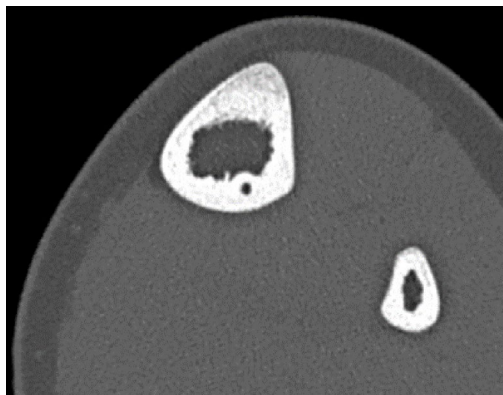


Figura 2.
Póster 74.

Posteriormente se le pide una TC para caracterizar mejor la lesión (figura 2), donde se observa el nidus, hallazgo radiográfico que confirma el diagnóstico. El paciente es valorado por traumatología, le proponen tratamiento con radiofrecuencia.

Comentarios. El osteoma osteoide es un tumor óseo que suele asentar en la diáfisis del fémur y de otros huesos largos de la extremidad inferior. Hay que sospecharlo en un niño o adolescente que presenta dolor nocturno de larga evolución en una extremidad y cede con antiinflamatorios no esteroideos. Su lesión radiológica característica es el nidus y el engrosamiento cortical.

75. Osteomielitis y absceso subagudo de Brodie. Molero Jaén J, Fraile Manzano MI, Fernández González S, Galbán De Marcos E, Martín Pérez Barjola J, Alfaro González M, Bartolomé Cano ML, Garrote Molpeceres R. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. El absceso subagudo de Brodie (ASB) es una patología infrecuente, constituyendo una forma de osteomielitis subaguda que se manifiesta como una lesión osteolítica localizada en metáfisis de huesos largos, presentando clínica inespecífica de difícil diagnóstico.

Caso clínico (figuras 1, 2 y 3). Paciente femenina de 8 años en seguimiento en Reumatología por dolor intermitente en extremidades inferiores con imagen radiológica normal. Acude por presentar cuadro de inflamación dolorosa a la palpación de antebrazo distal derecho de cuatro días de evolución, sin otra sintomatología asociada ni antecedente traumático. En la radiografía se observa una lesión lítica de bordes esclerosados adyacente a la metáfisis distal del radio, acompañada de una dudosa fractura en rodete. En la



Figura 1.
Póster 75.

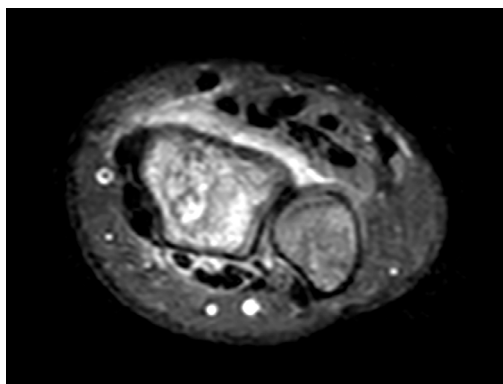


Figura 2.
Póster 75.

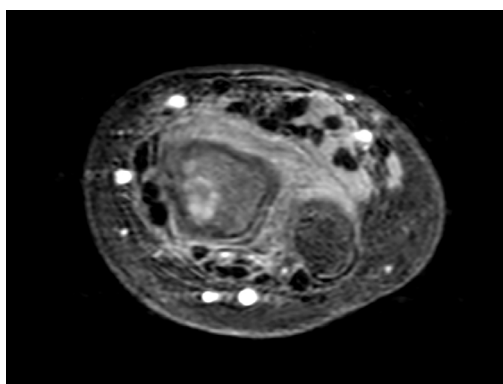


Figura 3.
Póster 75.

analítica sanguínea solo destaca una VSG elevada. Ingres para administración de antibioterapia intravenosa con cefazolina, realizando una RMN articular que muestra una lesión en radio distal derecho de $13 \times 18 \times 8$ mm con realce periférico tras la administración de contraste, descartando fractura asociada. Tras 15 días de tratamiento sin mejoría clínico-radiológica se realiza desbridamiento quirúrgico con toma de biopsias, en las que se observan datos de inflamación aguda y fibrosis. Al 19º día de ingreso, la paciente es dada de alta con antibioterapia oral y seguimiento ambulatorio. Completa ocho semanas de tratamiento, evolución clínica posterior favorable.

Comentarios. Esta entidad debe considerarse en pacientes pediátricos con lesiones osteolíticas metafisarias y clínica insidiosa. La correlación clínico-radiológica, junto con el estudio histopatológico resulta fundamental para establecer el diagnóstico definitivo y orientar el tratamiento adecuado, evitando secuelas severas y realizando diagnóstico diferencial con patología tumoral.

76. Otomastoiditis por *Fusobacterium necrophorum*: a propósito de un caso. Marrón Alonso M, Clavijo Izquierdo M, Bujedo Muñoz A, Pérez Arnaiz L, Pérez Ortiz D, Prieto Domínguez C, Tejero Pastor L, Ruiz Araus A. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. La otomastoiditis por *Fusobacterium necrophorum* afecta principalmente a la población menor de 2 años y se caracteriza por fiebre alta, reactantes de fase aguda elevados, fracaso terapéutico y complicaciones intracraneales.

Caso clínico. Paciente de 3 años que acude a Urgencias por fiebre de $38,8^{\circ}\text{C}$ y despegamiento del pabellón auricular derecho con zona eritematosa retroauricular, dolorosa a la palpación. Tímpano y conducto auditivo externo derecho no valorables por supuración. En tratamiento con amoxicilina desde hace 5 días por otitis media aguda que tras supuración ótica hace 72 horas (se recogió cultivo del exudado ótico) requirió escalada a amoxicilina-clavulánico. Se realiza hemocultivo y analítica sanguínea evidenciándose elevación de reactantes de fase aguda. Se decide ingreso para inicio de tratamiento antibiótico empírico intravenoso: cefotaxima (12 días), vancomicina para cubrir SARM (*Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina) por evolución tórpida (4 días) y metilprednisolona (9 días, con posterior descenso hasta el alta). Tras resultado negativo del hemocultivo y PCR del exudado ótico positiva para *Fusobacterium necrophorum* (cultivo negativo) se añade metronidazol (5 días). Además, otorrinolaringología decide intervenir quirúrgicamente: miringocentesis anteroinferior y drenaje transtimpánico en oído derecho. Tras 14 días de hospitalización se dio de alta con Metronidazol vía oral durante 5 días más.

Comentario. Este caso muestra el aislamiento de un germen poco habitual en este grupo etario, lo que disminuye la sospecha clínica inicial. Su diagnóstico requiere cultivos anaerobios y si es posible PCR (más sensible). Implica un mayor riesgo de evolución tórpida que precise intervención quirúrgica y antibioterapia combinada (β -lactámico + metronidazol 14-21 días). Es preciso vigilar las recurrencias.

77. Parálisis facial periférica como complicación infrecuente de una otitis media aguda en un niño de 11 años. Galbán De Marcos E, Bartolomé Cano ML, Alfaro González M, Barrio Alonso MP, Martín Pérez-barjola J, Fernández Herrera MC, Duque Holguera V. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La parálisis facial periférica es una complicación poco frecuente de la otitis media aguda (OMA) en la edad pediátrica. Su aparición requiere un diagnóstico precoz y un abordaje terapéutico multidisciplinar para evitar secuelas neurológicas y auditivas.

Caso clínico. Varón de 11 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes, en seguimiento por Oftalmología por ambliopía. Acude al Servicio de Urgencias por asimetría facial izquierda de menos de 24 horas de evolución, sin dolor ni parestesias faciales. Refiere otalgia izquierda de cinco días

de evolución, inicialmente tratada con ciprofloxacino ótico (Cetraxal®) durante 48 horas, sin mejoría; motivo por el que se sustituye por amoxicilina-ácido clavulánico oral. Asocia cefalea en región parietotemporal izquierda desde el inicio del cuadro. Afebril en todo momento. En la exploración física se objetiva otitis media aguda izquierda y parálisis facial periférica ipsilateral, grado III según la escala de House-Brackmann. El resto de la exploración neurológica es normal. Se realiza interconsulta con el Servicio de Otorrinolaringología, iniciándose tratamiento con metilprednisolona y ceftriaxona intravenosa. Se practica drenaje transtimpánico con evolución favorable y recuperación progresiva de la movilidad facial.

Comentarios. La parálisis facial periférica secundaria a otitis media aguda constituye una urgencia otorrinolaringológica. Es fundamental una anamnesis y exploración detalladas que permitan un diagnóstico y tratamiento precoces, así como la solicitud de pruebas complementarias en casos seleccionados. Este caso resalta la importancia de considerar la parálisis facial periférica como una posible complicación de la otitis media aguda y la necesidad de un manejo precoz y coordinado entre pediatría y otorrinolaringología para optimizar la recuperación funcional.

78. Parotiditis recurrente infantil. *Piniella Alonso A, Rodríguez López A, Pulito González M, Del Olmo Poza D, Pérez Poyato MS, Suárez Arrabal MDC. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La parotiditis recurrente infantil se caracteriza por episodios repetidos de inflamación dolorosa uni o bilateral de la glándula parótida acompañado o no de fiebre en niños entre 3 y 6 años, aunque puede aparecer en la pubertad. La etiología es desconocida, aunque se han propuesto mecanismos autoinmunes, infecciosos y alteraciones ductales. El diagnóstico es clínico, siendo importante excluir otras causas como infecciones virales, sialolitiasis o la enfermedad de Sjogren.

Caso clínico. Niño de 5 años, correctamente vacunado que ha presentado episodios previos de parotiditis en los meses pasados, que acude al servicio de Urgencias por presentar un bultoma en región parótida derecha que borra el ángulo mandibular y fiebre con un máximo de 38°C de 24 horas de evolución. El resto de la exploración física es normal. Se decide tratamiento con Ibuprofeno en caso de dolor, masaje de la glándula para aliviar el dolor, aplicación de calor o toma de alimentos sialogogos.

Comentarios. La parotiditis recurrente juvenil se trata de una patología inflamatoria benigna y autolimitada en niños, cuya etiología sigue siendo desconocida hoy en día. Es fundamental brindar una adecuada orientación a la familia, ya

que la recurrencia puede generar preocupación. En la mayoría de los casos, los episodios disminuyen y desaparecen con la edad, por lo que el pronóstico es favorable.

79. Peligros del termómetro de mercurio: radiografía de una ingesta accidental. *Andrés Blanco L, Paíno Román M, Domínguez Sevillano B, Bajo Delgado AF, De La Calle Cabrera MT. Hospital Universitario de Salamanca.*

Introducción. El mercurio elemental, presente en termómetros, es altamente tóxico, especialmente en niños. La toxicidad depende de la vía de exposición: la inhalación de vapores es la principal causa de intoxicación sistémica, con riesgo de afectación neurológica y renal, mientras que la ingestión aislada suele tener baja o nula absorción y menor riesgo clínico. La exposición en ambientes cerrados y calientes aumenta el riesgo de toxicidad inhalatoria, por la mayor volatilización del mercurio.

Caso clínico. Escolar de 7 años que ingiere accidentalmente mercurio al morder un termómetro. Presenta dolor abdominal leve. Se realiza radiografía de tórax en la que se objetivan pequeños elementos radiopacos distribuidos a en el tubo digestivo, sin poder descartar que se encuentren fuera del mismo, en la piel o la ropa. Se realiza limpieza exhaustiva de la piel y cambio de ropa para descartar contaminación externa. Se realiza radiografía de control, confirmando el mercurio radiopaco en el tracto digestivo. No se identifican signos de exposición inhalatoria. El paciente permanece bajo observación clínica, sin desarrollo de complicaciones.

Comentarios. La evidencia indica que la inhalación de vapores de mercurio es la principal vía de toxicidad en niños, con síntomas como cefalea, dolor abdominal, alteraciones neurológicas y, en casos graves, insuficiencia respiratoria. La ingestión aislada de mercurio elemental rara vez produce toxicidad significativa, aunque pueden presentarse síntomas locales. El manejo conservador y la observación clínica son adecuados en ausencia de síntomas sistémicos. La educación sobre prevención y manejo de exposiciones accidentales es esencial para reducir riesgos.

80. Percepción y uso de la inteligencia artificial entre pediatras. *Sierra Pedraja E, Melnic D, Camacho Sáez B, Leonardo Cabello MT, López Fernández C, Gómez Arce A, Gestoso Uzal N, Pelaez Sánchez A. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivo. Analizar el conocimiento, uso y percepción de la Inteligencia Artificial (IA) entre pediatras de distintos ámbitos

asistenciales, identificando los perfiles más proclives a su adopción en la práctica clínica.

Material y métodos. Estudio transversal y multicéntrico mediante cuestionario anónimo de 10 preguntas realizado entre el 14 y el 30 de enero de 2025. Se difundió entre pediatras de urgencias, de atención primaria, residentes y pediatras de guardias, considerando su uso de IA en la práctica clínica y su ámbito laboral, obteniendo 306 respuestas. Se realizaron análisis descriptivos y comparativos con pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

Resultados. El 23,2% de los encuestados indicó utilizar la Inteligencia Artificial (IA) “a veces” en su práctica clínica, mientras que el 2,9% la empleaba “a menudo”. Los pediatras con guardias fueron el grupo que reportó un mayor uso de IA (33%, $p=0,01$), seguidos de los pediatras de urgencias (28,1%). En menor medida la utilizaron en atención primaria (24,2%), y el grupo con menor frecuencia de uso fue el de los residentes (14,7%).

Conclusiones. El uso de IA entre pediatras sigue siendo limitado, aunque es más frecuente en entornos de alta demanda asistencial, como las guardias hospitalarias. Llama la atención que los residentes, pese a su familiaridad con las nuevas tecnologías, no sean el grupo que más la utiliza. Estos resultados sugieren una adopción progresiva de la IA en pediatría y su creciente papel como apoyo en la práctica clínica y la formación médica.

81. Quiste epidermoide escrotal en población pediátrica. *Villarreal Molina BM, Calvo Penín C, Granell Suárez C, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca S, Pérez Costoya C, Crehuet Gramatyka D, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El quiste epidermoide escrotal es una lesión benigna infrecuente. Su etiología está relacionada con la inclusión de células epidérmicas en el tejido subcutáneo, ya sea por anomalías del desarrollo o procesos traumáticos. Aunque suelen ser asintomáticos, pueden ocasionar molestias si aumentan de tamaño o se infectan. Su diagnóstico se basa en la evaluación clínica y, en algunos casos, en estudios complementarios. El tratamiento habitual es quirúrgico, con la extirpación completa del quiste para evitar recurrencias.

Caso. Varón de 5 años con sospecha de hidrocele bilateral. Hace 4 años se realizó orquidopexia derecha y exéresis de quiste de cordón izquierdo. Presentaba aumento de tamaño de las bolsas escrotales a tensión, y testículos aparentemente de tamaño normal durante la exploración. Se describe una lesión quística de 7 cm de diámetro en región perineal con trayecto intrapélvico en ecografía y resonancia magnética

por lo que se realizó exéresis de la lesión, y se trataba de un quiste epidermoide según biopsia. Presentó buena evolución postoperatoria, y en ecografía de control se observaba asimetría testicular con teste derecho de menor tamaño. En la actualidad permanece asintomático.

Comentarios. El quiste epidermoide escrotal aunque se trate de una lesión benigna y sea una entidad poco común en la población pediátrica, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas escrotales ya que un tratamiento precoz garantiza la resolución del cuadro y minimiza el riesgo de recurrencia o complicaciones infecciosas.

82. Un paréntesis hormonal en el neonato. *Romero Del Hombrebueno Gómez Del Pulgar Y, Castanedo Ruiz I, Moriana Rio N, Fombellida De La Fuente C, Fernández De La Mano S, Gómez Mendiña J, Redondo Aparicio S, Bahillo Curieses M. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. Las alteraciones del metabolismo calcio-fósforo en el periodo neonatal son infrecuentes y clínicamente relevantes por su implicación en la homeostasis mineral en un momento crítico del desarrollo óseo y neurológico. Estas alteraciones presentan etiología diversa.

Caso clínico. Paciente con seguimiento en consultas de endocrinología desde los 8 días de vida por hipotiroidismo congénito (tiroides in situ) en tratamiento sustitutivo con levotiroxina. En analítica realizada en primera consulta se objetiva fósforo de 10 mg/dl ($>7,5$ mg/dl) que se confirma. Presenta además calcio y vitamina D normal y PTH elevada (192 pg/ml) con fosfaturia leve (RTP 85%). Ante no normalización de las alteraciones en controles seriados y elevación de TSH en periodo neonatal se solicita estudio genético de pseudohipoparatiroidismo (PSHP). Estudio gen GNAS y panel de alteraciones genéticas relacionadas con metabolismo calcio-fósforo negativo. Se inicia tratamiento con calcitriol a dosis de 0.25 µg/día con ascenso posterior a 0,5 µg/día normalizándose fósforo y PTH. Tras 8 meses de tratamiento con descenso progresivo de la dosis de calcitriol se retira. Un año tras su retirada las cifras de fósforo, calcio y PTH se encuentran estables en rango de la normalidad y el hipotiroidismo está bien controlado con dosis actual de 3.5 µg/kg/día.

Comentarios. El pseudohipoparatiroidismo neonatal transitorio representa un cuadro infrecuente. Se caracteriza por resistencia periférica a la acción de la paratohormona (PTH). En la mayoría de los casos puede resolverse con la maduración del receptor o del eje hormonal en semanas o meses con tratamiento de soporte. El diagnóstico diferencial es clave por las diferencias de manejo y pronóstico entre las distintas entidades.

83. Hidradenitis ecrina neutrofílica. A propósito de un caso. *Tejero Pastor L, García Terrazas A, Barbadillo Mariscal B, Oquillas Ceballos A, Prieto Domínguez C, Bujedo Muñoz A, Marrón Alonso M, Almeida De Miranda G. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La hidradenitis ecrina neutrofílica (HEN) es una dermatosis inflamatoria poco frecuente, caracterizada por la infiltración neutrofílica de las glándulas ecrinas. Aunque más habitual en adultos o en pacientes oncohematológicos, su presentación en niños sanos es excepcional. Su reconocimiento clínico evita la realización de procedimientos invasivos y tratamientos innecesarios.

Caso clínico. Niña de 3 años, sin antecedentes de interés, que consulta en Atención Primaria por la aparición reciente de lesiones eritemato-violáceas e aproximadamente 1cm de diámetro, ligeramente elevadas, en región precalcánea. No presenta dolor ni signos de infección local ni afectación sistémica. Ante la sospecha de proceso inflamatorio, se realiza interconsulta con Dermatología, que orienta las lesiones como hidradenitis ecrina neutrofílica. Se explica a la familia el carácter autolimitado del cuadro, habitualmente con resolución espontánea en 2-4 semanas, y su posible relación con factores como actividad física intensa, sudoración excesiva o exposición prolongada a humedad. Se indica manejo conservador: reposo relativo, evitar humedad y ejercicio intenso, pudiendo administrar analgesia si precisa por dolor. Se programa revisión a los dos meses para control evolutivo.

Comentarios. La HEN pediátrica es un diagnóstico infrecuente que debe considerarse ante lesiones nodulares eritemato-violáceas en áreas con alta densidad de glándulas sudoríparas. Su evolución benigna y autolimitada permite un abordaje expectante, reservando intervenciones farmacológicas para casos sintomáticos o persistentes. La difusión de estos casos contribuye al conocimiento y reconocimiento temprano de esta entidad poco habitual en la práctica pediátrica.

Sábado 15 de noviembre • Sesión 9

84. Resolución de casos clínicos pediátricos en función del tipo de pregunta, teórica o con imagen, con ChatGPT-4. *Melnic D, Camacho Sáez B, Sierra Pedraja E, Leonardo Cabello MT, López Fernández C, Gómez Arce A, Pelaez Sánchez A, Gestoso Uzal N. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivo. Analizar las diferencias de rendimiento entre ChatGPT-4 y pediatras en función del tipo de pregunta (teó-

rica o basada en imagen), identificando áreas de mayor dificultad diagnóstica.

Material y métodos. Estudio transversal y multicéntrico mediante cuestionario anónimo distribuido por Google Forms entre el 14 y el 30 de enero de 2025. El test incluía 10 preguntas sobre casos clínicos (4 con imágenes), de respuesta múltiple con una sola opción correcta. Se envió a pediatras de diferentes ámbitos. ChatGPT-4 respondió al mismo cuestionario. Se realizó análisis descriptivo (mediana, intervalo intercuartílico y porcentaje de aciertos) y comparativo mediante pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

Resultados. ChatGPT-4 acertó las seis preguntas teóricas (100%) y tres de las cuatro de imagen (75%). Su único error fue la identificación radiológica de una fractura de peroné, que aún así justificó clínicamente. Entre los pediatras, la mediana fue 5 aciertos en teóricas y 3 en imágenes ($p < 0,001$). Las preguntas con menor tasa de acierto fueron intoxicación por benzodiacepinas (48%) y fracturas óseas (44%).

Conclusiones. Las preguntas teóricas presentaron mayor tasa de aciertos que las de imagen, tanto en IA como en pediatras. El análisis sugiere que la IA puede convertirse en una herramienta valiosa de apoyo diagnóstico y de formación clínica, especialmente en la resolución de casos teóricos.

85. Retraso en la caída del cordón umbilical en prematura moderada: a propósito de un caso. *Valdés Rodríguez D¹, Robles Álvarez I², Navas Méndez De Andés F¹, Pulache Chavez HD¹, Pérez Suárez I¹, González Guerrero C¹, Blanco González A¹, Martínez Sáenz De Jubera J². ¹Hospital Universitario de León. ²Centro de Salud La Palomera. León.*

Introducción. La caída del cordón umbilical suele producirse entre los 5 y 15 días de vida, aunque en neonatos prematuros este proceso puede demorarse por su inmadurez inmunológica, un clampaje tardío o cuidados locales que mantengan la zona húmeda. Si bien en la mayoría de los casos el retraso es benigno, se recomienda descartar causas subyacentes cuando supera los 30 días de vida.

Caso clínico. Recién nacida prematura (33+5), nacida por parto instrumental con ventosa y clampaje tardío del cordón. Presenta buena adaptación postnatal sin necesitar soporte respiratorio. Permanece ingresada 8 días por prematuridad, con evolución favorable y posterior alta. Acude a revisión al mes de vida sin caída del cordón umbilical. A la exploración, buen aspecto general y ombligo seco, sin signos inflamatorios. Dado el antecedente de prematuridad, se solicita analítica y ecografía abdominal por protocolo. La ecografía descarta alteraciones del uraco o persistencia de estructuras embrionarias. En la analítica se observa neutropenia leve (1.300 / μ l), anemia

fisiológica (Hb 10,1 g/dl) y linfocitosis. El resto de parámetros, incluida la TSH neonatal (4,35 μ UI/ml), son normales. En revisión posterior, la familia refiere caída espontánea del cordón a los 35 días de vida, sin complicaciones locales. Se pauta control evolutivo con nueva analítica en 2-3 meses.

Comentario. Este caso refleja la evolución benigna de un retraso en la caída del cordón umbilical en una prematura moderada, sin signos infecciosos ni hallazgos patológicos relevantes. La realización de pruebas complementarias permitió descartar malformaciones y orientar el seguimiento, evitando alarmismo innecesario. La neutropenia leve se interpreta como propia de la edad gestacional, recomendándose reevaluación diferida.

86. Revisión de profilaxis de tosferina a propósito de un caso. *Montero Díaz N¹, Mangas Sánchez C², Méndez Pérez L¹, García Pereiro A¹, Cimadevilla Fernández R¹, Menéndez Iglesias P¹, Fernández Cueto L¹, Sarmiento Martínez M².* ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Centro de Salud La Corredoria. Oviedo.

Introducción. La tosferina es una enfermedad respiratoria de declaración obligatoria (EDO) causada por la bacteria *Bordetella pertussis*. Su cuadro clínico consiste en un periodo catarral, indistinguible a otras infecciones respiratorias, de 1 a 2 semanas (fase de mayor contagio). Se sigue de una fase paroxística, con accesos de tos intensos, de predominio nocturno y una última fase convaleciente, de 2 a 4 semanas, con la desaparición progresiva de la tos. En niños y adultos correctamente vacunados no suele presentar complicaciones, mientras que en lactantes no vacunados existe mayor morbi-mortalidad (pausas de apnea, tosferina maligna...).

Caso clínico. Paciente varón de 10 años. Correctamente vacunado. Consulta por clínica de 3 días de tos metálica en accesos, interrumpiendo el sueño. Afebril en todo momento. Exploración física sin alteraciones. Se solicita PCR de exudado nasofaríngeo donde se aísla *Bordetella pertussis*. Tratamiento: azitromicina 5 días. Se recomienda aislamiento respiratorio durante el tratamiento. Se realiza la notificación de la EDO. No se administra profilaxis a ningún conviviente ni se recomienda revacunación.

Comentarios. La pauta de profilaxis de la tosferina se ha actualizado recientemente, siendo ahora necesario cumplir varios criterios para su administración además del hecho de ser contacto estrecho: pertenecer o estar en contacto con grupo de riesgo o tener contacto habitual con menores de 1 año. Respecto a la vacunación postexposición, es necesario revisar la pauta de vacunación de cada caso en concreto, siendo prioritario en lactantes menores de 12 meses, embarazadas y personas de riesgo.

87. Rigidez de nuca como signo clínico del síndrome de Guillain-Barré. *Garrido Barbero M¹, Rollán Martínez-Herrera M², Garrido Barbero M³, Vicente Alfonso M⁴, Oreña Ansorena VA⁵, García Fernández S⁵.* ¹Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud Alto Asón. Ramales de la Victoria, Cantabria. ²Servicio de Urgencias de Pediatría; ⁵Sección de Neuropediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. ⁴Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Laredo. Laredo, Cantabria.

Introducción. La rigidez de nuca puede ser un signo de irritación meníngea que no debemos pasar por alto. Generalmente se asocia a patologías infecciosas, pero puede aparecer en enfermedades como el Síndrome de Guillain-Barré, en la que es un signo clínico poco frecuente, lo que puede retrasar su diagnóstico.

Caso clínico. Niño de 4 años sin antecedentes médicos ni familiares relevantes. Consulta en atención primaria por un proceso respiratorio con fiebre prolongada, manejado con amoxicilina por sospecha de neumonía. Después de 15 días, repite un pico febril autolimitado e inicia un cuadro de rigidez nuchal, mialgias de extremidades inferiores, alteración de la marcha y rechazo progresivo para la deambulación, con caídas frecuentes. Valorado en varias ocasiones por atención primaria y hospitalaria, con analíticas normales (hematimetría y bioquímica normales, incluida creatina-fosfoquinasa, y parámetros infecciosos negativos: leucocitos y PCR normales). Finalmente ingresa en hospital de tercer nivel, donde se completa estudio con punción lumbar y resonancia magnética cerebral y de columna, y se diagnostica de polirradiculopatía inflamatoria tipo Guillain-Barré con afectación de las raíces de la cola de caballo y superficie medular a nivel del cono medular, secundario a infección por *Mycoplasma pneumoniae*.

Comentarios. la rigidez de nuca es un signo clínico que precisa un estudio completo para descartar enfermedades graves. A pesar de que las pruebas complementarias de primer nivel sean normales y no haya síntomas de alarma como fiebre o cefalea, precisa una exploración física exhaustiva y un estudio completo para filiar la etiología.

88. Rol de la endoscopia en la ingesta accidental de cáusticos en niños. *Villarreal Molina B, Calvo Penín C, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca S, Pérez Costoya C, Crehuet Gramatyka D, Gómez Farpón A, Álvarez Muñoz V.* Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La ingestión de cáusticos en niños es una urgencia médica que puede causar desde irritación leve hasta estenosis esofágica grave. La endoscopia digestiva alta (EDA)

es clave para valorar el daño y guiar el tratamiento, pero su indicación, momento óptimo y seguridad siguen siendo debatidos.

Material y métodos. Se revisaron artículos (2020-2025) en PubMed, Scopus, ClinicalKey y Cochrane que incluyeran pacientes menores de 14 años con ingesta cáustica y uso de EDA. Se analizaron estudios observacionales, series clínicas y guías que evaluaran indicaciones, tiempo de realización y hallazgos endoscópicos.

Resultados. La mayoría de estudios recomienda realizar EDA dentro de las primeras 24-72 horas. En un estudio sudamericano con 50 niños, todos los asintomáticos tuvieron EGD normal, mientras que el 75 % de los sintomáticos presentó lesiones. En una revisión de casos (n= 336), factores como sialorrea y vómitos se correlacionaron con daño esofágico. Una revisión italiana sugiere omitir la EDA en casos asintomáticos, con vigilancia clínica. El riesgo de perforación aumenta si se realiza después del 5º día. La mayoría de lesiones graves se asociaron a cáusticos alcalinos.

Conclusiones. La EDA es útil y segura en niños con síntomas tras ingesta cáustica si se realiza en las primeras 72 horas. Puede evitarse en pacientes asintomáticos seleccionados, con seguimiento estrecho. La EDA tardía debe evitarse. Faltan estudios prospectivos que definan protocolos estandarizados según síntomas, tipo de sustancia y edad.

89. Síndrome de Wilkie, ¿dolor abdominal de causa desconocida? *García Sánchez M¹, Blanco Rodríguez P¹, Martín Galán E¹, Paño Román M¹, Cebrian Soria P¹, Izquierdo García I¹, González Fernández I¹, García García D².* ¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ²Centro Médico Garrido Sur. Salamanca.

Introducción. El síndrome de Wilkie es una patología causada por una compresión de la tercera porción del duodeno entre la arteria aorta y la arteria mesentérica superior, provocando una oclusión intestinal alta. Los síntomas asociados más frecuentes son náuseas, vómitos, dolor y distensión abdominal y pérdida de peso.

Caso clínico. Niña de 8 años que desde los 4 años presenta abdominalgia intermitente relacionada con la toma de alimentos. La exploración resulta ser anodina, pero al persistir el cuadro en el tiempo, se realiza coprocultivo y analítica sanguínea completa. La paciente continua con la sintomatología, pese a la normalidad de los resultados y el mantenimiento de la curva ponderoestatural, por lo que se mantiene en seguimiento por su pediatra. La presencia de dolor abdominal durante las comidas genera conflicto en las mismas, al creer los padres que utiliza el síntoma como

excusa para evitar la ingesta. En un análisis de control se observa eosinofilia y, ante la sospecha de parasitosis, se prescribe mebendazol. Aun así, la clínica no mejora por lo que se solicita un estudio de sangre heces y calprotectina, con resultados negativos. Ante la persistencia de los síntomas y la negatividad de los estudios realizados, se solicita una ecografía abdominal donde se detecta un estrechamiento del ángulo y distancia a nivel aortomesentérico.

Comentarios. Aunque este síndrome es una causa infrecuente de dolor abdominal, puede generar complicaciones importantes y afectar la calidad de vida, motivo por el cual se tendría que tener más presente en los diagnósticos diferenciales de abdominalgia.

90. Serie de tres casos de eritema nodoso en Pediatría: buscando la causa y aceptando lo idiopático. *Muñoz Hernández M, Díaz Sierra L, Suárez Abella M, García Guillabert M, Sánchez García I, Villa Álvarez M, Garrido García E, Fernández Montes R.* Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El eritema nodoso es una paniculitis septal sin vasculitis que se manifiesta como nódulos subcutáneos dolorosos, simétricos y bilaterales. Se deben realizar pruebas complementarias para descartar una causa subyacente (eritema nodoso secundario), incluyendo analítica sanguínea, test de estreptococo, radiografía de tórax y despistaje de tuberculosis. No obstante, frecuentemente la etiología es desconocida (eritema nodoso primario o idiopático).

Casos clínicos. Caso 1 (figura 1): Mujer de 10 años con lesiones en extremidades inferiores, predominantemente en región pretibial. Antecedente de sospecha de faringitis estreptocócica hacía diez días. Analítica sanguínea con PCR



Figura 1. Póster 90.

11 mg/dl, VSG 81 mm/h y ASLO 2.317 U/ml. Recibe tratamiento con AINEs y corticoterapia oral, con desaparición de los nódulos tras ocho semanas. Persistió hiperpigmentación residual durante dos meses.

Caso 2: Mujer de 6 años con lesiones pretibiales en ambas piernas. Destaca cultivo faríngeo positivo para SBHGA y analítica con PCR 18,1 mg/dl y VSG 120 mm/h. Recibe tratamiento con penicilina oral, AINEs y corticoterapia oral, con resolución en siete semanas.

Caso 3 (figuras 2 y 3): Mujer de 11 años con lesiones en muslos y glúteos, asociando febrícula. Pruebas complementarias normales salvo PCR 4,4 mg/dl. Excelente evolución con AINEs, con resolución en dos semanas.



Figura 2. Póster 90.



Figura 3. Póster 90.

Comentario. El eritema nodoso en pediatría es idiopático hasta en el 50% de los casos. De manera acorde a los casos analizados, su causa conocida más frecuente es la infección por SBGHA. La localización típica es la región pretibial. El tratamiento es sintomático y el pronóstico suele ser excelente, con resolución completa en 2-8 semanas sin dejar lesiones residuales.

91. Síndrome de Dietl como causa de dolor abdominal recurrente en la infancia: a propósito de dos casos. *Gutiérrez Porro X¹, Blanco González A¹, López Pérez E¹, Fernández Prieto A¹, Posadilla Suárez P¹, Arredondo Montero J².* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción. El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Urgencias Pediátricas y su diagnóstico diferencial incluye tanto causas comunes como otras menos habituales de origen no gastrointestinal. Entre estas se encuentra el síndrome de Dietl, caracterizado por episodios recurrentes de dolor abdominal, vómitos y afectación del estado general, secundarios a una obstrucción intermitente de la unión pieloureteral por un vaso polar aberrante. Su curso intermitente y la normalidad clínica entre crisis favorecen el infradiagnóstico o la confusión con dolor abdominal recurrente funcional.

Casos clínicos. **Caso 1:** Varón de 8 años con tres años de episodios de dolor abdominal recurrente y ausentismo escolar. Acudió por dolor abdominal intenso, hiporexia y vómitos. Presentó puñopercusión renal izquierda positiva. La ecografía mostró hidronefrosis izquierda por estenosis pieloureteral extrínseca secundaria a arteria polar inferior aberrante. La crisis se controló con analgesia y medidas posturales, y fue dado de alta con seguimiento para intervención quirúrgica programada.

Caso 2: Varón de 13 años con dos episodios agudos de dolor lumbar izquierdo y microhematuria tras ingesta hídrica abundante. La ecografía reveló hidronefrosis izquierda y la uro-TC confirmó una vena renal inferior izquierda aberrante como causa obstructiva. Fue derivado a Cirugía Pediátrica, realizándose pieloplastia desmembrada con evolución favorable y resolución clínica completa.

Comentarios. El síndrome de Dietl requiere un alto índice de sospecha clínica. Los episodios pueden desencadenarse por factores posturales o sobreingesta hídrica. La ecografía durante las crisis permite evidenciar hidronefrosis transitoria y orientar un diagnóstico precoz que evita complicaciones renales.

92. Síndrome de escaldadura estafilocócica: a propósito de un caso. *Bujedo Muñoz A, Marrón Alonso M, Obregón Asenjo M, Portillo Sainz L, Pérez Ortiz D, Dios Puebla M, Oquillas Ceballos A, Melgosa Peña M.* Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. El síndrome de escaldadura estafilocócica es una enfermedad rara, más frecuente en la edad pediátrica. Está producido por *Staphylococcus aureus* productor de toxinas exfoliativas, estas actúan sobre la desmogleína-1 desprendiendo la parte superior de la epidermis. El diagnós-

tico es clínico, siendo importante su identificación para un tratamiento precoz de la enfermedad.

Caso clínico. Varón de 5 años que acude a Urgencias por cuadro de exantema cutáneo y febrícula de 48 horas de evolución. Hasta hace tres semanas ha estado en tratamiento con cefadroxilo, mupirocina y ácido fusídico por impétigo con mala evolución. El exantema se describe como exantema eritematoso y rugoso, que se extiende por orejas, cuello, hombros, axilas, pliegue interglúteo, ingles y pliegue popliteo, con signo de Nikolsky positivo; doloroso a la palpación. Presenta lesiones erosivas en zonas de roce y extremidades, y una flictena en pantorrilla. Asocia ligero eritema y edema facial, y lesiones periorales, sin afectación de la mucosa oral. Hemograma, bioquímica y coagulación, son normales. Se decide el ingreso para antibioterapia intravenosa que cubra *S. aureus* resistente a metilicina (teicoplanina), y clindamicina por la producción de toxinas. Los resultados de los cultivos muestran un crecimiento de *S. aureus* sensible a clindamicina en el exudado cutáneo y nasal. Hemocultivo y exudado conjuntival sin crecimiento.

Comentarios. Ante un cuadro de eritrodermia es importante tener en cuenta el diagnóstico de escaldadura estafilocócica, diferenciándolo de otras entidades como el síndrome de Steven-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica. Con el diagnóstico y tratamiento tempranos la evolución suele ser muy buena.

cadena de polimerasa en exudado faríngeo: VHS-1, virus respiratorios y *Mycoplasma pneumoniae* indetectables. Evolutivamente presenta odinofagia y tos escasa, con radiografía de tórax normal. Febrícula en primeras 48 horas. Al 4º día de ingreso se constata en serología IgM e IgG positivas para *Mycoplasma pneumoniae*, iniciándose tratamiento con azitromicina oral. Las lesiones en mucosas persistieron 12 días.

Comentarios. La mucositis es una entidad frecuente en diferentes contextos, pero la implicación del *Mycoplasma* en su etiología es quizá menos conocida, sobre todo cuando no asocia exantema. La antibioterapia es controvertida. La lenta evolución a pesar del tratamiento, en este caso, hace pensar que este podría haber sido exclusivamente conservador.



Figura 1.
Póster 93.

93. Síndrome de Fuchs: una entidad poco frecuente, pero un patógeno conocido. *García Pereiro A, Montero Díaz N, Cabeza Antuña A, Fernández Miaja M, Murias Loza S, Alonso Álvarez MA.* Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Si bien *Mycoplasma pneumoniae* es una bacteria muy conocida, habitualmente asociada a infecciones respiratorias, existe un amplio espectro de manifestaciones extrapulmonares, principalmente mucocutáneas, que han adoptado diferentes terminologías, relacionadas con el eritema multiforme, o el síndrome de Stevens-Johnson. La presencia de mucositis en dos o más superficies, sin exantema asociado, caracteriza el denominado síndrome de Fuchs o también MIRM (*Mycoplasma-induced rash and mucositis*) sin rash.

Caso clínico (figuras 1, 2 y 3). Varón de 6 años con fiebre de 4 días de evolución (máximo 38,5°C), precedida por conjuntivitis purulenta y aftas orales dolorosas que impiden ingesta. No clínica respiratoria. Exploración física: buen estado general, mucositis oral con úlceras, úlcera aislada en glande y secreción uretral. No exantemas. Ingresos con suero-terapia y analgesia oral y tópica. Pruebas complementarias: 12,05 × 10³/μl leucocitos (65% neutrófilos), PCR: 3,3 mg/dl, VSG: 33 mm 1ª hora y PCT de 0,14 ng/ml. Reacción en



Figura 2.
Póster 93.



Figura 3.
Póster 93.

94. Síndrome de la piel escaldada estafilocócica en Pediatría: la importancia de un diagnóstico precoz. *Sierra Águila M, Martín Iranzo N, Carrasco Villanueva MJ, Haupt Arabia V, Alonso Quintela P, Andrés De Llano JM, Rodríguez Calleja J, Izquierdo Herrero E. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.*

Introducción. El síndrome de la piel escaldada estafilocócica (SPEE) es una afección cutánea causada por cepas de *S. aureus* que producen toxinas exfoliativas. Típicamente se presenta como un cuadro leve con nasofaringitis, conjuntivitis o impétigo, seguidos de fiebre, irritabilidad, y una eritrodermia difusa que evoluciona a la formación de ampollas. La piel se desprende en láminas, dejando una superficie que se seca y forma escamas.

Caso clínico. Niña de 3 años sin antecedentes de interés, bien vacunada, que acude a urgencias por lesión inicial ampollosa en dedo índice izquierdo y lesiones eritemato-descamativas progresivas en cuello, axilas, ingles, flexuras y zonas retroauriculares, con un decaimiento moderado. En la exploración se observó eritrodermia y descamación extensa, Nikolsky dudoso, labios fisurados con costra melicérica, eritema conjuntival y leve edema palpebral. Exudado ótico izquierdo purulento. Abdomen y auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Febrícula asociada. Ante la sospecha de SPEE con afectación general y extensión cutánea, se ingresó y se inició tratamiento con cloxacilina intravenosa, mupirocina tópica y aureomicina oftálmica. El cultivo del exudado ótico confirmó la presencia de *S. aureus*. Permanece ingresada durante 6 días, con evolución favorable, mejoría de las lesiones cutáneas y del estado general. Al alta, se continuó tratamiento con cloxacilina oral hasta completar un total de 10 días, con resolución completa de la sintomatología.

Comentarios. El SPEE es una entidad poco frecuente en nuestro medio. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, si bien los estudios microbiológicos pueden apoyarlo. El microorganismo se aísla en el foco de infección primaria, no en las lesiones. Es fundamental un diagnóstico y tratamiento precoces para evitar posibles complicaciones.

95. Síndrome de nevus azul en tetina de goma (blue rubber bleb nevus syndrome, BRBNS). *Sans Pérez L, Rondón Martínez CV, Musgo Balana P, Del Villar Guerra P, Arias Consuegra MA, Gautreaux Minaya SI, Blanco González A, Barja López JM. Hospital El Bierzo. Ponferrada, León.*

Introducción. El síndrome del nevus azul en tetina de goma es una entidad congénita infrecuente, caracterizada por la aparición de hemangiomas cavernosos cutáneos. Se acompaña de lesiones similares en otros órganos, principalmente en el tracto gastrointestinal, causantes de sangrados recurrentes y anemia crónica.

Caso clínico. Niña de 7 años diagnosticada de nevus azul desde los 3 años por presentar lesiones nodulares en extremidades inferiores, pies y manos, histológicamente descritas como malformaciones vasculares venosas. Se detectó anemia ferropénica corregida con ferroterapia. Se solicitó ecocardiograma y ecografía abdominal con resultados anodinos. La resonancia magnética (RM) de caderas mostró nódulos intramusculares bien delimitados en ambos miembros inferiores, hiperintensos en T2 con captación de contraste, compatibles con hemangiomas. La sangre oculta en heces y analíticas posteriores realizadas semestralmente fueron normales por lo que no se ha precisado endoscopia. A los 6 años, presentó dolor y cojera, observándose ligero aumento de tamaño, y nuevas lesiones en glúteo y región paravertebral en RM. Preciso ingreso por hemartros gonadal derecho que se resolvió con reposo; y una nueva RM mostró crecimiento de lesiones previas, y malformación vascular intraarticular en rodilla. Ante la aparición de sangrados recurrentes, se plantea inicio de tratamiento con sirolimus.

Comentarios. El síndrome de nevus azul una malformación vascular congénita rara, en su mayoría espontánea, aunque con estudios recientes de alteraciones en el cromosoma 9, que causa complicaciones hemorrágicas. Su diagnóstico y manejo es multidisciplinar. El sirolimus surge como una opción prometedora para controlar el sangrado y reducir las lesiones.

96. Síndrome de piel escaldada estafilocócica: revisión epidemiológica y clínica de 11 casos en el Hospital Universitario de Salamanca. *Izquierdo García I, Paino Roman M, Blanco Rodríguez P, Cebrián Soria P, García Sánchez M, Martín Galán E, González Calderón O, De La Calle Cabrera MT. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

Objetivos. Describir la epidemiología, la clínica y el tratamiento del síndrome de la piel escaldada estafilocócica (SPEE) en la población pediátrica de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional descriptivo realizado en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca, incluyendo pacientes diagnosticados de SPEE (agosto de 2017-agosto de 2025)

Resultados. Se identificaron 11 pacientes con SPEE, el 73% varones. La edad media al momento del diagnóstico fue $3,81 \pm 1,83$, mediana 4 años (rango 1-7). Más de la mitad

de los casos sucedieron en verano. Se observó una tendencia creciente de la incidencia en los últimos años, con una clara disminución en 2020-21. Clínicamente todos los pacientes presentaron eritema y descamación, mientras que solo el 36,4% presentó lesiones ampollosas y/o vesículas, y únicamente 3 pacientes presentaron Nikolsky positivo. El prurito fue el síntoma más frecuente (63,6%), seguido del dolor o la hipersensibilidad cutánea (54,5%). Se aisló *Staphylococcus aureus* en el 82% de los casos, con mayor frecuencia en cultivos periorificiales que en lesiones cutáneas. Todos los aislamientos fueron meticilin-sensible, aunque dos de ellos eran resistentes a clindamicina. El tratamiento consistió en cloxacilina y clindamicina intravenosas, salvo 2 niños que recibieron únicamente cloxacilina. La mediana de estancia hospitalaria fue de 5 días (rango 3-7); con evolución favorable en todos los pacientes.

Conclusiones. El SPEE debe considerarse en el diagnóstico diferencial de niños con eritema y dolor cutáneo, incluso en aquellos sin lesiones ampollosas ni signo de Nikolsky. Es fundamental realizar cultivos de pliegues y especialmente en zonas periorificiales.

97. Síntomas neurológicos de causa atípica. *Fernández Herrera MC, Vázquez Martín S, Escobar Fernández L, Utiel Monsalve E, Martín Pérez Barjola J, Galban De Marcos E, García González I, Fernández De La Mano S.* Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La sintomatología neurológica es un motivo de consulta frecuente en pediatría. Es fundamental conocer la semiología y signos de alarma para realizar las pruebas complementarias necesarias.

Casos clínicos (figuras 1 y 2). **Caso 1:** Paciente de 7 años, con antecedente de prematuridad de 26 SEG sin secuelas. Desarrollo psicomotor y ponderoestatural acorde. En contexto de gastroenteritis aguda febril presenta crisis recurrentes de semiología focal motora con parálisis de Todd que afecta al hemicuerpo izquierdo. En TAC craneal presenta tumoración extraaxial frontal derecha. EEG con actividad epileptiforme de predominio frontotemporal derecho. Se amplía estudio con resonancia magnética cerebral con hallazgos de lesión frontal derecha compatible con meningioma.

Caso 2: Paciente de 12 años, llegado a España hace 5 meses, derivado a Neuropediatría. Refieren dificultades de movilidad y temblor de extremidad superior izquierda desde los 6 meses, catalogado como parálisis braquial obstétrica. A los 7 años observan equinismo y tendencia adducta de pie izquierdo, mantenido actualmente. En la exploración física destaca en hemicuerpo izquierdo debilidad de predominio manual con dedos en cuello de cisne, temblor a la elevación

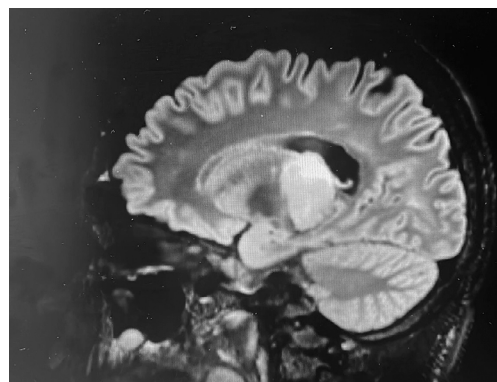


Figura 1.
Póster 97.

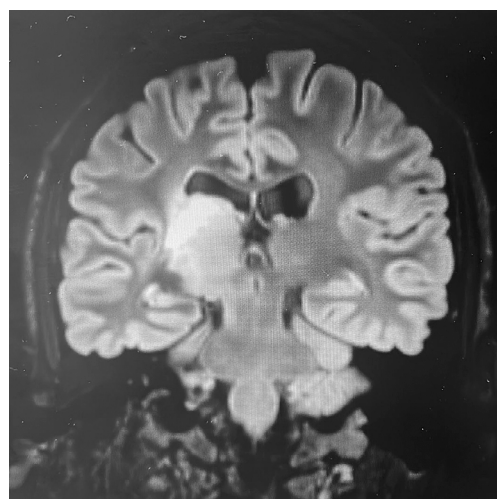


Figura 2.
Póster 97.

de extremidad superior, apoyo unipodal y maniobra dedonariz. Leve espasticidad de pronador y gemelo con retracción aquilea bilateral. ROT vivos con clonus agotable. Marcha hemiparética izquierda. Se solicita angio-resonancia con hallazgos de glioma talámico. Se realiza intervención quirúrgica para resección de la lesión. Resultados de anatomía patológica: glioma de bajo grado.

Conclusiones. Es fundamental la adecuada interpretación de hallazgos de pruebas de neuroimagen y la correlación con la clínica para realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento dirigido.

98. Sinusitis aguda causa infrecuente de síndrome compartimental ocular. *Musgo Balana P¹, Rondón Martínez CV¹, Rea Minango CM¹, Sans Pérez L¹, Peña Aizpuru L¹, Martín Pino S².* ¹Hospital El Bierzo. Ponferrada, León. ²Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción. El síndrome compartimental orbitario es una urgencia oftalmológica poco frecuente que exige un tratamiento precoz.

Caso clínico. Niño de 10 años que acude por dolor ocular izquierdo, exoftalmos con imposibilidad de apertura ocular, edema y eritema bpalpebral de 3 horas de evolución. Desde hace 48 horas presenta cuadro de otitis serosa izquierda en tratamiento con cefuroxima y prednisolona oral. Se solicita tomografía axial computarizada orbitaria (TAC) que reveló sinusitis maxilar y etmoidal izquierdas con solución de continuidad en la pared medial orbitaria, formación de absceso subperióstico medial y celulitis preseptal. En la exploración oftalmológica se observan: disminución de agudeza visual de ojo izquierdo, tensión intraocular de 27 mmHg, oftalmoplejía izquierda y fondo de ojo con papila izquierda de bordes mal definidos, junto con edema de papila en la tomografía coherencia óptica (OCT). Ante la sospecha de un síndrome compartimental secundario a celulitis orbitaria se realizan cantotomía y cantólisis inferior emergentes, con descompresión efectiva y drenaje quirúrgico urgente. Recibió tratamiento inicial empírico con cefotaxima y vancomicina intravenosos. Ante resultado del cultivo del material drenado positivo a *Streptococcus anginosus*, *Serratia marcescens*, *Prevotella loescheii* y *Prevotella buccae*, se modifica el tratamiento a ciprofloxacino y clindamicina con buena evolución.

Comentarios. La extensión periorbitaria de una infección del seno etmoidal es una causa habitual de celulitis orbitarias y abscesos subperiósticos. Generalmente presenta una evolución favorable. No obstante, resulta imprescindible reconocer precozmente los signos y síntomas de compresión orbitaria y actuar en consecuencia debido a la gran morbilidad que asocia.

99. Sospecha de trimetilaminuria en Pediatría: a propósito de un caso. Valdés Rodríguez D¹, Robles Álvarez I², Navas Méndez De Andrés F¹, Pulache Chavez HD¹, Pérez Suárez I¹, González Guerrero C¹, Alejos Antoñanzas M¹, Ana Gloria AA¹. ¹Hospital Universitario de León. ³Centro de Salud La Palomera. León.

Introducción. La trimetilaminuria (TMAU), también conocida como síndrome del olor a pescado, es un trastorno metabólico muy poco frecuente causado por la deficiencia de la enzima FMO3, encargada de metabolizar la trimetilamina. Esta se acumula y se elimina por sudor, orina y aliento, generando un olor característico. Su diagnóstico es clínico y se confirma mediante test de sobrecarga con análisis de TMA y TMANO en orina.

Caso clínico. Niño de 2 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, derivado a consulta por episodios repetidos de olor corporal a pescado tras la ingesta de sepia o pescados blancos. El olor afecta sobre todo al cuero cabe-

lludo y, ocasionalmente, a la orina. No se asocia a fiebre ni a cambios de coloración urinaria. Desarrollo psicomotor normal. Exploración física normal, sin lesiones cutáneas ni hallazgos sistémicos; en consulta no se detecta olor evidente. Ante la sospecha de TMAU se solicita cuantificación de TMA y TMANO en orina antes y después de sobrecarga oral con pescado, con revisión en 3-4 meses. En la analítica básica solo se objetiva una TSH discretamente elevada (4,48 μ UI/ml), sin relevancia clínica. Se descartan alteraciones hepatorrenales o metabólicas mediante sistemático de orina y bioquímica básica.

Comentario. La trimetilaminuria debe considerarse en pediatría ante la aparición intermitente de olor corporal a pescado sin causa infecciosa, especialmente tras la ingesta de pescados blancos. Aunque se trata de un trastorno benigno, puede tener implicaciones psicológicas y sociales relevantes si no se identifica. Este caso muestra una presentación precoz, bien tolerada, sin repercusión sistémica, que justifica estudio metabólico específico.

100. Terapia de vacío para cierre por segunda intención es desgarro anal de causa traumática. Hortelano Romero E, Crehuet Gramatyka D, Calvo Penin C, Olarte Ingaroca S, Villarreal B, Enríquez Zarabozo E, Álvarez Muñoz V, Vega Mata N. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El desgarro y avulsión de la región anorrectal es una patología muy infrecuente en los accidentes con vehículos. El tratamiento ideal de estas lesiones consiste en la reconstrucción anatómica y el cierre directo de la herida.

Caso clínico. Varón de 7 años atropellado por vehículo agrícola derivado inestable hemodinámicamente, es trasladado a UCIP donde precisa de estabilización y transfusión de hemoderivados realizando TC que muestra lesiones en múltiples órganos y avulsión de la región anorrectal con ano desinserto y con profunda afectación de recto y musculatura esfinteriana (afectando al 60% del esfínter anal). Tras cirugía de control de daños con colostomía de protección y reconstrucción anorrectal el paciente presenta al décimo postoperatorio dehiscencia e infección de la herida quirúrgica realizándose reconstrucción parcial junto colocación de VAC (cierre asistido por vacío) para cierre por segunda intención. Posteriormente se precisa de hasta 4 intervenciones más en quirófano para desbridamiento y colocación de nuevos dispositivos VAC, pudiendo realizar cierre directo al trigésimoquinto día postoperatorio. A la semana de realizar cierre directo el paciente es dado de alta con colostomía de protección para cicatrización de los tejidos y realizar reconstrucción del tránsito a los 6 meses desde la cirugía de control de daños. Tras

realizar reconstrucción con buena evolución postoperatoria el paciente actualmente se encuentra con continencia parcial y realizando rehabilitación

Comentarios. Cuando el cierre directo de estas heridas no es posible o surgen complicaciones de este el VAC surge como una opción solvente y con buenos resultados tanto funcionales como estéticos.

101. Torsión de quiste tubárico. *Calvo Penín C, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca SE, Villarreal Molina BM, Enríquez Zarabozo EM, Crehuet Gramatyka D, Gómez Farpón A, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Los quistes tubáricos son poco comunes (menos del 10% de las masas anexiales) y generalmente asintomáticos. Si bien su torsión es infrecuente, puede afectar al ligamento infundíbulo-pélvico y ovario ipsilateral.

Caso clínico. Mujer de 13 años sin antecedentes de interés. Consulta por dolor hipogástrico y vómitos de 48 horas de evolución. Fecha de última regla 17 días antes de la aparición del dolor. El abdomen era blando, doloroso en hipogastrio con defensa, aunque sin peritonismo ni masas palpables. La ecografía inicial describió una lesión quística de 85 × 82 × 91 mm anterior y craneal a la vejiga, con útero y anejos aparentemente normales. Por persistencia de la clínica, se realizó nueva ecografía en la que se demostró un ovario derecho aumentado de tamaño (22 cc) sin vascularización y persistencia de la lesión quística previamente descrita. Con sospecha de torsión ovárica derecha se realizó laparoscopia exploradora evidenciando una torsión de ovario y trompa derechos, que se detorsionaron, y una tumoración quística serohemorrágica de gran tamaño en pelvis. Por su dudoso aspecto e imposibilidad de exteriorizarla vía laparoscópica, se reconvirtió a cirugía abierta. Se evidenció un quiste tubárico distal derecho con mal aspecto de la trompa, realizándose salpinguectomía derecha con preservación ovárica.

Conclusión. La causa de la torsión anexial puede ser multifactorial. Aunque la torsión e infarto de la trompa son raros, debe considerarse como diagnóstico diferencial de abdomen agudo en mujeres en edad reproductiva. La intervención quirúrgica temprana puede permitir la preservación de la trompa de Falopio y proteger la futura fertilidad.

102. Tos crónica como primera manifestación de una inmunodeficiencia común variable. *González Guerrero C, Posadilla Suárez P, Pulache Chavez H, Navas Méndez De Andrés F, Pérez Suárez I, Andrés Andrés AG, Rodríguez Del Corral C, Fuentes Martínez S. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Introducción. La inmunodeficiencia común variable (IDCV) es una inmunodeficiencia primaria caracterizada por hipogammaglobulinemia, déficit de producción de anticuerpos y susceptibilidad aumentada a infecciones. Su presentación es heterogénea y el retraso diagnóstico frecuente, lo que condiciona complicaciones irreversibles como bronquiectasias o enfermedad pulmonar intersticial. La identificación precoz en edad pediátrica permite modificar su curso clínico.

Caso clínico. Niña de 13 años sin antecedentes relevantes que consultó por tos crónica de varios meses de evolución. En el estudio inicial, la radiografía torácica inicial mostró lesiones compatibles con bronquiectasias y la analítica evidenció hipogammaglobulinemia (IgG 96 mg/dl, IgA 7 mg/dl). Se amplió el estudio inmunológico con descenso de linfocitos B CD19 y niveles bajos de todas las inmunoglobulinas, compatible con IDCV. El TACAR reveló múltiples nódulos bilaterales y adenopatías mediastínicas, con sospecha inicial de Enfermedad Pulmonar Intersticial Linfocítica Granulomatosa (GLILD). El estudio broncoscópico fue no concluyente. Se inició tratamiento sustitutivo con inmunoglobulina subcutánea mensual, con buena tolerancia y desaparición de la clínica respiratoria. Actualmente se encuentra asintomática y en seguimiento por Inmunología y Neumología.

Comentarios. La IDCV debe sospecharse ante infecciones respiratorias de repetición o síntomas persistentes como tos crónica. Aunque la tos crónica en la infancia se asocia habitualmente a infecciones respiratorias recurrentes, puede ser la forma de presentación de enfermedades sistémicas. Este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha y de un abordaje multidisciplinar y coordinado entre Atención Primaria y especializada

103. Tumefacción en saco lagrimal. *Paíno Román M, Izquierdo García I, Cebrian Soria P, Blanco Rodríguez P, González Fernández I, Martín Galán E, González González MM, López Ávila FJ. Hospital Universitario de Salamanca.*

Introducción. La dacriocistitis es una infección aguda del saco lagrimal, habitualmente por *Staphylococcus aureus*, y generalmente secundaria a obstrucción congénita del conducto nasolagrimal. Más frecuente en lactantes, se presenta con enrojecimiento, edema, dolor en el canto medial, epífora y secreción purulenta. En ocasiones, progresa a celulitis preseptal, absceso o fístula lagrimal.

Caso clínico. Lactante de 3 meses que presenta persistencia de secreción ocular e inflamación orbicular derecha tras 20 días de tratamiento con tobramicina colirio. Ingresó con el diagnóstico de dacriocistitis aguda para tratamiento con amoxicilina-clavulánico intravenoso y Oftalmowell colirio,

que posteriormente se cambia por FML y Tobrex. Progresivamente, la inflamación se localiza en zona lagrimal, y se etiqueta como celulitis preseptal con absceso lacrimal. Ante evolución tórpida, se cambia la antibioterapia por vancomicina intravenosa con dosis ajustada por niveles plasmáticos, cefotaxima intravenosa y metilprednisolona intravenosa. Esto se mantienen 1 semana. Ante la evolución favorable y afebril, se mantiene actitud conservadora y se decide el alta, tras 11 días de tratamiento intravenoso, con Amoxicilina-clavulánico oral y seguimiento ambulatorio en Oftalmología.

Comentarios/Conclusiones. Las dacriocistitis son más frecuentes en lactantes por obstrucción congénita del saco lagrimal. Su diagnóstico de sospecha se basa en la aparición de signos inflamatorios en la zona. Su tratamiento se basa en antibioterapia, reservando la vía sistémica para casos con complicaciones y las técnicas invasivas si esta fracasa.



Figura 1.
Póster 104.

104. Tumefacción mamaria, ¿ingreso o alta? Descripción de un caso de mastitis neonatal. De Juan Vázquez D, Álvarez Blanco E, Segovia López S, López-Negrete Cueto E, Puente Fuente P, Aparicio Casares H. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias.

Introducción. La ingurgitación mamaria es frecuente en los primeros meses de vida. Aunque es un hallazgo fisiológico transitorio, es importante realizar un diagnóstico diferencial con la infección de la glándula mamaria del recién nacido, la mastitis neonatal.

Caso clínico. Varón de 10 días de vida que acude a urgencias por inflamación y enrojecimiento de la mama izquierda desde 24 horas antes. Gestación a término y parto sin incidencias de interés ni datos de riesgo infeccioso. A la exploración, la mama izquierda está edematosa y eritematosa, palpándose una colección de 2-3 cm de diámetro no adherida a planos profundos (figuras 1 y 2). El paciente no presenta otras alteraciones y muestra buen estado general. Ante sospecha de mastitis izquierda se decide ingreso para tratamiento intravenoso y observación. En analítica sanguínea presenta PCR 8,2 mg/L y PCT 0,07 ng/ml. Se inicia antibioterapia intravenosa con cloxacilina y gentamicina. Ecografía a las 24 horas del ingreso compatible con mastitis con cambios flemonosos sin hallazgos sugestivos de absceso definido. Hemocultivo realizado es negativo. Durante ingreso, presenta disminución progresiva de signos inflamatorios que permiten tras cinco días alta hospitalaria con secuenciación



Figura 2.
Póster 104.

a antibioterapia oral con cefadroxilo, pautándose este 5 días más. Seguimiento por su pediatra sin incidencias.

Comentarios. Ante sospecha de mastitis neonatal, debe realizarse ingreso hospitalario para inicio de antibioterapia intravenosa y vigilancia, ante la posibilidad de complicaciones que pueden evolucionar a infecciones sistémicas o presentar complicaciones quirúrgicas. Al deberse a la invasión a través del pezón de bacterias de mucosas o cutáneas, inicialmente deben cubrirse *Staphylococcus aureus* y bacterias Gram negativas.