

Comunicaciones Orales

REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SCCALP. ÁVILA, ABRIL 2026

Viernes 17 de abril • Sala Auditorio

Que no engañe la edad: a raíz de un caso de angor. *Álvarez Menéndez L¹, De la Iglesia Rivaya A¹, Miguens Iglesias P², Segovia López S¹, De Juan Vázquez D¹, Puente Fuente P¹, González Calvete L¹.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias. ²Servicio de Pediatría. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres, Asturias.

Introducción. Niña de 12 años de edad acude a Urgencias refiriendo varios episodios de dolor centrotorácico opresivo, acompañados de síntomas vagales sin síncope, de unos segundos a pocos minutos de duración, sin relación con actividad física.

Caso clínico. Como antecedentes: lupus eritematoso sistémico de diagnóstico reciente (clínica cutánea y presencia de autoanticuerpos) e hipotiroidismo autoinmune, tratado con levotiroxina. Por error de farmacia, tomaba una dosis cuatro veces mayor a la indicada. Presenta exploración física normal. Electrocardiograma y radiografía torácica sin alteraciones; en analítica, TSH disminuida con ligera elevación de hormonas tiroideas. Ingresa para observación. Sufre cinco episodios similares, en reposo, en las siguientes 48 horas. Electrocardiogramas coincidiendo con el final de los episodios (debido a su brevedad) sin alteraciones. Entre episodios, se mantiene asintomática. Al quinto episodio, en electrocardiograma se aprecia alteración de la repolarización en derivaciones V2 y V3, previamente ausente. Se solicitan troponinas sanguíneas, con elevación hasta 44,2 ng/mL. Bajo sospecha de vasoespasmismo en relación con tirotoxicosis se deriva a UCI Pediátrica. Se realiza ecocardiografía, hallándose imagen compatible con aneurisma coronario. En TC coronaria se encuentra una

oclusión total de arteria coronaria descendente anterior, con circulación colateral. Ello modifica el enfoque diagnóstico, orientándose a infarto agudo de miocardio probablemente secundario a síndrome antifosfolípídico, teniendo en cuenta antecedentes reumatológicos. Se realiza *bypass* coronario, con recuperación completa. Al alta, seguimiento en Cardiología y Reumatología. Evolución favorable.

Comentarios. Por la infrecuencia de ciertas patologías (infarto de miocardio) en edad pediátrica, a menudo el diagnóstico se retrasa. Los antecedentes deben orientar siempre a descartar patología grave.

Síncope atípico como indicio de arritmia potencialmente mortal. *Díaz Puebla ME¹, Ruiz Araus A¹, Torres Mariño C², Barbadillo Izquierdo F³, Bujedo Muñoz A¹, Portillo Sanz L¹, Marrón Alonso M¹, Tejero Pastor L¹.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cardiología Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ³Servicio de Pediatría. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero, Burgos.

Introducción. Las taquicardias ventriculares son arritmias potencialmente graves. Pueden ser idiopáticas, asociadas a cardiopatías estructurales o a canalopatías hereditarias. Su aparición clínica varía desde palpitaciones hasta muerte súbita.

Caso clínico. Varón de 8 años, sin antecedentes familiares de muerte súbita ni cardiopatía, remitido a consultas de cardiología infantil por tres episodios recientes de pérdida brusca de conciencia, con ausencia de pródromos. Los episodios ocurrían durante la actividad física recreativa y asociaban cefalea. Pérdida de conocimiento de menos de 1 minuto, con cierta rigidez generalizada y recuperación espon-

tánea. Exploración física y constantes normales. Se completa estudio con analítica sanguínea, electrocardiograma basal y ecocardiograma normales; Sin embargo, en la ergometría, coincidiendo con la taquicardización, aparecen extrasístoles ventriculares aislados, progresando a bigeminismo, dobletes, tripletes y finalmente, entrando en taquicardia ventricular, motivo de detener la prueba. Los extrasístoles desaparecen progresivamente al disminuir la frecuencia cardíaca. En Holter 24 horas se observan extrasístoles ventriculares de morfología de bloqueo completo de rama izquierda coincidiendo con episodios de taquicardia. Ante sospecha de taquicardia ventricular catecolaminérgica se deriva a centro de referencia; La resonancia magnética cardíaca es normal y estudio genético pendiente. Actualmente en tratamiento con nadolol y flecainida.

Comentarios. Ante síncope atípico en la infancia debe descartarse causa cardiológica potencialmente grave. La prueba de esfuerzo es un pilar fundamental en la evaluación del síncope con posible origen arritmogénico. La aparición o el empeoramiento de arritmias ventriculares con el esfuerzo se asocia a peor pronóstico y requiere un abordaje diagnóstico y terapéutico precoz.

Abrir caminos a tiempo: revisión de casos de atresia pulmonar con septo íntegro en nuestro centro en los últimos 15 años. *Bujedo Muñoz A, Oquillas Ceballos A, Pérez Ortiz D, Portillo Sanz L, Díos Puebla ME, Marrón Alonso M, Saiz Ortega V, Pérez Santaolalla E. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La atresia pulmonar con septo íntegro (APSI) es una cardiopatía congénita cianótica caracterizada por ausencia de flujo anterógrado a través de la válvula pulmonar, sin comunicación interventricular, por lo que el flujo pulmonar depende de la permeabilidad del ductus. El diagnóstico precoz es determinante para iniciar medidas de estabilización y terapéuticas. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de los últimos 15 años de pacientes con APSI en nuestro centro, mediante revisión de historias clínicas.

Casos clínicos. Se obtuvieron 4 pacientes. Dos contaban con diagnóstico prenatal mediante ecocardiografía fetal, permitiendo planificar el manejo inmediato tras el nacimiento. Los otros dos fueron identificados en las primeras horas de vida con cianosis central como signo guía. En todos ellos se observó desaturación pre y postductal inferior al 80%, test de hiperoxia negativo y confirmación diagnóstica mediante ecocardiografía. Se estabilizaron, administrando prostaglandinas para mantener la permeabilidad del ductus. Todos presentaron anatomía ventricular favorable (tripartito), y se realizó

tratamiento intervencionista consistente en valvuloplastia percutánea, consiguiendo reparación biventricular. La evolución fue favorable a nivel hemodinámico, con seguimiento por cardiología pediátrica. Actualmente todos los pacientes se encuentran en situación biventricular y asintomáticos desde el punto de vista cardiológico.

Comentario. Esta serie subraya el valor del diagnóstico precoz y del cribado neonatal mediante pulsioximetría. La coordinación y el seguimiento especializado resultan esenciales para mejorar el pronóstico a largo plazo. La valvuloplastia percutánea para restablecer el flujo anterógrado y favorecer el crecimiento del ventrículo derecho, constituye una opción eficaz que puede evitar cirugía temprana, con buenos resultados.

Cuando no todo es viral: enfermedad de Kawasaki tras serologías engañosas. *García González I, Gómez Mendiña J, Galbán de Marcos E, Sánchez Mengíbar H, Redondo Aparicio S, Molero Jaén J, Garrote Molpeceres R, Alfaro González M. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica aguda de etiología desconocida. Constituye la principal causa de cardiopatía adquirida pediátrica. Su diagnóstico es clínico y puede dificultarse por coexistencia de infecciones virales. La identificación precoz es esencial para iniciar tratamiento inmunomodulador y prevenir afectación coronaria.

Caso clínico. Paciente de 23 meses, previamente sana, que consultó por fiebre persistente de cinco días, exantema maculoeritematoso generalizado, conjuntivitis bilateral no exudativa, queilitis con labios secos fisurados y adenopatía laterocervical. En la valoración inicial se objetivó hipertransaminasemia y panel viral positivo para adenovirus. Ante la persistencia de fiebre, empeoramiento clínico y serología positiva para sarampión, ingresó para estudio. La analítica mostró leucocitosis, elevación significativa de reactantes de fase aguda y NT-proBNP, hiponatremia, anemia normocítica, e hipertransaminasemia. El sistemático de orina evidenció piuria estéril. La PCR para sarampión en exudado faríngeo y orina fue negativa, confirmando falso positivo serológico. Ante la sospecha de EK se realizó ecocardiograma que descartó afectación coronaria inicial. Se administró inmunoglobulina intravenosa (2 g/kg) y ácido acetilsalicílico a dosis antiinflamatorias, posteriormente a dosis antiagregantes. La paciente presentó recurrencia febril y criterios de alto riesgo, precisando segunda dosis de inmunoglobulina y bolos de metilprednisolona durante tres días. Evolucionó favorablemente, con resolución de

las manifestaciones mucocutáneas y trombocitosis reactiva en fase subaguda, decidiéndose alta con seguimiento por Cardiología e Inmuno-Reumatología Pediátrica.

Comentarios. Este caso destaca la complejidad diagnóstica de la EK en presencia de viriasis concomitantes y subraya la importancia de un diagnóstico diferencial riguroso que permita instaurar tratamiento precoz y evitar complicaciones coronarias.

Cuando la cava se equivoca de aurícula: comunicación interauricular tipo seno venoso superior con cortocircuito derecha-izquierda en un recién nacido. *Marrero Calvo M, Jiménez Saucedo M, Pérez Benito M, Ruiz-Ayúcar de la Vega I, Expósito de Mena H, Gutiérrez Moreno M, Rupérez Peña S, Jiménez Martín A.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

Introducción. La comunicación interauricular (CIA) tipo seno venoso superior es una cardiopatía congénita poco frecuente, habitualmente asociada a drenaje venoso pulmonar anómalo parcial (DVPAP), con mayor frecuencia de la vena pulmonar superior derecha hacia la vena cava superior o la aurícula derecha. En la mayoría de las CIA el cortocircuito es izquierda-derecha debido a la mayor presión auricular izquierda. Presentamos un caso neonatal con fisiología atípica, con paso predominante de sangre desde la vena cava superior hacia la aurícula izquierda a través del defecto interauricular.

Caso clínico. Recién nacido a término, sin antecedentes gestacionales ni familiares de interés, en quien se detecta un soplo cardíaco en la exploración neonatal. El paciente se encontraba clínicamente estable y sin desaturación. El ecocardiograma mostró una CIA tipo seno venoso superior asociada a sospecha de drenaje venoso pulmonar anómalo parcial. No se logró identificar con claridad el drenaje de la vena pulmonar superior derecha. De forma llamativa, el estudio *doppler* evidenció paso predominante de flujo desde la vena cava superior a través del defecto interauricular hacia la aurícula izquierda, configurando un cortocircuito derecha-izquierda, sin repercusión clínica ni hipoxemia en el periodo neonatal.

Comentarios. Las CIA tipo seno venoso superior deben hacer sospechar la presencia de drenaje venoso pulmonar anómalo parcial asociado. La evaluación detallada mediante ecocardiografía es clave para caracterizar la anatomía venosa pulmonar. Este caso ilustra una presentación hemodinámica poco habitual, con cortocircuito derecha-izquierda predominante sin desaturación clínica, lo que subraya la complejidad anatómica y fisiológica de estas cardiopatías y la importancia de un seguimiento y estudio anatómico completo.

Rendimiento de modelos de lenguaje multimodales en la identificación de alimentos aptos para una dieta sin gluten: estudio preliminar. *López-Negrete Cueto E, Puente Fuente P, de la Iglesia Rivaya A, Molinos Norriella C, González Benavides A, González-Lamuño Sanchís C, Álvarez Blanco E, Pérez Solís D.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias.

Objetivos. Evaluar la capacidad discriminativa de distintos modelos de lenguaje multimodales (MLLM) para clasificar alimentos como aptos o no para una dieta sin gluten (DSG) a partir de fotografías de etiquetas nutricionales y listas de ingredientes.

Material y métodos. Estudio observacional, transversal, de validación diagnóstica. Se seleccionaron productos alimentarios comerciales (n= 212). Se fotografió la etiqueta completa de cada producto. Cada alimento fue clasificado como apto o no apto para DSG de manera independiente por dos expertos (101 aptos, 111 no aptos). Se evaluó el MLLM más ligero disponible y el considerado estándar de tres compañías diferentes (OpenAI, Google y Mistral). Las imágenes se enviaron junto a *prompts* estandarizados de forma automatizada a través de las interfaces de programación de aplicaciones de cada servicio. Se solicitó como salida la clasificación final y los motivos de su decisión. Se calculó la precisión global y la concordancia entre modelos mediante Kappa de Cohen.

Resultados. La precisión encontrada fue de 92,9% para GPT-5.2 vs. 91,0% GPT-5-Nano (p= 0,34), 92,5% Gemini-2.5-Flash vs. 86,8% Gemini-2.5-Flash-Lite (p= 0,04) y 91,5% para Mistral-Small vs. 70,3% Minstral-3 (p< 0,001). La concordancia de los modelos estándar frente a los ligeros fue casi perfecta para GPT (Kappa= 0,906, IC95%: 0,840-0,962), menor para Gemini (Kappa= 0,736, IC95%: 0,640-0,821) y mala para Mistral (Kappa= 0,375, IC95%: 0,276-0,474).

Conclusiones. La capacidad computacional influye significativamente en el rendimiento de algunos MLLM para seleccionar alimentos para una DSG. Existe margen de mejora a través de la ingeniería de *prompts* y de contexto, así como con el uso de MLLM aún más potentes.

Disfunción hepática persistente en un adolescente con colitis ulcerosa: más allá de la enfermedad inflamatoria intestinal. *García González I, Martín-Pérez Barjola J, Moriana Río N, Fraile Manzano MI, Romero del Hombrebueno Gómez del Pulgar Y, Maté Real Á, Alfaro González M, Alonso López P.* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La colangitis esclerosante autoinmune (CEA) es una enfermedad colestásica crónica caracterizada por inflamación y fibrosis progresiva de la vía biliar. Presenta baja incidencia en pediatría, siendo más frecuente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Su diagnóstico supone un reto clínico y requiere alto índice de sospecha ante disfunción hepática persistente.

Caso clínico. Paciente de 13 años en seguimiento por Gastroenterología Pediátrica por colitis ulcerosa tratada con mesalazina e hipertransaminasemia persistente, sin colestasis previa. Ingresó por abdominalgia de 10 días, hiporexia, pérdida ponderal, ictericia, ritmo deposicional aumentado y vómitos intermitentes. A la exploración destacaba ictericia intensa, defensa hipocondrial derecha con Murphy positivo. Panel viral positivo para gripe A. La analítica mostró leucocitosis, coagulopatía, hipertransaminasemia, hiperbilirrubinemia directa y elevación de gammaglutamiltransferasa, fosfatasa alcalina y reactantes de fase aguda. Serologías negativas. Calprotectina fecal elevada. Presentaba anticuerpos C-ANCA, Anti-Mieloperoxidasa y Anti-Proteína 3. La ecografía sugirió colangiopancreatitis alitiásica, hallándose en la biopsia hepática hepatitis portal con colestasis perivenular, proliferación ductular e inicio de fibrosis portal, hallazgos compatibles con CEA. Evolucionó favorablemente, decidiéndose alta con seguimiento en Gastroenterología, corticoterapia oral a dosis máximas y azatioprina. La colangiorresonancia manifestó irregularidad de vía biliar intrahepática sugerente de CEA y ante corticorrefractoriedad, se realizó avance terapéutico a ácido ursodesoxicólico e infliximab.

Comentarios. La CEA puede evolucionar hacia complicaciones como cirrosis, insuficiencia hepática y colangiocarcinoma. El diagnóstico diferencial incluye hepatitis autoinmune, síndrome de solapamiento o colangitis secundaria a infecciones o fármacos. Este caso resalta la importancia de seguimiento hepatobiliar estrecho en pacientes con EII para prevenir complicaciones a largo plazo.

Rechazo de la marcha en niños con trastorno del espectro autista y déficit nutricional. *Cimadevilla Fernández R, García Pereiro A, Salcedo Fresneda O, Menéndez Arias C.* Área de Gestión Clínica de la Infancia y la Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

Introducción. El déficit nutricional es común entre niños con trastorno del espectro autista (TEA) con dieta restrictiva. Puede no manifestarse de forma característica, confundiéndose con otras patologías.

Caso clínico. Niño de 5 años que consulta por rechazo de la marcha e imposibilidad para la bipedestación de tres semanas de evolución. Antecedentes: TEA grado III con nula

ingesta de fruta y verdura desde los 14 meses. En la exploración presenta hipertrofia gingival con gingivorragia, actitud espontánea en flexo parcial de caderas y rodillas, limitación de la extensión de cadera y rodilla derechas y de la rotación externa de cadera derecha. Se realiza analítica (hemoglobina 9,3 g/dL, proteína C reactiva 0,1 mg/dL, velocidad de sedimentación globular 28 mm), radiografía de extremidades inferiores y ecografía informadas inicialmente como normales. Se realiza gammagrafía donde se aprecia posible osteomielitis aguda. Se inicia tratamiento con cefazolina intravenosa hasta realización de resonancia magnética, descartando osteomielitis. Ante la clínica descrita y la dieta extremadamente restrictiva, se sospecha déficit nutricional (escorbuto). Revisando nuevamente las radiografías se observan hallazgos compatibles con escorbuto. Tras extracción de perfil nutricional, se inicia tratamiento con ácido ascórbico oral, mejorando los síntomas. Previo al alta, se reciben resultados analíticos: vitamina C < 0,10 mg/dL. Al alta, tras 11 días de tratamiento, consigue deambulación.

Comentarios. El escorbuto es causa infrecuente de cojera infantil en países desarrollados, pero debe considerarse ante dolor osteoarticular, afectación gingival y dieta restrictiva en pacientes neurológicos. Una correcta anamnesis orientada al estado nutricional puede evitar estudios innecesarios, facilitando un diagnóstico precoz con tratamiento eficaz.

Estreñimiento refractario. ¿Qué hay detrás? *Bernardo García C, Castro García-Montesinos MT, Álvarez Torío C, Palacios Sánchez M, Llorente Pelayo S, García Calatayud S.* Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.

Introducción. El estreñimiento es un motivo de consulta frecuente en pediatría y, en la mayoría de casos, de etiología funcional. Esta elevada prevalencia puede favorecer la infravaloración del síntoma cuando no se acompaña de signos de alarma digestivos clásicos. Sin embargo, el estreñimiento persistente, refractario o asociado a disfunción esfinteriana debe hacer sospechar patología orgánica subyacente.

Caso clínico. Adolescente de 15 años remitida a consultas de Digestivo por estreñimiento de inicio en noviembre de 2019, sin otra clínica asociada. El estudio inicial incluyó analítica general, autoinmunidad (despistaje de celiaquía y enfermedad inflamatoria intestinal) y pruebas de alergia alimentaria, sin hallazgos patológicos. Varias ecografías abdominales fueron normales. A pesar de tratamiento con laxantes orales, el estreñimiento fue refractario, precisando ingreso hospitalario para desimpactación con enemas. Durante la evolución apareció retención urinaria. Ante persistencia del cuadro se realizó resonancia magnética craneomedular, objetivándose pequeños focos de hiperseñal T2 en cordón

cervical. Se administró metilprednisolona intravenosa y pauta descendente de corticoides, con resolución radiológica posterior sin correlato clínico. La paciente mantuvo retención fecal y urinaria crónicas, requiriendo irrigación transanal y sondaje vesical intermitente. Se realizaron múltiples abordajes terapéuticos (electroestimulación, tratamiento farmacológico y neuroestimulación sacra bilateral) sin respuesta significativa. Fue valorada en centros de referencia nacionales, planteándose diagnósticos funcionales y, posteriormente, de mielopatía sacra. Pendiente estudio con gammagrafía ósea ante la posibilidad de distrofia simpático refleja atípica.

Comentarios. El estreñimiento en pediatría no debe considerarse siempre funcional. La falta de respuesta al tratamiento y la asociación con disfunción urinaria deben alertar sobre posible patología orgánica subyacente.

Linfadenitis mesentérica: 24 años de experiencia hospitalaria. *Sierra Águila M, Izquierdo Herrero E, Martín Iranzo N, Carrasco Villanueva MJ, Haupt Arabia V, Rodríguez Calleja J, Alonso Quintela P, Andrés de Llano JM. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.*

Introducción. La linfadenitis mesentérica es una causa frecuente de dolor abdominal en pediatría y forma parte del diagnóstico diferencial del abdomen agudo. Generalmente es un proceso inflamatorio benigno y autolimitado, asociado a infecciones. Sin embargo, en ocasiones requiere el ingreso hospitalario para control del dolor y diagnóstico diferencial. En las últimas décadas, la generalización de la ecografía abdominal y la mejora en los algoritmos diagnósticos del abdomen agudo pediátrico podrían haber modificado el manejo de esta entidad. El objetivo de este estudio es analizar las características clínicas de los pacientes pediátricos hospitalizados por linfadenitis mesentérica y evaluar la evolución temporal de los ingresos durante un periodo de 24 años.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de pacientes menores de 14 años ingresados con diagnóstico de linfadenitis mesentérica entre 2001-2024. Se analizaron variables demográficas, estancia hospitalaria y tendencia temporal de los ingresos mediante regresión loglineal de Joinpoint.

Resultados. Se identificaron 342 ingresos por linfadenitis mesentérica en el período estudiado (52% varones, 48% mujeres. La edad media fue 7,9 años (DE 3,56) y la estancia hospitalaria media 2,3 días (DE 1,69). Un 69% residían en medio urbano El análisis de tendencia mostró una disminución significativa y sostenida de los ingresos, con un porcentaje anual de cambio de -5,9% ($p < 0,001$).

Conclusiones. Nuestros resultados evidencian una reducción progresiva de los ingresos por linfadenitis mesentérica

en las últimas dos décadas, probablemente relacionado con la mejora en el diagnóstico ecográfico y una mayor tendencia al manejo ambulatorio. Este hallazgo refleja un cambio en la práctica clínica y apoya estrategias de manejo conservador en pacientes pediátricos seleccionados.

Uso de sal común en el tratamiento del granuloma periestomal en pacientes con gastrostomías. *Expósito de Mena H, Ruiz-Ayúcar de la Vega I, Pérez Benito M, Jiménez Saucedo MP, Rubio Rodríguez F, Jiménez Martín AM, Rupérez Peña SM, de Pedro del Valle S. Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.*

Introducción. El granuloma periestomal es una de las complicaciones más frecuentes en pacientes portadores de gastrostomía. Tradicionalmente se ha tratado mediante cauterización con nitrato de plata, aunque este tratamiento puede asociarse a irritación cutánea, dolor y necesidad de múltiples aplicaciones. El uso tópico de sal común (cloruro sódico) se ha descrito como una alternativa sencilla, económica y potencialmente eficaz, sobre todo en el tratamiento de los granulomas umbilicales del recién nacido.

Casos clínicos. En 2 pacientes portadoras de botón gástrico y con aparición de granuloma (en una de gran tamaño en "oreja de elefante") se aplica de forma tópica sal común directamente sobre el tejido granulomatoso durante 10-20 minutos, cubriendo posteriormente con una gasa seca. El procedimiento se repitió 2 veces al día durante 3 días. Se observó la desaparición de este en una de las pacientes y la reducción significativa del tamaño en la otra, que permitió conseguir la desaparición total aplicando un ciclo corto de corticoide tópico. No se registraron efectos adversos siendo bien tolerado y fácilmente aplicable por los cuidadores.

Comentarios. La aplicación tópica de sal común es una alternativa segura, sencilla, que puede aplicarse en el domicilio y de bajo coste para el tratamiento del granuloma periestomal en pacientes portadores de gastrostomía. Su uso podría considerarse como primera línea antes de recurrir a tratamientos más invasivos y caros.

Viernes 17 de abril • Sala Octogonal

Casos clinicorradiológicos óseos: brazo, pierna y coxis. *Fernández de la Mano S¹, Redondo Granado MJ², Moussallem Demian A². ¹MIR de Pediatría. Hospital Clínico Universitario-AP Valladolid Este. Valladolid. ²Pediatra. EAP Gamazo. Valladolid.*

Introducción. Las anomalías en radiología ósea suponen un hallazgo frecuente en las consultas de AP y constituyen un reto diagnóstico. Se presentan tres casos.

Casos clínicos. Caso 1: Niña de 9 años se queja de dolor en pierna izquierda desde hace un año, diurno, casi diario, en radiografía se aprecia aumento discreto de densidad en la diáfisis tibial. Resonancia: nidus. Diagnóstico de sospecha: *osteoma osteoide*. Gammagrafía ósea cuerpo entero: se confirma osteoma osteoide en rodilla, no a otros niveles, y se realiza ablación con radiofrecuencia.

Caso 2: Niño de 8 años que, de forma casual, le observan un bulto en axila derecha, no dolor ni inflamación. Exploración: se aprecia una masa redonda, dura, de unos 5 cm de diámetro, no dolor al palpar ni movilizar brazo, no signos inflamatorios. Radiografía: prolongación corticomedular en región metafisodiarisaria, de bordes irregulares, compatible con *osteochondroma*. Resonancia magnética (RMN) confirma el diagnóstico. En seguimiento periódico en traumatología, sin tratamiento.

Caso 3: Niña 11 años que, desde hace un año, y tras un traumatismo, presenta dolor en zona sacrococcígea, intermitente, en diferentes posturas y en la cama, mejora con analgésicos. Antecedente familiar: la abuela patología de coxis. Radiografía: *fractura luxación* anterior a nivel de unión sacrococcígea. Según valoración por traumatología también podría tratarse de una variante de la normalidad.

Conclusiones. La radiología ósea simple proporciona un diagnóstico de sospecha y, con la ayuda del radiólogo, permite el diagnóstico definitivo en la mayoría de los casos. La RNM a menudo solo confirma el diagnóstico y/o informa de la extensión.

Inmunoterapia oral frente a frutos secos: una nueva esperanza. *Puente Fuente P, López-Negrete Cueto E, Corihuela Menéndez P, De Juan Vázquez D, Álvarez Menéndez L, García González M, Álvarez Caro F, Méndez Sánchez A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias.*

Introducción. La inmunoterapia oral (ITO) frente a frutos secos es un tratamiento emergente en Alergología Pediátrica. Esta desensibilización, mediante la administración de dosis crecientes del alérgeno, busca alcanzar tolerancia a cantidades significativas del alimento en cuestión. Con ello, se pretende conseguir una mejoría en la calidad de vida del paciente y una disminución en la posibilidad de reacciones alérgicas.

Objetivo. Describir las características y resultados obtenidos en las ITO en pacientes alérgicos a nuez o avellana realizadas en un centro de segundo nivel desde junio de 2025 hasta la fecha.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo, desde junio de 2025 a marzo de 2026. Se incluyeron aque-

llos pacientes menores de 14 años con sintomatología compatible con alergia a nuez o avellana, confirmada mediante prueba cutánea (*prick test* ≥ 3 mm) o serología (Inmunoglobulina E (IgE) específica $\geq 0,35$ kU/L), y que han alcanzado la dosis de mantenimiento en la ITO.

Resultados. Se exponen resultados de los 8 pacientes que han completado la fase de inducción hasta la fecha, con una media de edad de 7,75 años. El 100% tolera actualmente la dosis de mantenimiento en domicilio. Presentaron reacciones adversas 7 pacientes (87,5%), la mayoría autolimitadas. De ellos, solo 2 (28,6%) precisaron tratamiento (antihistamínicos o corticoides).

Conclusiones. La ITO frente a nuez y avellana es un tratamiento útil en pediatría. En nuestros pacientes, está resultando positiva y prometedora, aunque las reacciones adversas leves fueron frecuentes, y se necesita más tiempo de estudio y control posterior.

Perfil asistencial en una Unidad de Urgencias Pediátricas de un hospital de tercer nivel. *Ortega Macías M¹, Arnelas Gil L¹, Fekete López E¹, Vilches Fraile S¹, Campo Fernández N¹, Pérez Madrigal A², Salamanca Zarzuela B¹. ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Enfermería Pediátrica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Objetivos. Describir el número y el tipo de pacientes atendidos en las urgencias de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo que incluye a pacientes atendidos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025. Se recogen tipo de patología, nivel de triaje y porcentaje de ingresos.

Resultados. Se atendieron un total de 32.492 pacientes, lo que supone una media de 9,87 pacientes por cada 1.000 habitantes. El mes con más afluencia fue diciembre con 3.239 pacientes/mes y el de menor, agosto con 1.944 pacientes/mes. El 14% de los pacientes eran menores de un año. El 4,6% de los pacientes fueron derivados de Atención Primaria. Por niveles de triaje: 3 menores fueron clasificados como prioridad I (0,01%), 263 como II (0,82%), 4.218 como III (12,87%) y el 85,32% restante como IV o V. Por grupos de patología las más frecuentes fueron la respiratoria (mínima en agosto 16%, máxima en enero 37%), la traumática (mínima en enero 16%, máxima en julio 21%), otorrinolaringológica (5,8%), digestiva (5%) y dermatológica (4%). El porcentaje de ingresos fue del 2%.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias lo hicieron por decisión propia. Solo un 15% del total tenían una prioridad de III o menos. Las patologías más frecuentes fueron la respira-

toria y la traumatología con una frecuencia inversamente proporcional entre sus máximos y mínimos dependiente de la época del año.

¿Hay demasiado ruido en nuestras Unidades de Cuidados Intensivos? Vivanco Allende A¹, Agudín Monte S², Entrialgo Castro L², Suárez Abella M³, Solís Cienfuegos I³, Pérez González S¹, Concha Torre A¹, Rey Galán C^{1,2}. ¹Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias. ²Universidad de Oviedo. Oviedo, Asturias. ³Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Área de Gestión Clínica de Infancia y Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

Objetivos. Medir el ruido ambiental en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) pediátrica y neonatal para evaluar si cumple las recomendaciones de la OMS (30 dB, picos de 40) y analizar variaciones por localización y horario.

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo que mide ruido ambiental en diferentes áreas de las Unidades durante 13 días, registrando nivel sonoro, franja horaria y localización (4 puntos) mediante la aplicación Decibel X durante 5 minutos.

Resultados. El valor medio (DE) en la UCI Neonatal fue 51,8 (5,8) dB y en la UCI Pediátrica 55,0 (5,5) ($p < 0,001$). En la tabla se presentan los valores en los 3 turnos.

	Mañana	Tarde	Noche	P valor
Ruido dB	55,2 (4,1)	53,0 (6,2)	43,3 (3,7)	< 0,001

Respecto a las localizaciones, en la UCI neonatal, las medias fueron de 51,0 (DE: 5,7) en el almacén, 51,8 (DE: 5,9) en intensivos y 52,6 (DE: 5,9) en el control de enfermería. En la UCI pediátrica, las medias fueron de 54,5 (DE: 4,4) en sala de técnicas, 54,2 (DE: 5,5) en intensivos, 56,4 (DE: 5,4) en intermedios y 55,1 (DE: 6,5) en el control.

Conclusiones. Los niveles de ruido superan los límites recomendados por la OMS en todo momento y lugares. En la UCI Pediátrica se registraron valores más altos que en la UCI Neonatal. Son necesarias medidas para reducir el ruido en estas Unidades.

Características clínicas de pacientes atendidos en Urgencias por crisis asmática. Fernández González S, Gómez Menduñía J, Uribe Reina MP, Khemlani Ramchand SY, Marcos Tempreno M, Moriana Río N, Bartolomé Cano ML, Guijarro Hernando E. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. Describir el perfil de los pacientes pediátricos que consultan en Urgencias por crisis asmática en un hospital de tercer nivel

Métodos. Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó 547 pacientes pediátricos menores de 14 años atendidos en urgencias entre abril y diciembre de 2025 por exacerbación asmática. Se incluyeron variables demográficas, clínicas, gravedad del episodio, tratamiento y necesidad de ingreso hospitalario.

Resultados. La mediana de edad fue de 3 años, y el 46,9% eran ≤ 2 años. El 59,96% eran varones. El 24% de los pacientes tenían rinitis alérgica. El 75,14% estaban diagnosticados de asma previamente, de los cuales el 37% recibían tratamiento controlador. El 17,9% eran seguidos en consulta especializada de Neumo-Alergia y 1,6% estaban en tratamiento con inmunoterapia para neumoalérgenos. Los meses en los que más consultaron fueron mayo (22,85%) y diciembre (24,3%). El 85% fueron triados como “3” o “4”. La mayoría fueron crisis leves (47%) o moderadas (42,7%) y solo el 10,4% fueron graves. Recibieron corticoterapia sistémica el 58,8% (el 14,8% de las crisis leves lo recibieron). Únicamente el 9,8% precisó hospitalización, siendo diciembre el mes con mayor nº (38,9%).

Conclusiones. El perfil más habitual de pacientes que consultan en Urgencias por crisis asmática son lactantes con episodios previos de broncoespasmo, sin tratamiento controlador, que presentan crisis leves/moderadas en meses de primavera e invierno y que no suelen requerir hospitalización.

Implementación de traslados en ventilación no invasiva en pacientes con dificultad respiratoria desde un hospital de segundo nivel. Gutiérrez Moreno M, Pérez Benito M, González Salas E, Ruiz-Ayúcar de la Vega I, Expósito de Mena H, Jiménez Saucedo M, Rubio Rodríguez F, De Pedro del Valle S. Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Complejo Asistencial de Ávila. Ávila.

Objetivos. Analizar las características de los pacientes, así como la eficacia y seguridad del uso de ventilación no invasiva (VNI) en los traslados interhospitalarios en pacientes con dificultad respiratoria, desde la disponibilidad de respirador e interfases en un hospital de segundo nivel.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo de los pacientes trasladados en VNI desde un hospital de segundo nivel a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del hospital de referencia, desde la incorporación de un respirador con modalidad de VNI y las interfases adecuadas. Se evaluaron variables epidemiológicas y clínicas.

Resultados. Se analizaron un total de 6 pacientes. La edad media fue de 29,9 meses (rango 4,1-67,4) y de peso

12,5 kg (rango 6,6-20). Presentando 3 de los pacientes comorbilidad. El diagnóstico de broncoespasmo/ bronconeumonía fue el más frecuente en el 50% (3 pacientes). El traslado se realizó de media a las 10,17 horas (rango 1-21) de estancia en planta. Todos los traslados se estabilizaron con el respirador Omnix® y se cambiaron al Monnal T60® en la ambulancia. La interfase utilizada fue la PerforMax®. Tiempo medio de soporte con VNI fue de 37 horas y estancia en UCIP fue de 61,2 horas. Mejoría de la puntuación de $\text{SatO}_2/\text{FiO}_2$ de media en 53,8 puntos a su llegada a UCIP.

Conclusiones. La aplicación de VNI en pediatría durante el traslado es un método de soporte respiratorio seguro. El inicio temprano de dicha técnica puede mejorar las constantes de dichos pacientes, evitando incluso la necesidad de intubación.

Velocidad de crecimiento disminuida: tres diagnósticos ocul-tos tras un hipocrecimiento. *Camacho Moral E, Valladares Díaz AI, Rodríguez Ramos A, Domínguez Bernal EM, Collada Carrasco M, Espinosa Rodríguez MC, Varela Pérez P. Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Segovia. Segovia.*

Introducción. El hipocrecimiento es un motivo de consulta frecuente en pediatría. De etiología muy variada, la talla baja patológica constituye un 20-40% de las causas de hipocrecimiento.

Presentamos tres casos clínicos con velocidad de crecimiento (VC) disminuida como señal de alarma.

Casos clínicos. Caso 1: Lactante de 19 meses, longitud en -3,36DE y VC en -2,31DE. Distensión abdominal llamativa. Analítica: Hb 9,7 g/dL, hierro 31 µg/dL, ferritina 14 ng/mL, vit. D 12,57 ng/mL, PTH 143,8 pg/mL, anticuerpos anti-transglutaminasa IgA > 300 U/mL, anticuerpos anti-péptidos deaminados de gliadina IgG 215 U/mL. Diagnóstico: enfermedad celíaca. Se inicia dieta sin gluten con normalización de VC y mejoría de talla.

Caso 2: Niño de 7 años, pérdida progresiva de percentil de talla hasta situarse en -3DE y VC 1,4 cm/año. Presenta mixedema generalizado, galactorrea. Analítica: TSH > 2.000 mUI/mL, T3L y T4L indetectables, anticuerpos anti-TPO > 1.000, prolactina 134 ng/mL. Diagnóstico: tiroiditis de Hashimoto. Se inicia levotiroxina a dosis creciente. Pendiente valorar respuesta somatométrica.

Caso 3: Niño de 12 años, adrenarquia a los 9 años. Talla en -1,37DE, VC 0,8 cm/año, TAS P94, TAD P55. Hipertricosis, cara de luna llena con plétora facial. A3P4 testes 3 cc. Analítica: ACTH 48 pg/mL, cortisol basal 21,94 µg/dL, CLU 687,7 µg/24 h. Abolición de ritmo circadiano, supresión de

cortisol con test de dexametasona a dosis altas. RMN: microadenoma hipofisario. Diagnóstico: enfermedad de Cushing. Recuperación de VC tras exéresis quirúrgica.

Conclusiones. Aunque el principal regulador de la VC prepuberal es el eje GH-IGFI, otras hormonas también están implicadas. Es fundamental conocer la fisiología del crecimiento para poder orientar de forma adecuada las exploraciones complementarias y realizar un diagnóstico y tratamiento temprano.

Estudio de serie de casos de adenomas paratiroides en Pediatría. *Moriana Río N, Gómez Mendiña J, Fraile Manzano MI, Sánchez Mengíbar H, Fernández de la Mano S, García González I, Molero Jaén J, Bahillo Curieses MP. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Objetivos. Describir las características clínicas, bioquímicas, radiológicas y evolutivas de cuatro pacientes diagnosticados de hiperparatiroidismo primario secundario a adenoma paratiroideo.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas.

Resultados. La edad media al diagnóstico fue de 13 años y 7 meses, de sexo femenino. Se detectaron de forma incidental en analíticas de seguimiento: dos por autoinmunidad tiroidea positiva, uno por ser portador genético de neoplasia endocrina múltiple, MEN1 (11q13) y otro durante el cribado analítico por antecedente familiar de diabetes mellitus tipo 1. Los cuatro pacientes presentaron hipercalcemia persistente, elevación de paratohormona e hipercalcemia. En todos los casos se realizó SPECT-TAC con 99mTc-MIBI (Single Photon Emission Computed Tomography con sestamibi-Tecnecio-99m) en dos, el resultado fue concluyente y en los otros dos, el estudio se completó con PET-TAC con 18F-colina (fluorocolina). La localización en todos los casos fue en la glándula paratiroidea inferior izquierda. Los pacientes fueron intervenidos entre 4 y 6 meses tras el diagnóstico mediante paratiroidectomía mínimamente selectiva guiada con gammagrafía intraoperatoria portátil con 99mTc-MIBI. La determinación intraoperatoria de parathormona con descensos superiores al 50% confirmó la exéresis. El estudio anatómopatológico reveló un adenoma de células claras y tres de células principales. El estudio genético para MEN1 y MEN2 se realizó en todos los casos. La evolución fue favorable.

Conclusiones. El hiperparatiroidismo primario en pediatría puede presentar diagnóstico tardío por su presentación atípica. La PET-TAC con 18F-colina resulta útil en casos no concluyentes. El tratamiento quirúrgico es eficaz, aunque requiere seguimiento estrecho postquirúrgico.

Cuando el intestino avisa antes que la tiroides: distensión abdominal como primera manifestación de MEN2B. *Bernardo García C¹, Álvarez Torío C¹, Bueno Suárez C², Carabaño Aguado I², Salcedo Lobato E², Vicente Santamaría S², Gasset García A², Medina Benítez E².* ¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria. ²Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción. Los síntomas gastrointestinales pueden constituir el primer signo de enfermedades sistémicas graves en edad pediátrica. Entre ellas se encuentra el síndrome de neoplasia endocrina múltiple 2B (MEN2B), una entidad infrecuente, de inicio precoz y elevada morbimortalidad, cuyo pronóstico depende del diagnóstico temprano.

Caso clínico. Niña con clínica digestiva desde periodo neonatal que, a los 17 días de vida, presentó un episodio de suboclusión intestinal que motivó ingreso hospitalario y realización de biopsias rectales. En ellas se descartó enfermedad de Hirschsprung, objetivándose incremento de neuronas en plexo mientérico con proliferación de fibras colinérgicas. Se estableció diagnóstico de alergia a proteínas de leche de vaca, con mejoría clínica parcial posterior. Desde entonces mantuvo hábito intestinal aparentemente normal, persistiendo como único hallazgo distensión abdominal marcada. A los 10 años comenzó con episodios recurrentes de dificultad respiratoria. En radiografía de tórax se evidenció estenosis traqueal y, tras ampliar estudio, se identificó una masa tiroidea con compresión traqueal severa. La ecografía cervical mostró tiroides aumentada de tamaño, heterogénea y con múltiples calcificaciones. La PAAF fue sospechosa de malignidad, indicándose tiroidectomía total. En exploración física destacaba facies alargada, labios gruesos con lesiones compatibles con neuromas mucosos, hábito longilíneo e hiperlaxitud articular. La RM abdominal mostró dilatación difusa de intestino delgado y colon, sugestiva de ganglioneuromatosis intestinal asociada a MEN2B. El diagnóstico se confirmó mediante estudio genético.

Comentarios. La afectación digestiva puede constituir una manifestación precoz del MEN2B. La presencia de suboclusión neonatal, distensión abdominal persistente y hallazgos histológicos sugestivos deben alertar sobre esta entidad y favorecer un diagnóstico precoz.

¿Y esta taquicardia? *Pérez Benito M, Lázaro Ramos J, Rubio Rodríguez F, Marrero Calvo MF, Expósito de Mena H, Gutiérrez Moreno M, Jiménez Martín A, Rupérez Peña SM.* Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

Introducción. La taquicardia en la edad pediátrica puede deberse a múltiples causas. Se presenta un caso clínico en el

que esta entidad nos condujo a un diagnóstico poco frecuente antes de la adolescencia.

Caso clínico. Niña de 9 años con fiebre, odinofagia y exantema escarlatiniforme que evoluciona a lesiones petequiales de distribución en guante y calcetín. Asocia taquicardia de 160 latidos por minuto sin pico febril y con buen aspecto general. Test de detección rápida de estreptococo, cultivo faríngeo y panel nasofaríngeo negativos. En electrocardiograma presenta taquicardia sinusal. Analítica sanguínea con elevación de serie blanca, reactantes de fase aguda y transaminasas, sin aumento de enzimas cardíacas. Ecocardiografía sin alteraciones. Serología positiva a virus Epstein-Barr. Entre los antecedentes familiares destacan enfermedad de Graves en el padre y tiroiditis de Hashimoto en la madre. Con ello, se descubre que en el último mes la paciente ha presentado pérdida de peso y taquicardia de forma mantenida. En la exploración dirigida se objetiva exoftalmos y bocio uniforme. El perfil tiroideo muestra patrón de hipertiroidismo con anticuerpos anti-TSI positivos. En ecografía de cuello se detectan cambios inflamatorios compatibles con tiroidopatía. Recibe tratamiento con metimazol y beta bloqueante, presentando buena evolución.

Comentarios. Describimos un caso clínico compatible con la enfermedad autoinmune de Graves-Basedow. El hipertiroidismo es una enfermedad rara en la edad pediátrica. Las infecciones son factores desencadenantes. El diagnóstico se basa en la clínica y la elevación de las hormonas tiroideas, TSH suprimida y presencia de anticuerpos estimulantes de TSH (TRAb/TSI). El tratamiento consiste en beta-bloqueantes y fármacos antitiroideos.

Sábado 18 de abril • Sala Auditorio

La doble cara de la gastrosquisis. *Sánchez Mengíbar H¹, Fraile Manzano M¹, Moriana Río N¹, Gómez Menduñía J¹, Fernández de la Mano S¹, Molero Jaén J¹, Matías del Pozo V³, Pino Velázquez M².* ¹Servicio de Pediatría; ²Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos; ³Servicio de Neonatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. Comparar dos casos clínicos de dos recién nacidos con gastrosquisis, describiendo y observando las diferencias en el abordaje quirúrgico y las complicaciones asociadas.

Material y métodos. Se presentan dos casos clínicos; el primero es un recién nacido de 37 semanas de gestación nacido mediante cesárea programada. Se introdujeron com-

pletamente las asas intestinales, usando técnica sin sutura (cierre con cordón umbilical). El segundo caso es un neonato nacido por cesárea electiva a las 34+6 semanas de gestación, que precisó maduración pulmonar y reanimación. Asociaba malrotación intestinal y, debido a inestabilidad hemodinámica, se optó inicialmente por la colocación de un silo para la reducción progresiva de las asas intestinales.

Resultados. El primer paciente presentó evolución favorable, desarrollando únicamente episodio de pseudoobstrucción intestinal secundaria a dismotilidad que se resolvió con disminución de los aportes enterales. El segundo paciente presentó evolución más compleja, requiriendo dos intervenciones adicionales para cierre definitivo del defecto abdominal y liberación de bridas intestinales en cuadro obstructivo posterior. Preciso soporte con fármacos vasoactivos. Además, presentó otras complicaciones: colestasis hepática, sepsis, colonización por *Klebsiella pneumoniae* BLEE e infecciones respiratorias virales. También se diagnosticó de otros trastornos malformativos congénitos como diabetes insípida central, atrofia óptica bilateral y trastorno del espectro de la displasia septo óptica.

Conclusiones. La evolución de la gastrosquisis es variable y depende de la edad gestacional, estabilidad hemodinámica y anomalías asociadas. El cierre primario se asocia a mejor evolución cuando es posible, mientras que los casos más complejos pueden presentar múltiples intervenciones y anomalías asociadas.

Entre tórax y abdomen: dificultad respiratoria neonatal. *Castanedo Ruiz I, Moriana Rios N, Sánchez Mengibar H, Fernández Herrera MC, Maté Real A, Gómez Menduñía J, Benito Gutiérrez M, Bermúdez Barrezueta L.* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La hernia diafragmática congénita consiste en un defecto en el desarrollo del diafragma que permite la herniación de vísceras abdominales hacia el tórax. Tiene una prevalencia de 1/3.000 nacidos vivos y suele manifestarse como disnea precoz, con gravedad variable entre leve y muy severa. Se presenta el caso de una paciente con hernia diafragmática congénita de diagnóstico postnatal.

Caso clínico. Recién nacida de 35+5 semanas de edad gestacional con antecedentes de embarazo no controlado y consumo de alcohol y tabaco durante la gestación. Cesárea con perinatal inmediato normal. Apgar 9/10. Al 8º día de vida inicia taquipnea tras las ingestas sin precisar soporte respiratorio, a la exploración presenta hipoventilación en base anterior derecha sin distrés, abdomen ligeramente en escarfoides e hipotonía axial leve. Se realiza despistaje infeccioso

negativo y radiografía de tórax que muestra consolidación en lóbulo medio e inferior derecho, en ecografía pulmonar se objetiva lóbulo hepático derecho herniado hacia cavidad torácica. Ecocardiografía sin signos de hipertensión pulmonar. Se realiza laparotomía transversa diagnosticándose de hernia diafragmática derecha de Morgagni que se reduce con evolución favorable.

Comentarios. La hernia de Morgagni representa el 5-11% de las hernias diafragmáticas; en casos moderados-severos presenta elevada morbilidad fetal debido al riesgo de hipoplasia e hipertensión pulmonar. En nuestro paciente, al ser un embarazo no controlado se diagnosticó de forma postnatal, sin embargo, actualmente suelen diagnosticarse mediante ecografía fetal lo que permite determinar el pronóstico con el fin de decidir el manejo prenatal y durante el perinatal inmediato teniendo en cuenta las peculiaridades respecto al recién nacido sano.

En búsqueda del agente etiológico de la fiebre sin foco: serie de casos de recién nacidos con meningoencefalitis por parechovirus. *Fraile Manzano MI, Sánchez Mengibar H, Matías del Pozo V, Infante López ME, Sánchez Mínguez A, Melero González A, Fernández de la Mano S, Moriana Río N.* Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos. Describir las características clínicas, pruebas complementarias y evolución de neonatos con infección del sistema nervioso central (SNC) por parechovirus.

Material y métodos. Serie descriptiva de tres neonatos ingresados por fiebre sin foco (FSF), con diagnóstico de infección del SNC por parechovirus confirmado mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en líquido cefalorraquídeo (LCR). Se analizaron características clínicas, hallazgos analíticos, electroencefalográficos, de neuroimagen y evolución durante el ingreso.

Resultados. Los pacientes tenían entre 10 y 22 días de vida al diagnóstico. Todos ingresaron por FSF realizándose estudio completo de sepsis, con extracción de cultivos e inicio de antibioterapia empírica intravenosa. Un caso presentó crisis convulsivas a las 24 horas del ingreso, confirmadas mediante monitorización electroencefalográfica ampliada y convencional, requiriendo tratamiento antiepiléptico con fenobarbital e ingreso en cuidados intensivos pediátricos. La resonancia magnética cerebral mostró hiperseñal en ganglios basales. Los otros dos pacientes presentaron clínica de fiebre, postración y episodios de irritabilidad. Uno de ellos presentó exantema micropapular generalizado al tercer día. No se evidenciaron crisis clínicas ni eléctricas. Las pruebas de neuroimagen fue-

ron normales o con hallazgos inespecíficos. En todos los casos los cultivos bacterianos resultaron negativos, lo que permitió suspender precozmente la antibioterapia. La evolución clínica fue favorable con exploración neurológica normal al alta, con revisiones normales en consultas externas de neuro-natología.

Conclusiones. La infección neonatal por parechovirus puede simular una sepsis neonatal y presentar un espectro clínico amplio. La PCR en LCR constituye la herramienta diagnóstica clave, permitiendo confirmar la etiología viral y evitar tratamientos antibióticos innecesarios.

Osteomielitis externa neonatal. una patología excepcional.

Molero Jaén J¹, Castaneda Ruiz Irene¹, Fraile Manzano MI¹,¹, González Menduina J¹, García González I¹, Sánchez Mínguez A¹, Infante López ME², Matías del Pozo V². ¹MIR pediatría; ²FEA Neonatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La osteomielitis es una afección infrecuente en neonatología. Se explica por la diseminación hematogena de un patógeno, adquirido a través de una puerta de entrada, siendo los agentes más frecuentes el *E. coli*, el *S. aureus* y el *S. agalactie*.

Caso clínico. Recién nacido a término varón, hijo de madre con *Streptococcus agalactie* positivo con profilaxis completa. Acude a Urgencias a los 24 días de vida por irritabilidad y mal estado general. A la exploración presenta una masa dura, eritematosa y no móvil de 3 centímetros en el esternón. Se realiza despijaje infeccioso presentando elevación de reactantes de fase aguda y sistemático de orina alterado. Se inicia antibioterapia empírica con ampicilina y cefotaxima y vancomicina por sospecha de sepsis de probable origen urinario, complicada con osteomielitis. Pruebas complementarias: urocultivo positivo para *E. coli*; hemocultivo positivo para *Staphylococcus epidermidis* (probable contaminación). Ecografía y resonancia magnética compatibles con osteomielitis externa. Punción ósea: PCR panel infecciones osteoarticulares negativo (incluye *E. coli*). Biopsia: múltiples cocos gram positivos. Ante la ausencia de *S. agalactie* en el panel microbiológico, se sospecha una osteomielitis causada por este patógeno. Se limita la antibioterapia a cefotaxina, que se mantiene durante cuatro semanas con adecuada evolución hasta el alta.

Comentarios. La osteomielitis externa en neonatos es una patología extremadamente infrecuente. En el caso descrito, las pruebas microbiológicas, la biopsia y el antecedente materno de infección por SGB dirige el diagnóstico al *Streptococcus agalactie*. La antibioterapia intravenosa y un tratamiento precoz permitieron una excelente evolución clínica hasta el alta.

Ascitis quillosa tras cirugía por malrotación intestinal en un neonato pretérmino tardío. **Fernández de la Mano S, Fombellida de la Fuente C, Sánchez Mengíbar H, Fraile Manzano MI, Moriana Río N, Gómez Menduina J, Sánchez Mínguez A, Molero Jaén J.** Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La ascitis quillosa se define como la acumulación de quilo en la cavidad peritoneal. Suele asociarse a malformaciones linfáticas congénitas, complicaciones postoperatorias o malrotación intestinal en la edad pediátrica, siendo una entidad poco frecuente. Debe sospecharse ante distensión abdominal y se confirma mediante pruebas de imagen y análisis del líquido ascítico, alto contenido de triglicéridos. El soporte nutricional con triglicéridos de cadena media (MCT) constituye la base del tratamiento, reservándose el octreótido y la cirugía para casos seleccionados.

Caso clínico. Presentamos el caso de un neonato pretérmino tardío de 6 días de vida derivado a nuestro hospital para tratamiento quirúrgico de malrotación intestinal tipo IIC con sospecha de vólvulo. Embarazo y parto sin incidencias. Preciso de estimulación con presión positiva durante el perinatal inmediato, sin otras complicaciones (Apgar 8/9). Doce días tras el proceso quirúrgico inició distensión abdominal progresiva. Hallazgos de ascitis masiva en la ecografía abdominal, confirmándose tras drenaje en la Unidad de Cuidados Intensivos el origen quilloso. Se inició nutrición parenteral y aportes enterales con fórmula con alto contenido en MCT y bajo contenido en grasas y triglicéridos de cadena larga, con buena evolución sin recidiva posterior. Al alta se mantiene alimentación con fórmula especial. Seguimiento en consultas de Digestivo infantil, con adecuada ganancia ponderoestatural.

Conclusiones. La ascitis quillosa es una complicación infrecuente en el periodo neonatal. Debe sospecharse ante distensión abdominal tras cirugía abdominal. El diagnóstico precoz y el manejo nutricional basado en triglicéridos de cadena media permiten una evolución favorable en la mayoría de los casos.

Parálisis de cuerdas vocales en hospital de tercer nivel: nuestra experiencia. **Moriana Río N, Khemlani Ramchand SY, Fernández González S, Gómez Menduina J, Uribe Reina MP, Pino Vázquez A, Marcos Temprano M, Fernández García Abril C.** Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. La parálisis de cuerdas vocales es una de las anomalías laríngeas más comunes, siendo la segunda causa más frecuente de estridor neonatal. Nuestro objetivo es describir las características clínicas, etiológicas, diagnósticas y evolutivas.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historia clínicas de pacientes diagnosticados de parálisis de cuerdas vocales entre 2010 y 2026.

Resultados. Se incluyeron 8 pacientes, con una edad media al diagnóstico de 20 días de vida, predominio de varones (63%). Un 37,5% fueron recién nacidos pretérminos y un 87,5% nacidos mediante cesárea. Al diagnóstico, un 75% debutó con estridor y un 25% con llanto disfónico. Se diagnosticaron por fibrobroncoscopia el 100% de los casos. La afectación fue: 75% bilateral, un 25% unilateral. Un 25% asoció síndromes genéticos, 12,5% postquirúrgico y un 62,5% fue de origen idiopático. Cuatro casos (50%) precisaron soporte con ventilación mecánica y traqueostomía por esta patología. Dos casos (25%) recibieron rehabilitación y en otros dos casos (25%) se mantuvo actitud expectante. Cinco pacientes (62,5%) recuperaron la movilidad de cuerdas vocales, con una media de 22 meses (5 meses-5 años). Dos pacientes permanecen con traqueostomía (10 años y 2 meses de edad actualmente) y un paciente falleció por metabolopatía asociada.

Conclusiones. Es necesario la sospecha clínica de esta patología para un correcto diagnóstico y tratamiento adecuado. Se trata de un grupo de paciente vulnerables con un alto riesgo de morbi-mortalidad. La mayoría son de etiología desconocida y su recuperación puede ser espontánea.

Utilidad del bloqueo del nervio occipital mayor en cefalea farmacorresistente. *Castro Rey M¹, Sánchez Magdaleno M¹, Urbaneja Rodríguez E¹, Elices Crespo R¹, Centeno Malfaz F¹, Bravo Ovadia C², Ruiz López del Prado G², García Álvarez I².*
¹Servicio de Pediatría; ²Unidad del Dolor, Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Recoletas Salud Campo Grande. Valladolid.

Objetivos. La cefalea crónica es una de las causas más frecuente de consulta en pediatría. El objetivo del estudio es describir la utilidad de realizar el bloqueo del nervio occipital mayor (BNOM) en pacientes pediátricos (< 16 años).

Material y métodos. Se realiza un protocolo de actuación entre la Unidad de Dolor del Servicio de Anestesia y el Servicio de Pediatría de un hospital de segundo nivel para realizar este procedimiento en pacientes con cefalea crónica que no responde al tratamiento preventivo. Estudio retrospectivo desde enero de 2025 a diciembre 2025. Criterios de inclusión: < 16 años, cefalea crónica (> 6 meses de evolución) y haber probado al menos 1 tratamiento preventivo sin éxito. Criterios de exclusión: edad < 8 años, defecto local, alergia a anestésicos locales o tratamiento anticoagulante.

Resultados. Se incluyeron un total de 10 pacientes (mujeres 80%). Edad media 13,17 años (DS $\pm$ 0,92). El 60% presentaban cefalea tensional. Escala Visual Analógica de Dolor (EVA) media 7,69 (DS $\pm$ 1,31) y una frecuencia de dolor > 2 días a la semana en el 90% de los pacientes. Como tratamiento preventivo más usado: amitriptilina 60%, flunarizina 30% y topiramato 10%. Se realizó BNOM bajo sedación en conjunto Pediatría con la Unidad del Dolor mediante técnica de abanico ecoguiada con bupivacaína 0,5% y dexametasona. Resolución completa del dolor a los 3 meses en el 100% de los pacientes. No hubo efectos adversos.

Conclusiones. El BNOM parece una técnica segura, con una alta tasa de éxito en pacientes pediátricos con cefalea crónica que no responde a los tratamientos. Evitando la necesidad de administrar fármacos preventivos, manteniéndose al menos 3 meses.

Revisión de la enfermedad de Kawasaki en un hospital terciario. *Fernández González S, Gómez Mendiña J, Garrote Molpeceres R, Khemlani Ramchand SY, Guijarro Hernando E, Alfaro González M, Fraile Manzano MI, Molero Jaén J.* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. Describir las características clínicas, analíticas y evolutivas de pacientes diagnosticados de enfermedad de Kawasaki en una serie pediátrica, así como analizar la frecuencia de alteraciones coronarias y las características del tratamiento administrado.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de las características clínico-epidemiológicas, terapéuticas y evolutivas de pacientes pediátricos menores de 14 años atendidos en un hospital terciario entre enero 2021 y marzo 2026 por enfermedad de Kawasaki, mediante la revisión de historias clínicas

Resultados. Se registraron 11 pacientes con una mediana de edad al diagnóstico de 34,5 meses. El 54,5% fueron mujeres (n= 6) y el 45,5% varones (n= 5). Los síntomas más frecuentes fueron adenopatía cervical (100%), exantema cutáneo (81,8%) y conjuntivitis bilateral no purulenta (81,8%), únicamente en el 18,2% de los casos presentaron lengua en fresa. La media de días de fiebre fue de 6,6 días y la duración media del ingreso fue de 6,9 días. Presentó alteraciones coronarias un único paciente (9,1%). Diez pacientes (90,9%) recibieron tratamiento con inmunoglobulina intravenosa; de ellos, 6 pacientes (60%) recibieron una dosis única y 4 pacientes (40%) precisaron dos dosis. El 27,2% de los casos presentaron una forma típica (n= 3) de enfermedad de Kawasaki, siendo el 72,8% formas incompletas (n= 8).

Conclusiones. La enfermedad de Kawasaki en nuestra serie afectó principalmente a niños pequeños presentando una ligera predominancia en mujeres. La baja incidencia de alteraciones coronarias podría estar relacionada con el reconocimiento clínico y el tratamiento precoz con inmunoglobulina intravenosa, lo que refuerza la importancia del diagnóstico temprano y del seguimiento cardiológico.

Utilización de tomografía computarizada en pacientes pediátricos: análisis retrospectivo de 24 años. *Sierra Águila M, Izquierdo Herrero E, Haupt Arabia V, Iranzo Martín N, Carrasco Villanueva MJ, Gutiérrez Zamorano M, Bañares González B, Andrés de Llano JM.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.

Introducción. La tomografía computarizada (TAC) es una herramienta diagnóstica ampliamente utilizada por su rapidez, disponibilidad y elevada resolución para la evaluación de múltiples patologías. Sin embargo, su uso en población pediátrica requiere especial precaución debido a la mayor radiosensibilidad de los tejidos infantiles y al riesgo acumulativo asociado a la exposición a radiación ionizante. En los últimos años, diversas recomendaciones internacionales han destacado la necesidad de optimizar las indicaciones y aplicar protocolos de baja dosis. El objetivo de este estudio fue analizar el patrón de utilización de la TAC en pacientes pediátricos en nuestro hospital durante los últimos 24 años.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó las tomografías computarizadas realizadas en pacientes pediátricos durante un período de 24 años. Se recogieron variables demográficas (edad y sexo) y clínicas, incluyendo diagnóstico principal, categoría diagnóstica y tipo de proceso (médico o quirúrgico). Los diagnósticos se agruparon por sistemas clínicos para facilitar el análisis global de las indicaciones. El análisis estadístico fue descriptivo mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados. Se analizaron 1.042 estudios de TAC pediátrica. Se observó predominio masculino (61,5%) y una edad media de 7,34 años; el 70,4% de los pacientes procedían del medio urbano. La mayoría de las indicaciones correspondieron a procesos médicos (93,9%), frente al 6,1% de causas quirúrgicas. Las indicaciones más frecuentes fueron patologías del sistema nervioso central y traumatismos craneales (47,9%), seguidas de patología infecciosa y digestiva.

Conclusiones. La TAC se utiliza principalmente en situaciones urgentes o cuando otras técnicas de imagen no son concluyentes. No obstante, se recomienda priorizar técnicas sin radiación, como ecografía o resonancia magnética, y apli-

car protocolos de baja dosis para optimizar la seguridad en la población pediátrica.

Pili torti y retraso en el desarrollo: la importancia del diagnóstico precoz en el síndrome de Menkes. *Izaguirre Lugo AJ¹, Pascual Sánchez M², Morante Navarro MC¹, Ruiz-Ayúcar de la Vega I³.* ¹Medicina Familiar y Comunitaria; ²Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Ávila Estación. Ávila. ³Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

Introducción. El síndrome de Menkes es una enfermedad genética rara y grave que afecta al metabolismo del cobre, es crucial el diagnóstico y tratamiento precoz ya que evita la progresión, mejora el pronóstico y la calidad de vida.

Caso clínico. Lactante varón de 10 meses, embarazo controlado, serologías y ecografías normales. Ingresado a las 18 horas de vida por hiperbilirrubinemia y prematuridad. *Screening* metabólico normal. En controles de consulta se observa flacidez, actitud espontánea poco activa, escasa movilidad espontánea, postura con actitud en extensión de los 4 miembros. En la exploración física destaca: hipotonía generalizada de predominio axial. No prensión plantar. Sostén cefálico inestable, pero puede elevar en sedestación. Reflejos osteotendinosos simétricos. Llama la atención pelo escaso y enortijado. Ante estos hallazgos se realiza analítica sanguínea donde destaca cobre en suero: 44 µg/dL. Con este resultado se realiza estudio anatomo-patológico del pelo que reporta: pili torti, tricurris nodosa. Tras la exploración, hallazgos de laboratorio y estudio dermatológico del cabello se solicita estudio genético para patología del metabolismo del cobre, el cual informa de variante patogénica en gen ATP7A compatible clínica y genéticamente con síndrome de Menkes.

Conclusiones. La enfermedad de Menkes presenta herencia autosómica recesiva ligada al cromosoma X, causada por una disfunción del transportador de cobre (ATP7A). El debut sucede entre los 2-3 meses, con regresión del desarrollo psicomotor asociada a la aparición de hipotonía y convulsiones. El pelo característico de estos pacientes, que es corto, escaso, tosco y retorcido, junto con los síntomas anteriores hacen sospechar la enfermedad como sucedió en nuestro caso.

Crisis epilépticas subclínicas como manifestación neonatal inicial del síndrome de Sotos. *Fernández de la Mano S, Fernández Herrera MC, Sánchez Mengíbar H, Fraile Manzano MI, Moriana Río N, Gómez Mendiña J, Sánchez Mínguez A, Vázquez Martín S.* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. El síndrome de Sotos es un trastorno genético causado por mutaciones en el gen *NSD1* en aproximadamente el 95% de los casos. Se caracteriza por sobrecrecimiento con macrocefalia desproporcionada respecto a la talla, discapacidad intelectual variable y fenotipo facial característico. En el periodo neonatal, puede observarse hipotonía, dificultades de alimentación, focalidad neurológica y anomalías cardíacas, entre otros. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, confirmándose mediante estudio genético.

Caso clínico. Presentamos el caso de una recién nacida a término de 36 horas de vida derivada a nuestro hospital por sospecha de obstrucción intestinal, no confirmada en el ingreso. No antecedentes familiares de interés. En el perinatal inmediato precisó soporte respiratorio con presión positiva y presentó asfixia perinatal (Apgar 3/5/7). Durante el ingreso destacaba hipotonía generalizada mixta severa, nistagmo horizontal e hipoactividad. En electroencefalograma

de amplitud integrada se objetivó actividad epileptiforme subclínica en hemisferio derecho, iniciándose levetiracetam. Se añadió fenobarbital por aparición de patrón punta-onda bilateral, manteniéndose al alta. Ecografía transfontanelar y electroencefalograma convencional normales. La resonancia magnética mostró sangrado extraaxial laminar subagudo temporal posterior bilateral. Ductus arterioso sin repercusión. En el estudio genético se identificó variante patogénica en *NSD1*, relacionada con síndrome de Sotos, con herencia autosómica dominante. Seguimiento al alta en centro de atención temprana, rehabilitación y consultas de neuropediatría con evolución lentamente favorable, pudiendo retirarse el tratamiento antiepiléptico.

Conclusiones. El síndrome de Sotos puede manifestarse en el periodo neonatal con crisis subclínicas y clínica neurológica inespecífica. La sospecha clínica precoz y la genética permiten establecer el diagnóstico e iniciar seguimiento multidisciplinar precoz.