

P 01. Doctor, me duelen los dedos: artritis séptica multifocal de pequeñas articulaciones por *K. kingae*. *Cebrián Soria P¹, Blanco Rodríguez P¹, Martín Galán E¹, García Sánchez M¹, González Fernández I¹, López Ávila FJ², de la Calle Cabrera T², González González M².* ¹Residente del Servicio de Pediatría; ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. La artritis séptica es la infección del espacio articular. Su etiología es principalmente bacteriana, siendo en España el principal agente causal el *SAMR*, aunque en menores de 5 años es *K. kingae*. Suele afectar a articulaciones grandes de miembros inferiores (cadera y rodilla) cursando con clínica de edema, dolor y limitación de la movilidad. En más del 90% de las ocasiones es monoarticular. El diagnóstico definitivo es microbiológico, requiriendo el aislamiento del microorganismo en líquido sinovial o hemocultivo, aunque el rendimiento es bajo, sobre todo para *K. kingae*, cuyo diagnóstico mejora mediante PCR de líquido sinovial.

Caso clínico. Lactante de 19 meses que acude a Urgencias por febrícula, aumento de mucosidad, tos productiva, y deposiciones diarreicas. Se aprecia eritema en cara lateral de articulación interfalángica proximal de cuarto dedo de mano izquierda con movilidad preservada. También se observa tumefacción y dolor a la palpación de articulación metatarsal proximal de primer dedo de pie izquierdo. La analítica de sangre mostraba PCR 7 mg/dL, PCT < 0,5 ng/mL y hemograma sin alteraciones. Se extrajo hemocultivo y se inició antibioterapia intravenosa con cefazolina intravenosa. El hemocultivo fue positivo para *Kingella kingae*, confirmando el diagnóstico de artritis séptica, sustituyéndose antibioterapia por cefuroxima guiada por antibiograma. El cuadro se resolvió

sin incidencias, completando antibioterapia oral ambulatoria después del ingreso hospitalario.

Conclusiones. El caso clínico muestra una presentación muy inusual de artritis séptica por *Kingella kingae* (multifocal, afectando a pequeñas articulaciones), lo que refuerza la necesidad de confirmar el diagnóstico microbiológico en esta patología.

P 02. La importancia de una exploración física reglada para llegar a un diagnóstico certero. *Fernández Prieto A, Posadilla Suárez P, López Pérez E, Gutiérrez Porro X, Blanco González A, López Iniesta S.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. Las zoonosis representan un importante problema de salud pública. La enfermedad por arañazo de gato es una infección producida por *Bartonella hensellae*. Suele presentarse como una linfadenopatía regional, aunque en ocasiones sus manifestaciones son inespecíficas, de manera que una anamnesis y exploración física detalladas son esenciales para un correcto enfoque diagnóstico.

Caso clínico. Niño de 11 años con dolor en tercio medial de la clavícula derecha tras traumatismo hacía tres días. En las últimas 24 horas, palpa un bultoma supraclavicular a dicho nivel. Sin otra sintomatología asociada. En la exploración física, se identifican dos adenopatías supraclaviculares derechas dolorosas, menores de 1 cm, móviles y rodaderas. Al descubrirlo por completo, se observan múltiples lesiones compatibles con arañazos de gato, de predominio en antebrazo derecho. Se realiza una radiografía de clavícula y analítica sanguínea, ambas normales. Se decide alta domiciliaria con tratamiento antiinflamatorio y se cita en consultas. En

serologías, se objetiva IgG e IgM positivos para *Bartonella hensellae*, decidiendo no iniciar tratamiento ante una evolución clínica favorable.

Comentarios. La enfermedad por arañazo de gato es una zoonosis producida por *Bartonella hensellae*. Es transmitida por arañazos o mordeduras de gatos infectados. Suele afectar a niños y jóvenes, en forma de una linfadenopatía regional dolorosa. En ocasiones puede producir formas diseminadas, con síntomas sistémicos variables. Los mejores métodos diagnósticos son la serología y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). En presentaciones típicas, suele tener un curso benigno con remisión espontánea, aunque en ocasiones es necesario el tratamiento, siendo la azitromicina el antibiótico de elección.

P 03. Dactilitis ampollosa distal, una presentación a tener en cuenta del *Streptococcus pyogenes*. Méndez Pérez L¹, García Pereiro A¹, Montero Díaz N¹, Cimadevilla Fernández R¹, Menéndez Iglesias P¹, Fernández Cueto L¹, Pérez López A². ¹Área de Gestión Clínica de la Infancia y la Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias. ²Área de Pediatría. Centro de Salud de Posada de Llanera. Oviedo, Asturias.

Introducción. La dactilitis ampollosa distal es una infección del cojinete adiposo de los dedos (más frecuentemente de la mano) secundaria a infección por *Streptococcus pyogenes*, y con menor frecuencia por *Staphylococcus aureus*. Predomina en edades pediátricas entre 2-16 años. El cuadro se caracteriza por erupción ampollosa a tensión sobre la almohadilla grasa de los dedos, normalmente sin afectación sistémica aunque pueden coexistir focos infecciosos ORL. El contagio suele ser por traumatismo local o autoinoculación. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, pudiendo confirmarse mediante cultivo. El diagnóstico diferencial incluye traumatismos, quemaduras, causas autoinmunes/reumatólogicas u otras infecciones. La evolución normalmente es favorable y el tratamiento consiste en antibioterapia oral y drenaje si fuese necesario.

Caso clínico. Lactante de 12 meses, sin antecedentes relevantes, con lesión en 2º dedo pie izquierdo, afebril, sin otra clínica. Antecedentes familiares de impétigo reciente. Inicialmente tratado con curas locales sin mejoría. A las 48 h se inicia mupirocina tópica y amoxicilina-clavulánico tras toma de muestras para cultivos. Reconsulta por mala evolución, con cultivo positivo para *S. pyogenes* y *S. aureus*. A las 72 horas se informa de resistencias al tratamiento, por lo que se cambia antibioterapia a clindamicina, con mejoría parcial a las 48 horas y total en el control semanal.

Comentarios. La dactilitis ampollosa distal es una manifestación menos frecuente y conocida del *Streptococcus pyogenes* en comparación con el impétigo o celulitis. Sin embargo, es importante reconocerla ya que las complicaciones aunque son poco frecuentes, incluyen progresión a celulitis, absceso o diseminación local. Su reconocimiento precoz permite un manejo dirigido y evita pruebas complementarias. Por último, destacar la importancia de considerar resistencias antibióticas ante mala evolución clínica.

P 04. Abscesos cutáneos: abordaje terapéutico en casos de microorganismos multirresistentes. Menéndez Iglesias P, Fernández Cueto L, Martino Redondo P, Alonso Álvarez MA. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

Introducción. Las infecciones cutáneas son muy frecuentes en pediatría, a nivel de dermis y tejido subcutáneo en el caso de los abscesos. Están causados principalmente por estafilococos y estreptococos, a quienes va dirigida la antibioterapia empírica con penicilinas y cefalosporinas, en ausencia de muestras microbiológicas o hasta que se encuentran disponibles, siempre que sea posible un drenaje activo o espontáneo. Su envío permitirá localizar la bacteria implicada e iniciar antibioterapia dirigida. La recurrencia de estos abscesos debe hacer sospechar la presencia de agentes multirresistentes, si bien conviene descartar una inmunodeficiencia subyacente o contacto con portadores asintomáticos.

Caso clínico. Niña de 10 años con antecedentes de abscesos previos por SARM (*S. aureus* meticilin resistente), requiriendo uno de ellos ingreso, consulta por aparición de nueva lesión de 1 semana de evolución. Afebril. A la exploración, presenta lesión eritematosa, dolorosa y fluctuante en fosa ilíaca, junto a otra adyacente de 1 cm. Analítica sin alteraciones. Ingresa a tratamiento con vancomicina y cefazolina, dado el antecedente microbiológico. Tras resultado de PCR (reacción en cadena de polimerasa) del contenido del absceso positivo para SARM sensible a TMP-SMX (trimetoprim-sulfametoxazol), se modifica antibioterapia, completando 10 días más de tratamiento con este fármaco. Se ampliaron estudios con PCR de SARM en exudado nasal y despistaje de enfermedad granulomatosa crónica, ambos negativos.

Comentario. La correcta recogida y procesamiento de las muestras microbiológicas es fundamental en este tipo de infecciones cutáneas. Los avances en técnicas moleculares permiten obtener un diagnóstico temprano del germen causante, y por tanto, iniciar precozmente un régimen antibiótico dirigido.

P 05. ¿Cómo que la dermatitis atópica se complica? Paño Román M, Blanco Rodríguez P, Cebrián Soria P, de Pablo García M, Ferrín Ferrín MA. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. El eccema herpético (erupción variceliforme de Kaposi), es una infección cutánea diseminada causada habitualmente por el VHS1. Suele aparecer sobre piel previamente alterada, siendo la dermatitis atópica el principal factor predisponente. Se trata de una urgencia dermatológica potencialmente grave, especialmente en niños, por su riesgo de complicaciones como infección bacteriana secundaria, encefalitis o sepsis.

Caso clínico. Niño de 10 años con dermatitis atópica que acude por prurito generalizado y empeoramiento brusco de sus lesiones cutáneas en las últimas 48 horas, acompañado de úlceras orales. Había presentado fiebre días antes y estaba en tratamiento con amoxicilina por faringoamigdalitis no confirmada. En la exploración destacaban pápulas y placas eritematosas con costras, distribuidas en manos, pies, región perioral, tronco y extremidades, con afectación de palmas y plantas, así como vesículas en los pies y una erosión en paladar duro. La faringe mostraba hiperemia sin exudados ni adenopatías. Tras valoración dermatológica se diagnosticó eccema herpético. Se tomaron muestras para PCR y estudio microbiológico, además de analítica sanguínea. Se inició tratamiento con aciclovir oral 7-10 días, asociado a betametasona y gentamicina tópicas. Dado su buen estado general y ausencia de criterios de gravedad, se decidió alta domiciliaria con seguimiento en Atención Primaria.

Conclusiones. El eccema herpético es una complicación infrecuente pero potencialmente grave de la dermatitis atópica. La sospecha clínica precoz, el apoyo diagnóstico (PCR) y el inicio temprano de tratamiento antiviral sistémico son fundamentales para evitar complicaciones. El adecuado control de la dermatitis atópica y la educación en signos de alarma contribuyen a prevenir recurrencias.

P 06. Lactante con artritis séptica de tobillo. Fernández Cueto L, Menéndez Iglesias P, Martino Redondo P, Calle Miguel L, Menéndez Arias C. Área de Gestión Clínica de la Infancia y la Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.

Introducción. Los microorganismos más frecuentemente implicados en las infecciones osteoarticulares pediátricas son *Staphylococcus aureus* y *Kingella kingae*. Otros como *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus agalactiae* o enterobacterias pueden cursar con evolución más tórpida.

Caso clínico. Mujer de 18 meses sin antecedentes relevantes. Consulta en urgencias por cojera, rechazo para el apoyo del pie derecho y fiebre (39°C) de 24 horas de evolución. En la exploración presenta edema y eritema en maléolo externo del tobillo derecho y rechazo del apoyo. Se realiza analítica [25.940 leucocitos/mL, proteína C reactiva (PCR) 13,1 mg/dL, procalcitonina (PCT) 0,65 ng/mL], ecografía (discreto derrame articular) y artrocentesis. Ingresa con antibioterapia empírica (cefuroxima), que se sustituye por penicilina G y clindamicina intravenosas tras evidenciar *S. pyogenes* en técnicas moleculares en líquido articular. El segundo día de ingreso está afebril, pero con aumento de signos inflamatorios locales y empeoramiento analítico (PCR 28,7 mg/dL, PCT 1,04 ng/mL). En el control ecográfico presenta disminución del derrame articular y empeoramiento del plano blando con extensión a fascia muscular. Se decide intervención quirúrgica urgente, realizándose artrotomía y lavado articular, sin evidenciarse signos de fascitis. Continuó misma antibioterapia con evolución clínica favorable. Alta tras nueve días con antibiótico oral, consiguiendo apoyo pero aún con claudicación de la marcha.

Comentario. Las técnicas moleculares en infecciones osteoarticulares ayudan a la identificación etiológica temprana. Determinadas bacterias pueden conllevar una evolución más tórpida incluso a pesar de un diagnóstico precoz y tratamiento antibiótico dirigido adecuado. En estos casos es necesario un seguimiento más estrecho.

P 07. Herpes zóster con afectación del área de Ramsay Hunt, a propósito de un caso. Martín-Pérez Barjola J, García Saseta P, Nieto Sánchez RM, Fraile Manzano MI, Redondo Aparicio S, Galbán de Marcos E, García González I, Molero Jaén J. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. El virus de la varicela-zóster es el agente etiológico de la varicela y de su reactivación, el herpes zóster. Aunque el herpes zóster es más frecuente en adultos, también puede observarse en edad pediátrica siendo la afectación simultánea del nervio facial y trigémino, una presentación poco habitual.

Caso clínico. Se presenta el caso de un varón de 12 años, adecuadamente vacunado, sin antecedentes de varicela ni de herpes simple. Acudió al Servicio de Urgencias por hiperemia conjuntival izquierda, asociada a dolor ocular y lesiones costrosas con vesículas en párpado. Es diagnosticado de conjuntivitis herpética, iniciándose tratamiento con aciclovir tópico. Seis días después el paciente presentó empeoramiento clínico con progresión de las lesiones hacia comisura labial izquierda, región peribucal y conducto auditivo externo ipsilateral, produciendo estas un dolor intenso. No presentaba síntomas

auditivos ni parálisis facial. Ante la diseminación por el territorio del nervio facial con afectación del área de Ramsay Hunt, y extensión a tres ramas del nervio trigémino, se tomó muestra de las lesiones, que resultaron negativas para virus herpes simple. Finalmente se estableció el diagnóstico de herpes zóster con síndrome de Ramsay Hunt incompleto y afectación multinerviosa, iniciándose tratamiento antiviral oral precoz, con evolución clínica favorable y resolución.

Comentarios. En pacientes con conjuntivitis herpética que no responden al tratamiento y presentan extensión de lesiones a otras áreas anatómicas, debe considerarse el herpes zóster en el diagnóstico diferencial. El reconocimiento precoz en Urgencias y el inicio temprano de tratamiento antiviral resultan fundamentales para evitar complicaciones y posibles secuelas neurológicas.

P 08. Cuando la otorrea no da tregua. *Martín Galán E¹, González Fernández I¹, Cebrián Soria P¹, Paíno Román M¹, Izquierdo García I¹, Blanco Rodríguez P¹, García Sánchez M¹, López Ávila FJ².* ¹Servicio de Pediatría; ²Unidad de Hospitalización, Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. La otitis media crónica supurativa (OMCS) es una patología que se caracteriza por inflamación persistente del oído medio con otorrea crónica durante más de 6 semanas. A pesar de ser poco frecuente, más del 80% de los casos se producen en edad pediátrica.

Caso clínico. Niña de 2 años que, al año de vida, presenta otorrea derecha y, 12 días después, izquierda, con cultivo de exudado ótico positivo para *Streptococcus pneumoniae*, tratada con amoxicilina oral y ciprofloxacino tópico. La otorrea bilateral persistió durante 3 meses a pesar de tratamiento con amoxicilina-clavulánico y cefuroxima. Los cultivos óticos posteriores fueron negativos. Seis meses más tarde reapareció la otorrea bilateral, que ha persistido hasta la actualidad, con cultivo negativo tratada de nuevo con igual antibioterapia además de azitromicina y trimetoprim-sulfametoxazol orales, y ceftriaxona iv aprovechando un ingreso por otro motivo. A los 9 meses, crecieron en el cultivo ótico *Haemophilus influenzae* y *Serratia marcescens*, recibió tratamiento ambulatorio con claritromicina y trimetoprim-sulfametoxazol, persistiendo *Serratia marcescens*. A los 11 meses de evolución se decidió ingreso para tratamiento iv, inicialmente con ceftriaxona y posteriormente cefepime, siguiendo antibiograma, además de lavados diarios óticos por Otorrinolaringología y ciprofloxacino tópico. Recibió el alta 10 días después con ciprofloxacino tanto oral como tópico, con muy buena evolución de su otorrea, pendiente de realizar estudio de inmunodeficiencias.

Comentarios. La erradicación de la OMCS es de vital importancia para evitar complicaciones como hipoacusia, pólipos auriculares o colesteatomas; aunque su evolución puede ser tórpida debido al desarrollo de disbiosis y a la formación de biopelículas.

P 09. Más allá de la tríada clásica: adenopatía preauricular como manifestación de la mononucleosis infecciosa. *Gómez Menduina J, Molero Jaén J, Redondo Aparicio S, Moriana Río N, Fraile Manzano MI, Fernández de la Mano S, Sánchez Mengívar H, Justo Vaquero P.* Servicio Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La mononucleosis infecciosa, causada por el virus de Epstein-Barr (VEB), se caracteriza clásicamente por fiebre, faringoamigdalitis y adenopatías cervicales posteriores. Sin embargo, en la edad pediátrica son frecuentes las presentaciones atípicas, lo que puede dificultar el diagnóstico.

Caso clínico. Mujer de 7 años acude derivada desde Atención Primaria por tumefacción preauricular derecha de dos semanas de evolución, dolorosa y en progresivo aumento de tamaño. Antecedente de otitis media aguda no complicada un mes antes. En la exploración presentaba adenopatía preauricular de 1 cm, móvil y de consistencia gomosa, asociada a adenopatías laterocervicales, submandibulares e inguinales, sin fiebre ni clínica faríngea. La analítica mostró leucocitos normales con linfocitosis marcada (~75%) y 26% de linfocitos estimulados. La bioquímica fue normal. Además, se realizó un estudio de frotis periférico que fue normal. La serología evidenció VCA IgM e IgG positivas y EBNA IgG negativa, compatible con infección aguda por VEB.

Discusión. La afectación preauricular es una localización poco habitual en la mononucleosis y puede simular procesos locales bacterianos, patología parotídea o tumoral, favoreciendo exploraciones complementarias y tratamientos innecesarios. La presencia de adenopatías generalizadas y linfocitosis con células atípicas debe orientar hacia etiología viral. La infección aguda por VEB puede presentarse sin la clínica clásica y con localizaciones ganglionares inusuales. Su reconocimiento permite un manejo conservador y evita antibioterapia innecesaria.

P 10. Una imagen redonda en el hilio: cuando la radiografía plantea más preguntas que respuestas. *Cimadevilla Fernández R¹, Méndez Pérez L¹, Menéndez Iglesias P¹, García Pereiro A¹, Montero Díaz N¹, Fernández Cueto L¹, Quesada Colloto P².* ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias. ²Centro de Salud de Ventanielles. Oviedo, Asturias.

Introducción. La neumonía redonda es una entidad poco frecuente en pediatría que puede simular otras patologías en la radiografía de tórax, generando dudas diagnósticas y, en ocasiones, la necesidad de ampliar estudios.

Caso clínico. Lactante de 23 meses, sin antecedentes de interés, que acude por tos y dificultad respiratoria de pocas horas de evolución, sin fiebre. En la exploración presenta sibilancias espiratorias, tiraje subcostal y supraesternal, con saturación de oxígeno de 97%. Se administra salbutamol inhalado y corticoide oral, con mejoría clínica y resolución prácticamente completa de la dificultad respiratoria. Durante las siguientes 48 horas mantiene mejoría respiratoria, pero inicia fiebre de hasta 39°C, motivo por el que reconsulta. En la auscultación, se aprecian dudosos crepitantes en campos medios-inferiores derechos. Se solicita radiografía de tórax, en la que se observa aumento de densidad perihiliar derecho, interpretado inicialmente como condensación neumónica, iniciándose amoxicilina oral (80 mg/kg/día). Presenta mejoría clínica en las primeras 48 horas, con desaparición de la fiebre. El informe radiológico posterior sugiere que el aumento de densidad observado podría corresponder a adenopatías hiliares, aunque no puede descartarse neumonía redonda en el contexto clínico. Dada la evolución favorable, se decide mantener tratamiento antibiótico, a la espera de control radiológico y clínico para valorar la necesidad de otros estudios.

Comentarios. Las opacidades pulmonares focales en lactantes pueden plantear un amplio diagnóstico diferencial, incluyendo procesos infecciosos, adenopatías hiliares o masas mediastínicas. La correlación clínico-radiológica y la evolución clínica resultan fundamentales para orientar el diagnóstico y evitar exploraciones complementarias innecesarias.

P 11. Absceso subperióstico en lactante con despegamiento del pabellón auricular: un caso discrepante con la literatura reciente. *Izquierdo García I, Martín Galán E, Cebrián Soria P, Villalón Martínez MC, de la Calle Cabrera MT, González Calderón O, García Sánchez M, Paino Román M.*

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. La mastoiditis aguda constituye la complicación supurativa más frecuente de la otitis media aguda en la población pediátrica. A su vez, puede evolucionar con formación de abscesos subperiósticos. Estudios recientes sugieren que la aparición de estos abscesos ocurre con menor frecuencia cuando se observa despegamiento del pabellón auricular durante la presentación clínica inicial.

Caso clínico. Lactante de 11 meses, previamente sana y correctamente vacunada, que acudía a urgencias derivada desde Atención Primaria por sospecha de mastoiditis. Presentaba fiebre alta desde hacía 5 días y despegamiento del pabellón auricular derecho de 72 horas de evolución. En analítica destacaba leucocitosis ($20,5 \times 10^3/\mu\text{L}$) con neutrofilia y elevación de PCR (7,66 mg/dL). A la exploración presentaba hiperemia y abombamiento timpánico derecho, eritema retroauricular, condritis y desplazamiento del pabellón auricular. Se inició tratamiento con ceftriaxona intravenosa. A las 24 horas del ingreso presentó empeoramiento clínico con aparición de fluctuación retroauricular con inflamación y asimetría facial. La TC de peñascos evidenció formación de un absceso subperióstico. Se realizó mastoidectomía derecha con aticoantrostomía y colocación de drenajes transtimpánicos bilaterales. La evolución posterior fue favorable, con resolución de la fiebre y adecuada evolución de la herida quirúrgica.

Conclusiones. Se ha sugerido que la presencia de despegamiento auricular en un paciente con mastoiditis aguda se relaciona con clínica menos grave y menos riesgo de desarrollar abscesos subperiósticos o mastoideos. Sin embargo, este caso demuestra que pueden suceder, y que la evolución clínica debe guiar la indicación de pruebas de imagen y de tratamiento quirúrgico.

P 12. Una puerta abierta a la meningitis. Fístula del LCR en paciente con déficit de factor V de coagulación. *Fraile Manzano MI, Gómez Menduina J, Castaneda Ruiz I, Fernández González S, Fernández Herrera MC, Escobar Fernández L, Pérez Gutiérrez ME, Bartolomé Cano ML. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. La fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR) es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave tras un traumatismo craneocefálico o intervención neuroquirúrgica. Supone un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones del sistema nervioso central, particularmente meningitis. La complejidad del manejo aumenta en coagulopatías congénitas.

Caso clínico. Lactante de 11 meses con déficit congénito de factor V de coagulación. Antecedente de hemorragia parieto-témporo-occipital derecha a los 9 meses tras caída accidental de bajo impacto que precisó craniectomía descompresiva. La paciente ingresó por fiebre con afectación del estado general y salida de líquido claro y eritema de la herida quirúrgica craneal, sugiriendo la presencia de fístula de LCR. Debido al alto riesgo de infección intracraneal se inició antibioterapia intravenosa de amplio espectro, desescalando

posteriormente a vancomicina según antibiograma. Se reparó el defecto dural para control de la fuga del LCR, obteniéndose muestra donde se aisló *Staphylococcus epidermidis* meticilínresistente. Presentó evolución clínica favorable con resolución progresiva de cuadro infeccioso y cierre completo de la fístula. Se realizó posteriormente craneoplastia autóloga. Se realizó una monitorización estrecha clínico-analítica para la optimización hemostática perioperatoria. A posteriori se realiza colgajo musculoesquelético en la dehiscencia de la herida quirúrgica. Actualmente está pendiente de craneoplastia heteróloga con prótesis, por reabsorción postquirúrgica del tejido óseo propio.

Conclusiones. La fístula de LCR constituye una puerta de entrada a microorganismos cutáneos oportunistas como el *Staphylococcus epidermidis*. Este proceso supone un desafío diagnóstico-terapéutico, requiriendo un abordaje multidisciplinar para su manejo holístico.

P 13. Vacuna adelantada del sarampión en viajera menor de 12 meses. *Tejero Pastor L¹, Bujedo Muñoz A¹, Dios Puebla E¹, Portillo Sanz L¹, Hortigüela Saeta M².* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ²Servicio de Pediatría. Centro de Salud José Luis Santamaría. Burgos

Introducción. En 2025 se notificaron en España 397 casos de sarampión, de los cuales 108 fueron importados. Este aumento se ha relacionado con el descenso de las coberturas vacunales, influido por la reticencia y la desinformación sobre vacunación, así como a la creciente movilidad internacional. Como consecuencia, la Organización Mundial de la Salud retiró a España el estatus de país libre de sarampión que mantenía desde 2016.

Caso clínico. Acude a consulta de Atención Primaria una lactante de 7 meses sin antecedentes personales de interés con viaje programado a México, país de origen materno. Se recomienda la administración anticipada de la vacuna frente al sarampión (triple vírica), dado que la paciente supera la edad mínima de 6 meses y viajará a una zona con brote activo. Es importante recordar que la administración de una dosis de triple vírica entre los 6 y 10 meses no se considera válida dentro del calendario vacunal, por lo que es necesario completar posteriormente las dos dosis sistemáticas (12 meses y 3 años) establecidas en el calendario vacunal.

Comentarios. Adelantar la vacuna triple vírica debe considerarse de forma individualizada. Asimismo, resulta fundamental prevenir la importación de casos, reforzar las coberturas vacunales y mantener sistemas de vigilancia epidemiológica eficaces. Cabe señalar que, la Asociación

Española de Pediatría propone adelantar la segunda dosis de triple vírica de los 3 a los 2 años para aumentar la protección precoz, reducir las pautas incompletas y reforzar la inmunidad colectiva en un momento con alto riesgo epidemiológico.

P 14. Molusco que deja huella. *Martínez Pérez M, López Pérez E, Navas Méndez de Andes F, Posadilla Suárez P, González Guerrero C, Valdés Rodríguez D, Pulache Chavez HD, Pérez Suárez I.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La linfangitis consiste en la inflamación de los conductos linfáticos del tejido celular subcutáneo. Puede deberse a diversas causas, siendo la etiología infecciosa la más frecuente en pediatría. Habitualmente se desarrolla tras la inoculación de un germen a través de la piel, siendo *S. pyogenes* y *S. aureus* los patógenos más frecuentemente implicados. La puerta de entrada suele ser una herida o picadura de insecto.

Caso clínico. Niño de 11 años que consulta por aparición de lesiones compatibles con *molluscum contagiosum* en región antecubital izquierda de 6 días de evolución que han empeorado progresivamente. En la exploración física se observa eritema tubular, indurado, levemente doloroso a la palpación que se extiende desde antebrazo izquierdo hasta tercio medio braquial. No se palpan adenopatías, aunque presenta dolor irradiado a nivel axilar. El paciente presenta buen estado general y permanece afebril. Ante la sospecha clínica de linfangitis aguda, se inicia tratamiento antibiótico oral con amoxicilina-clavulánico, con evolución clínica favorable y resolución progresiva de las lesiones cutáneas.

Conclusiones. Ante una lesión cutánea lineal asociada a heridas, picaduras, vacunas y, aunque menos frecuente, molusco contagioso, se debe considerar la linfangitis aguda dentro del diagnóstico diferencial. Aunque el diagnóstico es fundamentalmente clínico, se puede realizar estudio microbiológico en casos de mala evolución o sospecha de gérmenes no habituales. Si bien la mayoría de los casos son procesos superficiales banales que responden a antibioterapia empírica, pueden darse casos de infección profunda con afectación sistémica que precisen ingreso y antibioterapia intravenosa.

P 15. Un exantema atípico. Escarlatina “inversa”. *Molero Jaén J¹, Moriana Río N¹, Redondo Aparicio S¹, Fernández de la Mano S¹, Martín-Pérez Barjola J¹, Galbán de Marcos E¹, Sánchez Mengíbar H¹, Usín Suárez Y².* ¹MIR pediatría; ²FEA Neonatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La escarlatina es una infección estreptocócica que clásicamente se presenta como un exantema difuso asociado a lengua en fresa y afectación característica de pliegues, respetando el triángulo nasogeniano. El caso presentado supone una presentación atípica de escarlatina, que afecta de forma selectiva el triángulo de Filatov, característicamente respetado en esta patología. El conocimiento de este patrón atípico permite el diagnóstico dirigido y el tratamiento precoz.

Caso clínico. Niña de 3 años, sin antecedentes relevantes y con calendario vacunal al día. Acude por odinofagia, fiebre alta autolimitada y exantema de reciente aparición localizado en la zona perioral, en abdomen y extremidades. En la exploración presenta microadenopatías laterocervicales móviles, orofaringe hiperémica con amígdalas exudativas, y exantema eritodérmico palpable en el triángulo de Filatov, surco nasogeniano y frente, respetando el resto de la cara. No lesiones en tronco ni extremidades además de las descritas. Destaca lengua en fresa y ausencia de afectación respiratoria o abdominal. Mclsaac score de 4 puntos. Se realizó un test de diagnóstico rápido de estreptococo que resultó positivo, confirmando el diagnóstico. Se trató con penicilina oral.

Comentarios. El respeto del triángulo de Filatov es un signo clásico de escarlatina, pero su aparición aislada puede simular otras dermatosis exantemáticas virales. Los diagnósticos diferenciales incluyen infección estreptocócica no exantemática, mononucleosis y exantemas víricos. La asociación de odinofagia con exudados, microadenopatías, lengua en fresa, exantema escarlatiniforme y puntaje clínico elevado orientó firmemente a escarlatina. El manejo incluye antibioterapia y analgesia. La identificación de esta forma atípica permite el tratamiento dirigido precoz.

P 16. Quiste hidatídico: hallazgo incidental de una masa torácica. *Sierra Águila M, Carrasco Villanueva MJ, Haupt Arabia V, Martín Iranzo N, Gutiérrez Zamorano M, Alonso Quintela P, Peña Valenceja A, Izquierdo Herrero E. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.*

Introducción. La hidatidosis es una zoonosis por *Echinococcus granulosus*. Afecta principalmente a hígado (60%) y pulmones (20-30%), siendo esta última la localización más común en niños por su elasticidad pulmonar. Los síntomas dependen del tamaño e integridad del quiste. La rotura es la complicación más grave. El diagnóstico se establece mediante epidemiología, clínica, imagen y serología compatibles. El diagnóstico de certeza requiere visualización macro o microscópica del quiste. Los principales diagnósticos diferenciales son abscesos pulmonares, tuberculosis y

malformaciones congénitas. El tratamiento es quirúrgico y farmacológico (albendazol).

Caso clínico. Mujer de 7 años de origen marroquí, residente en España desde hace 3 años. Hallazgo incidental de masa pulmonar derecha tras radiografía de tórax por accidente leve. La paciente se encuentra asintomática, con constantes en rango y exploración por aparatos y sistemas normal. Sin otros antecedentes de interés. Se realizan Rx tórax, TAC de tórax y RMN cerebral, hallándose una lesión quística bien delimitada en lóbulo pulmonar inferior derecho (6,3x4,8x6,7 cm) con atelectasia compresiva y ausencia de gas o derrame. Hallazgo incidental de pequeña imagen quística en hígado. Sin afectación cerebral. Eosinofilia y serología de hidatidosis positiva: 1/5120 (significativo desde 1/320). Resto sin hallazgos. Con el resultado analítico, así como de las pruebas de imagen, se establece el diagnóstico de quiste hidatídico pulmonar. Se realizó escisión quirúrgica del lóbulo inferior con excelente evolución posquirúrgica.

Comentarios. La hidatidosis pulmonar debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas pulmonares, especialmente en zonas endémicas. La presentación pulmonar es la más frecuente en niños, pudiendo ser asintomático. El éxito terapéutico combina cirugía y albendazol.

P 17. Dolor en las extremidades en Urgencias: vasculitis urticarial. *Méndez Pérez L, García Pereiro A, Montero Díaz N, Cimadevilla Fernández R, Menéndez Iglesias P, Fernández Cueto L, Garrido García E, Murias Loza S. Área de Gestión Clínica de la Infancia y la Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias.*

Introducción. La vasculitis urticarial es una vasculitis de pequeño vaso infrecuente en niños, se caracteriza por lesiones urticariformes secundarias a inflamación vascular. A diferencia de la urticaria aguda, suele persistir más de 24 horas y ser dolorosa, además de presentar edema periarticular ("pseudoartritis") y presentar hiperpigmentación. Puede asociar fiebre y manifestaciones sistémicas, estas últimas raras en niños. Puede ser idiopática o secundaria a infecciones, fármacos o autoinmunidad e hipocomplementemia. El diagnóstico es clínico, pudiendo apoyarse en analítica y, en casos seleccionados, biopsia cutánea. El tratamiento depende de la repercusión clínica, empleando antihistamínicos y AINE en formas leves y corticoterapia sistémica en casos moderados.

Caso clínico. Niño de 2 años con antecedente de infección por gripe A 15 días antes. Abuela materna con esclerodermia. Consulta por exantema habonoso aparentemente doloroso de 24 horas de evolución, inicio en tronco con coloración violácea y extensión al resto del cuerpo asocian-

do edema periarticular de rodillas y tobillos. Se inicia tratamiento con corticoide oral constatando mejoría a las 24 horas e iniciando pauta descendente los días siguientes. Precisó segunda pauta esteroidea por reaparición de clínica cutánea tras suspender tratamiento inicial; con respuesta satisfactoria. Se completaron estudios analíticos incluyendo inmunoglobulinas, complemento, anticuerpos (ANCA, ANA) y exudado faríngeo para virología; con resultados normales.

Comentarios. La vasculitis urticarial, también denominada eritema multiforme, debe considerarse ante urticaria persistente más de 24 horas, dolorosa más que pruriginosa y/o con pigmentación/púrpura residual, sin afectación de mucosas. A menudo muestra predominio acral siendo frecuente la cojera/rechazo de la marcha por dolor de extremidades. Su reconocimiento es importante para poder orientar adecuadamente las pruebas complementarias y tratamiento. Aunque la mayoría de los casos pediátricos presenta evolución benigna y autolimitada, es recomendable descartar causas infecciosas y valorar enfermedades autoinmunes en casos de evolución tórpida.

P 18. Cojera y tortícolis como debut de artritis idiopática juvenil sistémica: a propósito de un caso. *Marrón Alonso M, Bujedo Muñoz A, Matilla Sainz-Aja N, Navarro Abia V, Conejo Moreno D, Gabaldón Pastor D, Pérez Santaolalla E, Colazo Burlato MR. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La artritis idiopática juvenil (AIJ) sistémica se engloba dentro de las enfermedades autoinflamatorias (activación del sistema inmunitario innato con sobreproducción de IL-6 e IL-1 β). Se caracteriza por fiebre diaria, exantema asalmonado evanescente, linfadenopatías, visceromegalías, serositis y elevación de reactantes de fase aguda (RFA).

Caso clínico. Niña de 3 años con cuadro de artralgias poliarticulares, fiebre en picos prolongada sin foco y tortícolis con postura antiálgica compensadora. A la exploración exantema macular asalmonado evanescente que incrementa con la fiebre, microadenopatías laterocervicales bilaterales y marcha parética derecha. Pruebas complementarias con analítica sanguínea (leucocitosis con neutrofilia y elevación de RFA (VSG 79 mm, ferritina 959 ng/mL) y aspirado nasofaríngeo positivo para Coronavirus HKU1. Resto de pruebas negativas: hemocultivo, sistemático de orina, quantiferón, radiografía de tórax, serologías, factor reumatoide, complemento, anticuerpos antinucleares, inmunoglobulinas, coprocultivo, exudado faringoamigdal, frotis de sangre periférica, punción lumbar, biopsia de médula ósea, radiografía y ecografía de miembro inferior derecho, ecografía abdominal y resonancia magnética cerebral, de columna cervical y rastreo medular (por aparición

de odinofagia y dificultad para deglutir). Durante el ingreso recibe tratamiento inicial con AINEs (ibuprofeno a 40 mg/kg/día), sin mejoría tras 3 días por lo que se inicia prednisolona a 1 mg/kg/día con resolución de la clínica. Tras pauta descendente de corticoterapia reinicia la sintomatología por lo que queda pendiente de inicio de tratamiento inmunosupresor con anti IL6 o IL1.

Comentario. Caso clínico con sospecha de AIJ tras exhaustivo diagnóstico diferencial, Coronavirus HKU1 probablemente incidental. Patrón de corticodependencia que justificaría inicio de inhibidores de IL-1/IL-6. Requiere vigilancia estrecha de posibles complicaciones, especialmente del síndrome de activación macrofágica.

P 19. Orina roja en niños: abordaje más allá de la infección de orina. *Posadilla Suárez P, Díez Llamazares L, Fernández Álvarez M, Fernández Prieto A, López Pérez E, Gutiérrez Porro X, Blanco González A, López Iniesta S. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

Introducción. La aparición de orina rojiza suele despertar de manera inmediata la sospecha de infección urinaria. Confiar únicamente en la impresión inicial puede retrasar la identificación de procesos menos frecuentes pero relevantes en el manejo clínico.

Caso clínico. Niña de 2 años que acude por fiebre de 72 horas de evolución y orinas oscuras con leve cuadro catarral. Fue valorada 24 horas antes en urgencias con prueba de virus respiratorios positiva para respiratorio sincitial y ecografía pulmonar normal. Se realiza sistemático de orina con presencia de hematíes (200), leucocituria (70), nitritos positivos y proteinuria (100); se remite muestra a sedimento y urocultivo. En la analítica sanguínea inicial destacan reactantes de fase aguda elevados, leucocitosis y hemoglobina de 9,1 g/dL. Ante la sospecha de infección urinaria febril se decide ingreso y tratamiento con cefotaxima intravenosa. Durante la hospitalización la fiebre y orinas oscuras se resolvieron a las 48 horas, con descenso progresivo de la proteinuria. Se realiza ecografía y gammagrafía renal con mínima ectasia pielocalicial y urocultivo negativo. Controles analíticos sucesivos mostraron descenso progresivo de hemoglobina hasta 6,7 g/dL, LDH aumentada y disminución de haptoglobina, sin aumento de bilirrubina. La revisión del sedimento inicial no mostró hematíes, siendo compatible con hemoglobinuria. Ante la sospecha de hemólisis se solicita test de Coombs positivo y se confirma diagnóstico de hemoglobinuria paroxística a frigore mediante test de Donath-Landsteiner.

Comentario. Este caso destaca la importancia de considerar causas hemolíticas poco frecuentes ante orina roja

y anemia, asegurando la identificación precoz y un manejo adecuado.

P 20. Eccema numular en Pediatría: un reto diagnóstico frente a la dermatitis atópica. *Izaguirre Lugo AJ¹, Pascual Sánchez M², Morante Navarro MC¹.* ¹Medicina Familiar y Comunitaria; ²Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Ávila Estación. Ávila.

Introducción. Este caso pretende dar visibilidad a una patología poco frecuente en niños: el eccema numular.

Caso clínico. Niña de 2 años sana, acude a consulta por lesión única en región dorsal izquierda papular sobre elevada de coloración parduzca, según refiere la madre desde el nacimiento y últimamente pruriginosa, por lo que se realiza interconsulta a dermatología, con posible diagnóstico de hamartoma/nevus verrucoso pauta corticoide local hasta valoración. A la semana acude por empeoramiento de la lesión inicial presentando signos de sobreinfección y lesiones satélite micropapulosa, rugosa a la palpación localizadas en espalda, asociando al tratamiento antibiótico tópico. Persiste empeoramiento progresivo y aparición de nuevas lesiones en ambos miembros superiores e inferiores consistentes en placas circulares eritematocostrosas pruriginosas, dada la evolución tórpida se inicia antibiótico oral y se realiza nueva interconsulta a Dermatología, quien decide biopsia de la lesión inicial destacando: cambios morfológicos a favor de lesión inflamatoria de tipo impétigo, por lo que se continuó con tratamiento antibiótico asociado a corticoide vía oral. Siendo de nuevo la evolución desfavorable, las lesiones persistían sin cambios y además presentó complicación con probable reacción alérgica al esparadrapo por lo que se deriva nuevamente a Dermatología, planteando como posible diagnóstico eccema numular y otras posibilidades de tratamiento, en este caso se inició metotrexato.

Comentario. El eccema numular tiene una prevalencia de 2/1.000 a nivel mundial. Las lesiones son placas eczematosas en forma de moneda. El diagnóstico es clínico y el tratamiento habitual con corticoides e higiene puede no ser suficiente precisando otras opciones terapéuticas en casos de evolución tórpida.

P 21. Cuando la piel habla al nacer: lesiones papulosas eritematosas múltiples en el recién nacido. *Blanco Rodríguez P¹, Madruga Zaera A¹, García Sánchez M¹, Paíno Román M¹, Cebrián Soria P¹, Fraile Alonso, MC², Mateos Polo M¹, Garrido Pedraz JM¹.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Dermatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. Las lesiones cutáneas pápulo-eritematosas congénitas constituyen un reto debido a su amplio espectro de diagnóstico diferencial. La histiocitosis de células de Langerhans es un trastorno poco frecuente del sistema monocito-macrófago con gran heterogeneidad clínica. La afectación cutánea es común en neonatos y lactantes. Es importante reconocer los patrones que pueden adoptar las lesiones para diagnosticar precozmente la enfermedad y descartar afectación multisistémica.

Caso clínico. Recién nacido a término que presenta al nacimiento múltiples lesiones pápulo-eritematosas generalizadas, bien definidas, inferiores a 2 cm, algunas con halo eritematoso. Dada la estabilidad clínica y ausencia de otros síntomas se decide observación y estudio en maternidad. Durante su estancia no aparecen nuevas lesiones, y las presentes adquieren un aspecto costroso, con disminución progresiva del halo inflamatorio. Inicialmente se plantea el diagnóstico diferencial con hemangiomatosis neonatal y mastocitosis cutánea. En la ecografía abdominal y transfontanelar se descartan hemangiomas viscerales. La histología confirma el diagnóstico de células de Langerhans congénita con BRAF mutado. En dos semanas las lesiones evolucionan hacia la resolución, quedando alguna costra residual en calota y cuello. Actualmente el paciente es estudiado para descartar afectación sistémica.

Comentarios. Las lesiones cutáneas eritematosas en el periodo neonatal pueden ser la manifestación inicial de la histiocitosis de células de Langerhans. En ocasiones son polimórficas, su reconocimiento clínico permite orientar el diagnóstico y confirmarlo mediante biopsia cutánea. En los neonatos debe descartarse afectación sistémica y mantener un seguimiento estrecho. La mayoría de casos tienen buen pronóstico y no precisan tratamiento.

P 22. ¿A ver quién mira la zona genital y lo diagnostica a la primera? *De la Puente Arévalo A¹, Trastoy Jiménez E², Rodríguez Rosas MR², Corral de la Calle M³.* ¹Pediatra; ²Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Ávila Norte, Ávila. ³Sección de Dermatología. Complejo Asistencial de Ávila. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

Introducción. El liquen escleroso es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel caracterizada por placas blanquecinas atróficas que afectan con mayor frecuencia la región anogenital. Presenta una distribución bimodal por edad, predominando en mujeres posmenopáusicas y, en menor proporción, en niñas prepúberes. Puede asociar comorbilidad autoinmune.

Caso clínico. Presentamos una paciente de siete años con antecedente de estreñimiento funcional persistente. La madre consulta tras observarla lesiones en el clítoris al revisarla por molestias. En la exploración se observan dos posibles hematomas milimétricos sin otras lesiones. La madre comenta que pudo lesionarse con la cremallera del pantalón. Durante el seguimiento las lesiones persisten y aparece rascado. Una nueva exploración evidencia piel más blanquecina, lo que hace sospechar liquen escleroso vulvar. Se deriva a dermatología, donde se confirma el diagnóstico e inicia tratamiento con furoato de mometasona cada 12 horas hasta desaparición del prurito, seguido de mantenimiento dos noches por semana. Recomendándose además ropa interior de algodón y evitar prendas ajustadas. El estudio analítico con perfil de autoinmunidad resulta normal. Actualmente la paciente permanece asintomática y sin lesiones.

Comentarios. Como en este caso es habitual una demora en el diagnóstico del liquen escleroso vulvar en edad pediátrica. Reconocer esta dermatosis es importante ya que puede simular otros cuadros como dermatitis que no curan y lesiones secundarias a un abuso sexual entre otros. En pacientes de menor edad es causa frecuente de estreñimiento y sangrado por fisuras. El tratamiento de primera línea son corticoides tópicos potentes o ultrapotentes.

P 23. Siringomas vulvares: a propósito de un caso clínico. Ortega Macías M¹, Salamanca Zarzuela B¹, Mata Jorge M², Morales Moreno AJ², María Guerrero R², Asensio Valencia D².

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Servicio de Pediatría. Centro de Salud Parquesol. Valladolid.

Introducción. Los siringomas son lesiones cutáneas benignas derivadas de estructuras glandulares, generalmente pequeñas y de crecimiento lento. Aunque suelen aparecer en otras localizaciones, su presencia en la vulva es poco habitual, especialmente en niñas. Su infrecuencia puede generar incertidumbre diagnóstica y preocupación familiar, motivando consultas frecuentes, por lo que el reconocimiento de esta entidad resulta relevante en el ámbito pediátrico.

Caso clínico. Paciente de 9 años, con antecedente de pubertad precoz central en seguimiento en endocrinología infantil, que acude por la aparición progresiva de múltiples pápulas del color de la piel en labios mayores. Las lesiones son completamente asintomáticas, sin dolor ni prurito, y no han mostrado cambios en tamaño, coloración o número desde su aparición. A la exploración se observan pápulas pequeñas, firmes, bien delimitadas, sin signos inflamatorios con piel circundante de aspecto normal. La paciente pre-

senta buen estado general, sin otros hallazgos cutáneos ni síntomas sistémicos asociados. La morfología y distribución de las pápulas orientan hacia la posibilidad de siringomas vulvares como diagnóstico.

Comentarios. Los siringomas pueden asemejarse a otras entidades de la región vulvar, siendo fundamental realizar un diagnóstico diferencial adecuado. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basado en la morfología característica de las lesiones, sin necesidad de pruebas complementarias. El manejo suele ser conservador, ya que no producen síntomas ni complicaciones; reservándose las opciones terapéuticas para motivos estéticos o casos seleccionados. La identificación de esta entidad infrecuente en la edad pediátrica resulta importante para evitar intervenciones innecesarias y ofrecer una adecuada orientación a las familias.

P 24. Escaldadura extensa en lactante con afectación de pies: manejo integral y evolución favorable sin injerto. Gómez Menduñía J, Martín-Pérez Barjola J, García González I, Galbán de Marcos E, Fernández González S, Khemlani Ramchand SY, Morales Moreno AJ, Barrio Alonso MP. Servicio Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. Las quemaduras representan una de las principales causas de lesión accidental en la infancia, siendo las escaldaduras el mecanismo más frecuente en menores de 5 años. Las lesiones extensas o localizadas en zonas funcionales suponen un riesgo elevado de complicaciones, secuelas y necesidad de tratamiento especializado, por lo que el reconocimiento precoz de su gravedad y el manejo integral resultan fundamentales.

Caso clínico. Lactante mujer de 23 meses que acude por quemaduras por escaldadura tras caída accidental en bañera con agua caliente. Presenta afectación bilateral de miembros inferiores, con compromiso de dorso y planta del pie izquierdo y despegamiento epidérmico. La superficie corporal quemada se estima en un 13,5% según Lund-Browder, compatible con quemaduras de espesor parcial profundo. Se inicia manejo hospitalario con fluidoterapia intravenosa, analgesia intensiva y curas seriadas bajo sedoanalgesia. El tratamiento local incluye sulfadiazina argéntica y apósitos con plata de liberación sostenida. Durante el ingreso desarrolla bacteriemia por *Acinetobacter ursingii* y coinfección por gripe A, precisando antibioterapia dirigida. A pesar de la extensión, la profundidad y la afectación de una zona funcional de alto riesgo, la evolución es favorable, con epitelización progresiva y sin necesidad de injerto cutáneo.

Conclusiones. Las quemaduras > 10% de superficie corporal o con afectación grave localizada requieren ingreso y abordaje multidisciplinar. El uso de apósitos avanzados con plata, junto con un adecuado control del dolor y la detección precoz de complicaciones infecciosas, puede favorecer la cicatrización y evitar cirugía. Este caso destaca la importancia del manejo especializado precoz y refuerza el papel clave de la prevención de escaldaduras en el entorno domiciliario.

P 25. Lo que no se conoce no se diagnostica: exantema perifleural asimétrico de la infancia. *Portillo Sanz L, Buje-do Muñoz A, Mirás Veiga A, Urquiza Físico JL, Dios Puebla ME, Marrón Alonso M, Tejero Pastor L. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El exantema perifleural asimétrico de la infancia es una dermatosis benigna y autolimitada que afecta a lactantes y preescolares. Caracterizado por erupción maculopapular unilateral de inicio perifleural, habitualmente en región axilar y rara vez en rodilla o ingle, puede extenderse de forma centrífuga al hemicuerpo ipsilateral manteniendo distribución asimétrica. De etiología incierta, aunque se ha relacionado con infecciones virales. El diagnóstico es clínico y el tratamiento sintomático.

Caso clínico. Varón de 5 años, acude a Urgencias por exantema cutáneo de una semana de evolución localizado en extremidad inferior derecha. A la exploración física, lesiones micropapulosas agrupadas sobre base eritematosa en cara anterior de dicha extremidad, con prurito leve, no dolorosas. Afebril, sin otra sintomatología. No afectación de palmas, plantas ni mucosas. No lesiones cutáneas en convivientes. No aplicación previa de cosméticos o irritantes. Ante la sospecha inicial de dermatosis inflamatoria inespecífica, se indica tratamiento con corticoide tópico. Al día siguiente reconsulta por ausencia de mejoría, objetivándose extensión de las lesiones en misma extremidad sin afectarse hemicuerpo contralateral. Por las características clínicas y la evolución del cuadro se diagnostica de exantema perifleural asimétrico de la infancia, indicándose tratamiento sintomático con cetirizina oral.

Comentarios. El exantema perifleural asimétrico de la infancia se encuentra infradiagnosticado por su desconocimiento en la práctica clínica, conduciendo al empleo de tratamientos innecesarios. Este caso resalta la importancia de considerarlo incluso en localizaciones atípicas. Reconocerlo permite informar adecuadamente a las familias sobre su carácter benigno y autolimitado, pudiendo ajustar expectativas sobre la evolución clínica evitando futuras reconsultas.

P 26. Más allá de una simple mancha. *López Pérez E¹, Gutiérrez Porro X¹, Blanco González A¹, Posadilla Suárez P¹, Fernández Prieto A¹, López Blanco G¹, Arredondo Montero J². ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

Introducción. El nevus de Becker es un hamartoma hiperpigmentado asimétrico, a menudo asociado a hipertrichosis, y que suele localizarse en la región torácica. Aunque es infrecuente, es más prevalente en varones y aparece al inicio de la pubertad. De probable origen genético, puede verse incluido en un síndrome con su propio nombre, que asocia, además, hipoplasia muscular (pectoral/mamaria), trastornos esqueléticos (escoliosis) y lipodistrofia. Por ello, es importante realizar un buen diagnóstico diferencial y seguimiento que descarte dichas malformaciones.

Caso clínico. Niña de 12 años, sin antecedentes de interés, valorada hace 5 años por la presencia de una mancha hipercrómica no dolorosa ni pruriginosa en la región izquierda del tórax de reciente aparición. Acude por inicio de pectus carinatum condrogliolar derecho y se procede a solicitar diversos estudios –biopsia cutánea, radiografía vertebral, ecocardiografía y ecografía mamaria– que resultaron anodinos, excepto por una insuficiencia mitral leve secundaria a prolapso de válvula mitral y mínima giba escoliótica. Por ello, se confirma el diagnóstico de Nevus de Becker, aparentemente no sindrómico. En el momento actual, la lesión se mantiene sin cambios y la paciente presenta un desarrollo normal.

Comentarios. El nevus de Becker es una entidad benigna, que no requiere tratamiento, salvo por motivos estéticos. Presenta un curso estable con oscurecimiento de la lesiones y posible hipertrichosis por elevación de andrógenos. Es necesario realizar una exploración completa para descartar posibles anomalías concomitantes.

P 27. Anomalía vascular congénita como parte de un síndrome. Mutación en el gen RASA1. *Galbán de Marcos E, Matías del Pozo V, Fraile Manzano M, Gómez Mendiña J, Molero Jaén J, García González I, Infante López ME, Sánchez Minguez A. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. La mutación del gen *RASA1* es un trastorno autonómico dominante que provoca el síndrome de malformación capilar-malformación arteriovenosa-1 (CMAVM1). Se caracteriza por la presencia de malformaciones capilares; suelen ser multifocales y estar rodeadas por un halo pálido con un punto rojo central. A menudo, se asocian con malformaciones vasculares de flujo rápido, incluyendo malforma-

ciones arteriovenosas (MAV) y fístulas arteriovenosas (FAV), y síndrome de Parkes Weber (PKWS). Las MAV generalmente se presentan en el cerebro, en la cara o extremidades, con posibles complicaciones como hemorragias en la localización de las lesiones.

Caso clínico. Recién nacida con lesión maculosa eritematoviolácea al nacimiento en zona costo dorsal izquierda de más de 10 centímetros de diámetro, que sobrepasa la línea media, además de pequeñas lesiones maculares eritematosas en brazos, piernas y lesión macular violácea de 1 cm mejilla izquierda. Ninguna de las lesiones presentaba aumento de temperatura, ni *flutter*. La paciente contaba con antecedente familiar confirmado de mutación patogénica en gen *RASA1*. Se solicita valoración a Dermatología y estudio ecográfico. No se visualiza malformación arteriovenosa subyacente a la lesión en el momento actual y se descartan a otros niveles. Estudio genético positivo para la mutación *RASA1*. Debe realizarse seguimiento evolutivo.

Comentarios. Ante la sospecha de síndrome de malformación capilar-malformación arteriovenosa-1, se debe realizar una exploración física detallada, así como una historia clínica completa investigando sobre antecedentes familiares. Se debe realizar seguimiento y estudio complementario que descarte otras MAV y FAV asociadas.

P 28. Enfrentando una tiña rebelde. de Juan Vázquez D¹, Álvarez Blanco E¹, Viñolas Cuadros A², de la Iglesia Rivaya A¹, Corihuela Menéndez P¹, González García L¹. ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias.

Introducción. Las micosis cutáneas pueden suponer lesiones de manejo complejo ante su variabilidad, la mala respuesta a tratamientos habituales, y la posible asociación con otras dermatosis.

Caso clínico. Niño de 8 años con evolución tórpida de placa eritematodescamativa en muslo derecho de 15 días de evolución. 5 días antes es diagnosticado de impétigo, iniciándose mupirocina, suspendida a los 2 días por mala respuesta y aparición de eritema perilesional. Negaba otra sintomatología, picaduras o viajes recientes. Reside en entorno rural con ovejas y cabras. A la exploración presenta lesión redondeada descamativa de 2-3 cm en cara interna de muslo derecho con halo descamativo y extenso eritema perilesional con calor y dolor local a la palpación. Ante sospecha de tiña corporis con celulitis acompañante se pautan cefadroxilo oral y ketoconazol tópico. Reconsulta a los 3 días por nula mejoría. Valorado por dermatología, indicando misma sospecha diagnóstica de tiña pero acompañada de reacción

inflamatoria perilesional, pautando terbinafina y prednisolona orales y ketoconazol tópico. Cultivos recogidos, tras 3 días de ketoconazol, fueron negativos. Resolución a los 11 días, persistiendo hipopigmentación postinflamatoria residual.

Comentarios. La tiña corporis es una micosis cutánea a sospechar ante lesiones eritematodescamativas en pacientes con contacto habitual con animales. El diagnóstico es fundamentalmente clínico-epidemiológico, pudiendo ser el cultivo lesional negativo dependiendo del hongo implicado y la administración previa de tratamientos antiinflamatorios o antifúngicos. Puede acompañarse de una reacción inflamatoria perilesional, especialmente en casos por contagio animal, como en el caso descrito, simulando una celulitis, de evolución tórpida al no responder al tratamiento habitual.

P 29. Tiña capitis en edad pediátrica: importancia del contexto comunitario en su transmisión. Redondo Aparicio S, Nieto Sánchez RM, García Saseta P, Fraile Manzano MI, García González I, Molero Jaén J, Martín-Pérez Barjola J, Galbán de Marcos E. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La tiña capitis es una infección dermatofítica frecuente en la infancia que afecta cuero cabelludo y folículo piloso. Se presenta habitualmente como placas descamativas con alopecia y su transmisión puede producirse por contacto directo entre personas, especialmente en entornos comunitarios. El diagnóstico se confirma mediante estudio micológico y el tratamiento requiere antifúngicos sistémicos en ocasiones.

Caso clínico. Niña de 7 años valorada en varias ocasiones por su pediatra por lesiones en cuero cabelludo de cuatro semanas de evolución. Las lesiones asocian placas de alopecia. Había iniciado tratamiento tópico con ketoconazol sin mejoría. No presentaba antecedentes personales de interés niega viajes recientes o contacto con animales. La familia reside en un centro de acogida junto a otras familias, donde otra niña presentaba lesiones similar. Exploración física en urgencias, presentaba buen estado general. En región parietal izquierda se objetivaban tres placas alopécicas con escamas blanquecinas, una de aproximadamente 2x2 cm y dos de 1x1 cm, sin desprendimiento de cabellos periféricos. Se realizó cultivo micológico de escamas del cuero cabelludo, observándose crecimiento de *Microsporum audouinii*. Se inició tratamiento con griseofulvina oral (10 mg/kg/día) durante al menos seis semanas, asociado a champú antifúngico ketoconazol dos veces por semana.

Comentarios. *Microsporum audouinii* es un dermatofito antropofílico asociado a transmisión interpersonal y brotes en

comunidades cerradas. El tratamiento tópico aislado suele ser insuficiente, siendo necesario tratamiento sistémico. La identificación del agente causal permite orientar el manejo y aplicar medidas para prevenir la transmisión en entornos colectivos.

P 30. Diagnóstico oculto tras una dermatitis persistente: síndrome de Netherton. De Pablo García M¹, Martín Galán E², Navarro Cáceres A³, Sánchez-Villares Lorenzo C⁴. ¹Pediatría Atención Primaria. Centro de Atención Primaria Capuchinos. Salamanca; ²Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca. ³Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Atención Primaria San Juan. Salamanca. ⁴Pediatría Atención Primaria. Centro de Atención Primaria Ciudad Rodrigo. Ciudad Rodrigo, Salamanca.

Introducción. El síndrome de Netherton constituye una genodermatosis rara de herencia autosómica recesiva. Su prevalencia estimada es de uno por cada 100.000-200.000 nacidos vivos. Está causado por alteraciones en el gen *SPINK5* (5q32), que codifica el inhibidor de serin-proteasas LEKTI (*Lympho-Epithelial Kazal-Type Inhibitor*). La disfunción de esta proteína provoca una hiperactividad de proteasas epidérmicas, alteración de la cohesión del estrato córneo y defecto grave de la barrera cutánea, con aumento de pérdida de agua y mayor susceptibilidad infecciosa. Clínicamente suele manifestarse desde el periodo neonatal con eritrodermia congénita o ictiosis lineal circunfleja, descamación intensa y marcada xerosis. Es característica la tricorrexia invaginada (“cabello en bambú”).

Caso clínico. Presentamos el caso de un adolescente de 14 años, en seguimiento por Dermatología desde hace 4 años por lesiones tipo ictiosis lineal circunfleja en tronco y miembros, máculas hipocrómicas y afectación palmoplantar con microvesículas y pústulas, descamación y maceración. Había recibido hasta el momento tratamiento con corticoides sistémicos, tópicos, derivados de vitamina D, tacrolimus y ciclosporina oral, con escasa mejoría. Se solicita estudio genético con variante *SPINK5*, que resulta positivo, confirmando el diagnóstico de Síndrome de Netherton. Escasa mejoría y fracaso secundario con ixekizumab y dupilumab, respectivamente. En este momento, en tratamiento con upadacitinib, con mejoría notable de las lesiones.

Comentarios. El diagnóstico se basa en la clínica característica y la confirmación genética mediante variantes en *SPINK5*. El manejo es fundamentalmente sintomático y multidisciplinar, orientado a restaurar la barrera cutánea, prevenir infecciones y controlar las manifestaciones atópicas.

P 31. Tiña: un ejemplo de medicina migratoria en salud rural. Tejero Pastor L¹, Portillo Sanz L¹, Bujedo Muñoz A¹, Díos Puebla E¹, Mañaricua Arnaiz A². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ²Servicio de Pediatría. Centro de Salud de Aranda. Burgos.

Introducción. El papel de la Atención Primaria es esencial en la atención a la población migrante. En este contexto, la tiña ha adquirido relevancia por su elevada contagiosidad y su prevalencia en determinadas condiciones de vida. En algunos países, más del 25% de los escolares menores de 10 años la padecen, y en España su incidencia ha aumentado en los últimos años. Es una infección causada por dermatofitos que afectan a la piel, pelo y uñas, transmitiéndose por contacto directo a través de fómites contaminados. Una forma inflamatoria poco frecuente es el querión de Celso, caracterizado por placas dolorosas e inflamatorias con pústulas y supuración. Aunque generalmente es benigno, la aparición de resistencias a los antifúngicos habituales constituye un problema de salud pública emergente, especialmente en Asia sudoriental y África.

Caso clínico. Niño de 2 años, originario de Senegal, acude al Centro de Salud por lesión redondeada en región parietocipital de 3 meses de evolución. Presenta placa eritematosa, pustulosa y pruriginosa, asociada a dos adenopatías occipitales no dolorosas. Ante sospecha de tiña inflamatoria, se pauta griseofulvina 15 mg/kg/día y lavados con ketoconazol 2 veces/semana. Se mantiene tratamiento hasta completar 8 semanas, con resolución completa del cuadro.



Comentarios. El querión de Celso puede confundirse con una infección bacteriana, suponiendo un retraso en el diagnóstico. Su reconocimiento es especialmente relevante, ya que la evolución sin tratamiento puede ocasionar alopecia cicatricial permanente. El diagnóstico temprano y el inicio del tratamiento antifúngico resultan fundamentales para prevenir secuelas.

P 32. Características clínicas y manejo terapéutico de morfea en pediatría: serie de casos. Posadilla Suárez P¹, Fernández Prieto A¹, López Pérez E¹, Gutiérrez Porro X¹, Blanco González A, Martínez Sáenz de Jubera J², Rodríguez Blanco S¹. ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León. ²Servicio de Pediatría de Atención Primaria de León. León.

Introducción. La esclerodermia localizada o morfea es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta principalmente a la dermis y al tejido subyacente, sin compromiso sistémico, cuyo diagnóstico es fundamentalmente clínico. Se caracteriza por placas o bandas de induración cutánea que pueden evolucionar hacia atrofia o alteraciones pigmentarias. Aunque su curso suele limitarse a la piel, existen determinadas variantes que pueden asociar repercusiones funcionales significativas.

Casos clínicos. Caso 1: Varón diagnosticado a los 9 años de edad con esclerosis cutánea lineal tipo *coup de sabre*. Localización frontal izquierda con afectación de tejido celular subcutáneo y leve afectación ósea. Diagnóstico: biopsia compatible y neuroimagen con adelgazamiento de hueso de calota subyacente a lesión cutánea. Analítica, autoinmunidad y serologías normales. Tratamiento con metotrexato y corticoide oral con adecuada evolución.

Caso 2: Varón diagnosticado a los 6 años de edad con placa de morfea en zona dorso-lumbar. Diagnóstico: biopsia compatible. Tratamiento: corticoide tópico con estabilidad clínica.

Caso 3: Varón diagnosticado a los 7 años de edad con placa frontal izquierda hiperpigmentada tipo *coup de sabre*. Diagnóstico: neuroimagen con adelgazamiento de dermis en región frontal. Estabilidad de la lesión sin tratamiento.

Caso 4: Mujer de 3 años con placa dorsolumbar derecha con halo eritematoso. Diagnóstico: clínico. Analítica y autoinmunidad normales. Tratamiento: corticoide tópico, rechaza metotrexato.

Comentario. La morfea pediátrica presenta gran variabilidad clínica, que puede retrasar su diagnóstico. El reconocimiento precoz y la instauración temprana del tratamiento resultan fundamentales para limitar la progresión de la enfermedad y prevenir secuelas funcionales y estéticas.

P 33. "Un golpe de mala suerte". Rubio Rodríguez F, Marrero Calvo M, Jiménez Saucedo MP, Pérez Benito M, Ruiz-Ayúcar de Vega I, Expósito de Mena H, Gutiérrez Moreno M, De Pedro del Valle S. Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

Introducción. Los quistes dermoides de la fontanela anterior son lesiones benignas congénitas que representan entre

el 0,1% y el 0,5% de los tumores craneales, y alrededor del 25% se localizan en la fontanela anterior. Una complicación a tener en cuenta, aunque excepcional, es la rotura tras un traumatismo, lo que puede modificar las características clínicas del quiste. Ante la sospecha de rotura, es fundamental la valoración urgente para descartar complicaciones.

Caso clínico. Niño de tres meses y medio, previamente valorado a los dos y tres meses por un bultoma en línea media, en la zona anterior de la fontanela bregmática con aumento de tamaño de forma progresiva. Se realizaron ecografías transfontanelares, compatibles con quiste dermoide, pero no se pudo descartar completamente la existencia de una comunicación intracraneal, por lo que estaba pendiente de realizar RMN craneal. A los tres meses y medio acude a urgencias porque, tras un traumatismo craneal mínimo, el quiste modificó características: perdió bordes definidos y consistencia y aumentó de tamaño en extensión. La sospecha clínica fue rotura del quiste, confirmándose por ecografía cerebral y posteriormente mediante una TAC descartando complicaciones.

Comentarios. Este caso subraya la necesidad de considerar la rotura de un quiste dermoide tras un traumatismo leve y la importancia de una valoración urgente para descartar complicaciones graves. Es una complicación extraordinariamente infrecuente pero potencialmente grave.

P 34. Síndrome hemolítico urémico en Pediatría: a propósito de un caso. Portillo Sanz L¹, Carrasco Villanueva MJ², Melgosa Peña M¹, Recalde Tabar A¹, Mirás Veiga A¹, Gómez Sánchez E¹, Dios Puebla ME¹, Santamaría Sanz PI¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ²Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.

Introducción. El síndrome hemolítico urémico (SHU) es una microangiopatía trombótica caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y daño renal agudo. Se clasifica en SHU típico, asociado a diarrea por bacterias productoras de shigatoxina; y SHU atípico, relacionado con alteraciones del complemento y causas secundarias.

Caso clínico. Niño de 4 años con fiebre, mucosidad, vómitos y diarrea de dos días de evolución, derivado a Urgencias por orina colúrica. Exploración física normal. Analítica sanguínea con trombopenia (12.000/ μ L), datos de insuficiencia renal aguda (urea 86 mg/dL y creatinina 0,87 mg/dL) y hemólisis (esquistocitos y haptoglobina disminuida), sugestivo de SHU. Tras sondaje vesical, inicia hematuria franca con *shock* hipovolémico que requiere expansión con volumen, por lo que

ingresa en UCIP. Se amplía estudio de SHU hallándose test de Coombs directo negativo, complemento normal, y PCR en heces positiva para *Giardia lamblia* y Norovirus y virus *Influenza A H3* positivo en aspirado nasofaríngeo, por lo que se diagnostica de SHU atípico por gripe. Precisa amlodipino por hipertensión arterial durante 5 días. Normalización de la función renal progresivamente sin precisar tratamiento renal sustitutivo, con desaparición de la hematuria a los 7 días. Ante evolución favorable se decide alta con seguimiento en Nefrología Infantil.

Comentarios. La sospecha clínica precoz del SHU es esencial para prevenir complicaciones y mejorar el pronóstico. Este caso ilustra la posible implicación de agentes infecciosos no habituales y la necesidad de extremar la precaución ante procedimientos invasivos en presencia de trombocitopenia significativa dado el elevado riesgo hemorrágico.

P 35. De la gastroenteritis a la hemodiafiltración continua venovenosa: a propósito de un caso. *Martín Irazo N, Carrasco Villanueva MJ, Sierra Águila M, Haupt Arabia V, De la Torre Santos SI, Gutiérrez Zamorano M, Fernández Alonso JE, Peña Valenceja A.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia

Introducción. El síndrome hemolítico urémico (SHU) es una de las principales causas de insuficiencia renal aguda en pediatría. Se caracteriza por la tríada clásica de anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda, generalmente precedida por un cuadro gastrointestinal infeccioso. El manejo suele requerir hospitalización y, en los casos más graves, ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Caso clínico. Se presenta el caso de una paciente de 2 años con antecedentes de ectasia renal izquierda leve e intervenida por ureterocele izquierdo. Acude por vómitos alimenticios abundantes y deposiciones líquidas con sangre, diuresis conservada en ese momento. Ingresó para sueroterapia, control de síntomas, e inicio de tolerancia oral. Coprocultivo positivo *E. coli* O157 productora toxina *Shiga* stx1/stx2. Al 2º día de ingreso se objetiva edema facial y oliguria. Análítica sanguínea de control con anemia 9,8 g/dL (ingreso: 12,4 g/dL) y trombocitopenia 83.000 (ingreso: 288.000), creatinina de 2 mg/dL y urea de 46 mg/dL. Ante cuadro clínico compatible con síndrome hemolítico urémico se contacta con la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de referencia para traslado. Se realiza monitorización hemodinámica, control del balance hídrico, soporte renal y seguimiento analítico estrecho. La evolución fue favorable, con mejoría de la función renal y estabilización hematológica,

lo que permitió su traslado a planta y posterior alta con seguimiento por nefrología pediátrica.

Comentarios. El SHU típico continúa siendo una patología relevante en pediatría por su potencial gravedad y riesgo de complicaciones renales. El diagnóstico precoz y el tratamiento de soporte intensivo son fundamentales para mejorar el pronóstico. Asimismo, el seguimiento a largo plazo es esencial debido al riesgo de secuelas renales.

P 36. Neumomediastino y enfisema subcutáneo traumático. Patología infrecuente en Pediatría. *Gutiérrez Porro X, López Pérez E, Blanco González A, Fernández Prieto A, Posadilla Suárez P, Andrés Andrés AG, Desvaux García M, Iglesias Blázquez I.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de León. León.

Introducción. El enfisema subcutáneo (ES) consiste en la presencia anormal de aire en el tejido subcutáneo con distensión de partes blandas. Si ocurre en el mediastino, se denomina neumomediastino. La etiología es variada: reagudizaciones asmáticas, infecciones, traumatismos, iatrogenia, espontánea o desconocida. Normalmente cursa con dolor torácico retroesternal, pudiendo asociar disnea, disfagia o disfonía. El tratamiento es sintomático y el pronóstico suele ser excelente.

Caso clínico. Varón de 11 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por molestias torácicas de 72 horas de evolución, sin disnea asociada, tras sufrir un traumatismo jugando a fútbol. Constantes en rango de la normalidad. A la exploración física, buen estado general, normocoloración mucocutánea y auscultación cardiopulmonar sin alteraciones, destacando una crepitación dolorosa a la palpación de tronco anterior y ambos trapecios. Se solicita radiografía de tórax y cuello objetivando estrías radiolúcidas cervicales y axilares bilaterales y el signo del diafragma continuo (imágenes compatibles con ES y neumomediastino asociado). Dada la estabilidad del paciente, sin presentar signos de alarma, se decide alta domiciliaria con vigilancia estrecha y evitando realizar ejercicio físico intenso. Tres días después acude a control ambulatorio con resolución clínica completa.

Comentarios. El neumomediastino secundario a enfisema subcutáneo de la región cervicofacial tras traumatismo banal es poco frecuente, siendo importante conocerlo. Requiere de sospecha clínica y confirmación radiológica para descartar posibles causas o complicaciones. La literatura coincide en que, en ausencia de complicaciones, el manejo conservador con una estrecha observación clínica, y oxígeno suplementario si fuera necesario, es suficiente para su completa y espontánea resolución.

P 37. Leche de brujas: entre la fisiología y la alerta. Claves en el diagnóstico diferencial de la hipertrofia mamaria neonatal.

De Pablo García M¹, Navarro Cáceres A², Martín Galán E³.

¹Pediatría Atención Primaria. Centro de Atención Primaria Capuchinos. Salamanca. ²Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Atención Primaria San Juan. Salamanca. ³Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Salamanca. Salamanca.

Introducción. La hipertrofia mamaria neonatal (HMN) constituye un proceso fisiológico transitorio caracterizado por el aumento bilateral/unilateral del tejido mamario en los recién nacidos de ambos sexos, frecuentemente asociado a galactorrea, conocida popularmente como *leche de brujas*. Se debe al paso transplacentario de hormonas maternas que estimulan el tejido mamario fetal. La brusca caída postparto de estrógenos induce un aumento de prolactina endógena, promoviendo la hipertrofia e la secreción láctea en el 5-20% de los casos.

Caso clínico. Presentamos el caso de un neonato de veintiocho días de vida que acude a urgencias tras notarle una tumoración en la mama derecha. Afebril. No cuentan síntomas sugerentes de infección. Alimentación con lactancia mixta. Como antecedentes perinatales constan embarazo controlado y de curso normal, 39+2 semanas de gestación y resultados de pruebas metabólicas sin alteraciones. A la exploración física destaca hipertrofia mamaria derecha, eritema, intumescencia, sin fluctuación. Se aprecia galactorrea a la mínima presión. Se completa estudio con analítica y ecografía mamaria, que confirman la hipertrofia de tejido mamario y descartan complicación infecciosa en este momento.

Comentarios. La mayoría de los casos de HMN son fisiológicos, el manejo es expectante, evitando la manipulación o expresión de la mama, y cuya resolución espontánea suele ocurrir en 2-4 semanas. Sin embargo, no debemos perder de vista otros diagnósticos diferenciales y signos de alarma, como la mastitis (no se acompaña necesariamente de fiebre), el hipotiroidismo congénito (se acompaña más frecuentemente de galactorrea e ictericia prolongada) y la acción secundaria de fármacos maternos (como antidepresivos y antipsicóticos).

P 38. Un mismo patógeno, dos manifestaciones clínicas: infecciones neonatales por *Staphylococcus aureus*.

Varela Pérez P¹, García Álvez P², Collada Carrasco M¹, Espinosa Rodríguez C¹, Camacho Moral E¹. ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Segovia. Segovia. ²Unidad de Neonatología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña.

Introducción. *Staphylococcus aureus* es un patógeno frecuente en el periodo neonatal y puede ocasionar un amplio espectro de infecciones en piel y partes blandas. Desde lesiones superficiales, como el impétigo ampolloso, hasta infecciones más profundas como la mastitis neonatal. La diversidad de manifestaciones clínicas puede dificultar el diagnóstico inicial, por lo que la confirmación microbiológica resulta clave para orientar el tratamiento. Presentamos dos casos de infección neonatal por *S. aureus* con presentaciones clínicas diferentes.

Casos clínicos. Caso 1: Neonato de 12 días de vida, nacido por cesárea, ingresa por aparición de lesión ampollosa en región inguinal izquierda de 3 cm de diámetro, con contenido seroso y eritema circundante con posterior diseminación de lesiones al tronco. Afebril y con buen estado general. Ante sospecha de impétigo ampolloso se ingresa para antibioterapia intravenosa con cloxacilina. Se recogió exudado de la lesión, con crecimiento de *S. aureus*. La evolución fue favorable, con resolución de las lesiones.

Caso 2: Neonato de 21 días que consulta por tumefacción dolorosa en mama derecha con eritema y calor local, fluctuante. Se realizó drenaje de la lesión, aislándose *S. aureus* y se inició tratamiento intravenoso con cloxacilina y gentamicina. El paciente presentó evolución clínica favorable.

Conclusiones. Las infecciones neonatales por *S. aureus* pueden presentarse con manifestaciones clínicas muy variadas. La sospecha clínica precoz y la confirmación microbiológica permiten establecer un tratamiento dirigido y prevenir complicaciones sistémicas. Estos casos ilustran la capacidad de un mismo patógeno para originar cuadros clínicos diferentes en el periodo neonatal.

P 39. Causa infrecuente de dificultad respiratoria en neonatos.

Carrasco Villanueva MJ, Sierra Águila M, Haupt Arabia V, Martín Iranzo NM, Bartolomé Porro JM, Izquierdo Herrero E, Rodríguez Calleja J, Alonso Quintela P. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.

Introducción. La hernia de Morgagni es un tipo de hernia diafragmática congénita (HDC) debida a una anomalía en el cierre del triángulo esternocostal, de predominio derecho (90%). Representan el 8% de las HDC, cuya prevalencia es 1/3.000 nacidos vivos. Son más frecuentes en mujeres (proporción 2:1). El 60% no asocian otras anomalías congénitas. Suele manifestarse como dificultad respiratoria, reflujo gastroesofágico o disfagia. El diagnóstico es radiológico. El tratamiento es la hernioplastia.

Caso clínico. Recién nacida pretérmino tardía, hija de madre consumidora de tóxicos y embarazo sin controlar. En

la exploración física al nacimiento destaca fenotipo peculiar compatible con síndrome alcohólico fetal. Al octavo día de vida comienza con rachas de taquipnea tras las tomas, sin desaturación. Se realiza analítica sanguínea y gasometría venosa sin alteraciones. Se realiza radiografía de tórax en la que destaca 2/3 inferiores de pulmón blanco derecho, por lo que, se realiza ecografía torácica visualizándose ocupación del ángulo cardiofrénico derecho por tejido hepático, compatible con hernia de Morgagni. Se deriva a centro de referencia para tratamiento quirúrgico. Evolución favorable.

Comentarios. La importancia del caso clínico expuesto radica en las peculiaridades que presenta. Por un lado, destaca que es una patología que suele ser un hallazgo incidental en la adultez, a diferencia de esta paciente diagnosticada en periodo neonatal. Por otro lado, la mayoría contienen el epiplón mayor en su interior, siendo solo el 4% las que contienen hígado, por lo que, estamos ante un caso poco frecuente.

P 40. Un hallazgo con historia: cefalohematoma osificado antenatal. *Bujedo Muñoz A, Tejero Pastor L, Dios Puebla ME, Portillo Sanz L, Marrón Alonso M, Saiz Ortega V, de Frutos Martínez C. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. Un cefalohematoma es una colección hemática subperióstica craneal, generalmente secundaria a fuerzas de cizallamiento durante el parto o al instrumental obstétrico. La rotura de vasos subperiósticos produce un sangrado progresivo que suele hacerse evidente horas o días tras el nacimiento. En la mayoría de los casos su evolución es benigna y autolimitada, con resolución espontánea en pocas semanas. Sin embargo, cuando el cefalohematoma se origina intraútero, el mayor tiempo de evolución favorece procesos de osificación de la colección. Presentamos un caso de cefalohematoma osificado presente al nacimiento, probablemente de origen intrauterino, y revisamos sus implicaciones diagnósticas y evolutivas.

Caso clínico. Recién nacido a término, procedente de embarazo controlado y normoevolutivo, con ecografías prenatales normales y serologías negativas. Se realizó cesárea electiva por presentación podálica y la adaptación perinatal fue adecuada con Apgar de 8/10. En la valoración del primer día de vida se objetivó una deformidad craneal con prominencia occipital de consistencia dura sin lesiones cutáneas. Las suturas eran permeables y el resto de la exploración física normal, sin déficits neurológicos. La ecografía cerebral previa al alta evidenció una imagen extraaxial a nivel de fosa posterior compatible con cefalohematoma antenatal calcificado.

Comentario. El cefalohematoma osificado antenatal es excepcional y se produce cuando un cefalohematoma intrauterino persiste el tiempo suficiente para iniciar la osificación. Radiológicamente aparece como un engrosamiento pseudoquístico del díploe, y el diagnóstico se confirma mediante imagen. La mayoría se reabsorbe lentamente y no requiere tratamiento; solo una deformidad significativa con impacto estético justifica su intervención quirúrgica.

P 41. Sensibilidad al gluten no celíaca en edad pediátrica: a propósito de un caso. *García Pereiro A¹, Méndez Pérez L¹, Menéndez Iglesias P¹, Fernández Cueto L¹, Cimadevilla Fernández R¹, Montero Díaz N¹, Baeza Velasco M². ¹Área de Gestión Clínica de la Infancia y Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias. ²Centro de Salud La Corredoria. Oviedo, Asturias.*

Introducción. La sensibilidad al gluten no celíaca (SGNC) es un trastorno del grupo de las enfermedades relacionadas con el gluten. Los pacientes refieren sintomatología similar a la de la enfermedad celíaca (EC), fundamentalmente dolor abdominal y diarrea crónica. Se desconoce claramente su prevalencia, pero se estima mayor que la de la EC.

Caso clínico. Varón que comienza a los 6 meses de edad, coincidiendo con el inicio de la alimentación complementaria, con clínica gastrointestinal. Refieren incremento de la irritabilidad asociada a deposiciones diarreicas. No ambiente epidémico en domicilio. Se observa un descarrilamiento de talla y peso. Ante esta clínica se realiza una analítica: presenta en la genética de enfermedad celíaca positividad para el HLA-DQ8 con anticuerpos IgA antitransglutaminasa negativos y valores de inmunoglobulinas normales. Calprotectina negativa. Se retira el gluten realizando controles somatométricos periódicos, obteniendo mejoría clínica. Tras 6 meses de dieta exenta de gluten se prueba a reintroducir, reapareciendo las deposiciones diarreicas diarias. Se decide finalmente realizar una nueva retirada del gluten de la dieta, con normalización de las deposiciones.

Comentarios. La SGNC es un trastorno caracterizado por síntomas gastrointestinales y extradigestivos. Se desconoce claramente la fisiopatología de la enfermedad. Existen estudios que concluyen que los FODMAPs son los responsables de la respuesta obtenida en estos pacientes. El diagnóstico puede ser un reto debido a la ausencia de biomarcadores específicos. La biopsia intestinal suele ser anodina. Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial con la enfermedad celíaca, la alergia al trigo y el síndrome del intestino irritable.

P 42. Esofagitis eosinofílica en Pediatría: un reto diagnóstico. *Corihuela Menéndez P, Segovia López SM, Álvarez Menéndez L, de Juan Vázquez D, López-Negrete Cueto E, Puente Fuente P, de la Iglesia Rivaya A, García Mozo R. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias.*

Introducción. La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad crónica mediada por el sistema inmune que afecta al esófago de forma localizada. Ante síntomas compatibles, el diagnóstico se establece mediante biopsia, siendo el criterio actual una infiltración de 15 o más eosinófilos por campo de gran aumento (CGA). La dieta de exclusión es una opción terapéutica eficaz.

Caso clínico. Niño de 22 meses en seguimiento por Gastroenterología pediátrica por vómitos diarios aislados, no relacionados con ningún alimento. Ligero estancamiento ponderal sin descanalización de percentil. Analítica con despistaje de celiaquía y alergias, estudio de heces (calprotectina, sangre oculta y parásitos) y ecografía abdominal normales. Realizada prueba terapéutica con inhibidor de la bomba de protones, sin éxito. Por episodios de atragantamiento, se amplía estudio con tránsito gastroduodenal con bario (normal) y endoscopia digestiva alta. Los hallazgos macroscópicos muestran una mucosa compatible con EoE, con estómago y duodeno sin alteraciones. La biopsia esofágica muestra hasta 6 eosinófilos por CGA. Se inicia dieta exenta en leche de vaca y se realiza control endoscópico tras 12 semanas, con mucosa esofágica normal y ausencia de eosinófilos en la biopsia.

Comentarios. La EoE es una entidad cuya incidencia ha aumentado en los últimos años. Los síntomas en la edad pediátrica son más inespecíficos, por lo que se requiere una elevada sospecha diagnóstica para un reconocimiento precoz. Este caso plantea la necesidad de valorar un cambio en los criterios diagnósticos en edades tempranas, dando un mayor peso a la clínica y la respuesta al tratamiento frente a la cuantificación de eosinófilos.

P 43. Dolor abdominal agudo, más allá de la apendicitis. Pancreatitis aguda recurrente en paciente pediátrico. *Fraile Manzano MI, Redondo Aparicio S, Sánchez Mengíbar H, Fernández de la Mano S, Moriana Río N, Alonso Vicente C, Marugán de Miguelsanz JM, Alonso López P. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. La pancreatitis aguda es una inflamación brusca del páncreas producida por la activación de enzimas digestivas. Su incidencia en la edad pediátrica es baja, aunque en los últimos años se ha observado aumento en su diagnóstico. La evolución en la mayoría de los casos es

leve y autolimitada; sin embargo, algunos pacientes pueden presentar recurrencias o desarrollar complicaciones como pseudoquistes, necrosis o insuficiencia pancreática.

Caso clínico. Varón de 13 años, intervenido de invaginación intestinal y apendicectomizado. Ingresó inicialmente por dolor abdominal asociado a íleo paralítico, con elevación de enzimas pancreáticas (amilasa 777 U/L, lipasa 2.102 U/L). La ecografía abdominal mostró cambios inflamatorios pancreáticos con líquido libre intraabdominal, compatibles con pancreatitis aguda edematosa intersticial. La evolución inicial fue favorable con manejo conservador mediante dieta absoluta y fluidoterapia. Un mes después presentó un nuevo episodio de dolor abdominal con hallazgos ecográficos inflamatorios y confirmación mediante colangio-resonancia de pancreatitis aguda edematosa, asociada a líquido libre abdominal y derrame pleural. Posteriormente, presentó un tercer episodio de dolor abdominal intenso irradiado a espalda compatible con nuevo episodio con desarrollo durante el ingreso de pseudoquistes. El estudio etiológico mediante panel genético y autoinmune resultó negativo. Durante el seguimiento se realiza control de pruebas de imagen donde se observa daño pancreático crónico.

Conclusiones. La pancreatitis aguda recurrente en pediatría representa un reto diagnóstico y etiológico. Es fundamental realizar un estudio incluyendo pruebas de imagen avanzadas y estudios genéticos o autoinmunes. El seguimiento estrecho permite identificar complicaciones y prevenir la progresión a pancreatitis crónica.

P 44. Colitis linfocítica como causa infrecuente de sangrado rectal en edad pediátrica. *Navas Méndez de Andrés F¹, Blanco González A¹, Pérez Suárez I¹, Valdés Rodríguez D¹, Pulache Chávez HD¹, Iglesias Blazquez C¹, Sáez Álvarez S², Arredondo Montero J³. ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Anatomía Patológica; ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

Introducción. La colitis linfocítica es un subtipo infrecuente de colitis microscópica caracterizado por un aumento de linfocitos intraepiteliales (> 20 por cada 100 células epiteliales) con mucosa colónica macroscópicamente normal. Se asocia a enfermedades autoinmunes (celiaquía o enfermedad inflamatoria intestinal), así como a determinados fármacos (carbamazepina, inhibidores de la bomba de protones o antiinflamatorios no esteroideos). La clínica suele ser inespecífica, predominando el dolor abdominal y la diarrea crónica, siendo la rectorragia una forma de presentación infrecuente. El diagnóstico requiere colonoscopia completa con toma sistemática de biopsias. Las opciones terapéuticas incluyen

dieta sin gluten, corticosteroides, mesalazina y subsalicilato de bismuto, si bien el manejo no está claramente definido.

Caso clínico. Niña de 5 años, con antecedentes de asma que consultó por sangrado rectal indoloro. La exploración física y el estudio inicial (analítica sanguínea, serología celíaca, ecografía abdominal y gammagrafía con pertecnetato Tc-99m) no mostraron alteraciones, salvo una discreta elevación de la calprotectina fecal (120 mg/kg). Durante el seguimiento, presentó episodios intermitentes y autolimitados de rectorragia indolora, asociados a dolor abdominal y estreñimiento. Tres meses después se objetivó una elevación de la calprotectina fecal (569 mg/kg), realizándose endoscopia digestiva alta y colonoscopia, ambas sin alteraciones macroscópicas. El estudio histológico de las biopsias colónicas reveló un marcado aumento de linfocitos intraepiteliales con infiltrado linfoplasmocítico en lámina propia, hallazgos compatibles con colitis linfocítica.

Comentarios. La colitis linfocítica es una enfermedad infrecuente que debe considerarse cuando existe rectorragia indolora. La toma sistemática de biopsias colónicas y su análisis anatomopatológico es fundamental para el diagnóstico.

P 45. Hipertransaminasemia crónica, no todo es lo que parece.

Castro García-Montesinos MT, Bernardo García C, Pulito González M, Palacios Sánchez M, Llorente Pelayo S, García Calatayud S, González-Lamuño Leguina D, Arias Rodríguez A. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.

Introducción. La enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD) es una causa frecuente de hipertransaminasemia crónica en niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad; sin embargo, ante ausencia de mejoría a pesar de mejoría antropométrica debemos sospechar otras causas.

Caso clínico. Varón de 13 años de etnia gitana, en seguimiento en Endocrinología por obesidad, remitido a consulta de Digestivo Infantil por hipertransaminasemia crónica leve y hallazgos ecográficos sugestivos de esteatosis hepática. Inicialmente manejo con pautas dietéticas y ejercicio, con gran mejoría antropométrica, persitiendo hipertransaminasemia crónica oscilante. Ecografía con infiltración hepática difusa, elastografía sin fibrosis. Ampliado estudio de hipertransaminasemia crónica descartando celiaquía, enfermedad de Wilson y déficit de alfa1AT. Serologías y autoinmunidad negativas. CPK y acilcarnitinas en sangre normales. Se solicita estudio genético con panel de hipertransaminasemia crónica donde se identifica en homocigosis la variante de significado incierto p.Met342Thr en el gen CPT2. Es remitido a la Unidad de Metabolismo, diagnosticándose de trastorno de la beta oxidación de ácidos grasos de cadena larga (CPT2). Tras

inicio de cambios dietéticos dirigidos (restricción de grasas de cadena larga) y suplementación con MCT, normaliza las pruebas de función hepática.

Conclusión. Ante un paciente con diagnóstico de MASLD e hipertransaminasemia persistente a pesar de mejoría antropométrica debemos descartar otras causas menos frecuentes. La deficiencia de carnitina palmitoiltransferasa II (CPT2) es un trastorno metabólico raro de herencia autosómica recesiva que impide a las mitocondrias descomponer los ácidos grasos de cadena larga para obtener energía, acumulándose en el hígado y produciendo daño hepático.

P 46. Doctora, mi hijo realiza deposiciones color alquitrán.

Haupt Arabia V¹, Martín Iranzo NM¹, Carrasco Villanueva MJ¹, Sierra Águila M¹, Macías Panedas A¹, García Barbero E², Bartolomé Porro JM¹, Gutiérrez Zamorano M¹. ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia. ²Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud Pintor Oliva. Palencia.

Introducción. La hemorragia digestiva consiste en la emisión de sangre de origen gastrointestinal, con una incidencia de 1-2 casos por cada 10.000 anuales en pediatría. Su presentación depende del origen del sangrado, la rapidez de instauración y el volumen perdido. La mayoría son leves y autolimitadas, aunque algunas constituyen emergencias vitales.

Caso clínico. Varón de 15 meses traído por deposición melénica abundante y palidez cutánea. No antecedentes de interés. Presenta triángulo de evaluación pediátrica inestable, deshidratación moderada y dolor abdominal generalizado con signos de defensa. Se canalizan dos accesos venosos periféricos y se administra expansión con 10 mL/kg. La analítica muestra hemoglobina de 6,7 g/dL, se transfunde concentrado de hematíes. Se realiza ecografía abdominal compatible con divertículo de Meckel. Se contacta con cirugía pediátrica quien realiza gammagrafía con Tecnecio-99m, no se detecta mucosa gástrica ectópica. Se realiza endoscopia digestiva alta donde se observa lesión ulcerosa en curvatura menor gástrica, sin sangrado activo pero friable al roce. Se inicia tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. Test de ureasa, cultivo y PCR para *Helicobacter pylori*, y PCR para citomegalovirus, negativos.

Comentarios. Las melenas (heces negras malolientes) indican sangrado digestivo, generalmente proximal o distal si hay un tránsito lento. Las úlceras gástricas son causa principal de hemorragia digestiva alta, diagnosticadas por endoscopia; pueden ser primarias (*Helicobacter pylori*) o secundarias por estrés. El divertículo de Meckel suele causar hemorragia baja, la gammagrafía Tc-99m tiene una alta

sensibilidad y especificidad para su diagnóstico, pudiendo recurrir a la laparoscopia diagnóstica si es negativa y hay alta sospecha.

P 47. Neonato irritable, no siempre son cólicos. *Sans Pérez L, Musgo Balana P, Rondón Martínez CV, Sandín Fernández D. Servicio de Pediatría. Hospital El Bierzo. Ponferrada, León.*

Introducción. La irritabilidad en neonatos es motivo de consulta frecuente. Aunque las causas normalmente son banales (relacionadas con puericultura, cólicos...), es imprescindible considerar otros diagnósticos más importantes como infecciones, patología gastrointestinal, cardíaca, etc. La taquicardia supraventricular paroxística (TSPV), es la arritmia patológica más frecuente en neonatos, pudiéndose manifestar con irritabilidad, rechazo de tomas o palidez, requiriendo alta sospecha para un abordaje precoz.

Caso clínico. Neonato de 7 días, sin antecedentes perinatales de interés, acude a Urgencias por irritabilidad de 24 h, sin otra clínica asociada. Triado como prioridad 3, por edad, sin registro de constantes y habiendo alta presión asistencial. A la exploración presenta triángulo de evaluación pediátrica alterado en apariencia, con palidez cutánea y quejido, sin signos externos de dificultad respiratoria. A la auscultación destaca frecuencia cardíaca muy elevada. Se monitoriza y se objetiva taquicardia QRS estrecho sin ondas P a 300 lpm. Realizadas maniobras vagales (frío facial) sin respuesta, se administra adenosina intravenosa resolviéndose el cuadro, retornando a ritmo sinusal tras pausa compensatoria. Durante su ingreso en UCIP se realiza ecocardiografía sin alteraciones y controles analíticos con marcadores cardíacos elevados. Presenta episodios recurrentes de TSPV sin repercusión hemodinámica, precisando maniobras vagales y ocasionalmente adenosina. Iniciamos tratamiento con flecainida y propranolol, ajustando dosis hasta controlar los episodios. Finalmente, se decide alta con seguimiento por Cardiología Infantil.

Comentarios. La irritabilidad en lactantes y neonatos puede ocultar patologías urgentes como TSPV. Un triaje adecuado con toma sistemática de constantes es fundamental para identificar precozmente situaciones potencialmente graves y evitar retrasos en la atención.

P 48. Juegos de niños: diagnóstico familiar de síndrome de QT largo congénito a raíz de un caso índice. *Álvarez Menéndez L, De la Iglesia Rivaya A, Corihuela Menéndez P, Álvarez Blanco E, López-Negrete Cueto E, González Calvete L. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias.*

Introducción. Jugando en un recinto infantil, un niño de 9 años pierde bruscamente el tono y el conocimiento. Presenta supraversión ocular, sialorrea y sacudida de extremidades inferiores. El episodio dura cerca de dos minutos.

Caso clínico. Acude la UVI móvil. Al llegar el paciente se encuentra somnoliento, con exploración normal. Constatan los hechos en la grabación de las cámaras de seguridad. No presenta antecedentes familiares o personales de interés. Antes del traslado al hospital, se realiza electrocardiograma, en el que se observa intervalo QT prolongado (460 milisegundos). A su llegada al hospital se realiza analítica (normal, incluyendo iones), y se repite electrocardiograma encontrando intervalo QT de 476-487 milisegundos. Ingresa para estudio. Se barajan como diagnósticos diferenciales una crisis convulsiva y un síncope cardiogénico. El electroencefalograma resulta normal. En Holter de 24 horas se demuestra QT prolongado, sin otras alteraciones. Siendo el origen cardiogénico la principal sospecha, se inicia tratamiento con propranolol y se realiza electrocardiograma a familiares de primer nivel, encontrando QT prolongado en la hermana menor (5 años) y la madre de ambos. Ambas han sido asintomáticas. En estudio genético se confirma síndrome de QT largo congénito tipo 1 (variable patogénica en KCNQ1+ en heterocigosis) en los tres miembros de la familia. Actualmente reciben tratamiento farmacológico (propranolol).

Comentarios. Aunque no es posible determinar con certeza la causa del episodio sincopal, ha llevado al diagnóstico de hasta tres miembros de la misma familia. El síndrome de QT largo es potencialmente peligroso, tanto por el riesgo con la actividad física intensa, como por el efecto de ciertos fármacos.

P 49. Una constante vital como clave diagnóstica. *González Guerrero C, Gutiérrez Porro X, Fernández Álvarez M, Oulego Erroz I, López Blanco G, Fuentes Martínez S, Navas Méndez de Andes N, Pérez Suárez I. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de León. León.*

Introducción. La hipertensión arterial (HTA) en pediatría es poco frecuente y, a diferencia de la población adulta, suele tener una causa secundaria identificable, siendo fundamental su detección precoz. Entre las causas cardiovasculares de HTA secundaria destaca la coartación de aorta, caracterizada por un estrechamiento de la aorta que condiciona un aumento de la presión arterial proximal a la lesión. Las formas no ductus-dependientes pueden permanecer asintomáticas durante años y diagnosticarse de forma incidental. El objetivo de este trabajo es resaltar la importancia de la medición sistemática de la presión arterial y de la exploración cardiovascular completa en urgencias pediátricas para identificar cardiopatías potencialmente graves no conocidas.

Caso clínico. Niña de 3 años, procedente de Marruecos, sin antecedentes personales de interés, que acude al Servicio de Urgencias por fiebre de corta evolución y disuria. En triaje se detectan cifras de HTA severa en miembro superior derecho (155/95 mmHg). A la exploración, destaca soplo pansistólico y pulsos femorales débiles. Se monitoriza la tensión arterial en las cuatro extremidades, objetivándose gradiente superior a 15 mmHg entre miembros superiores e inferiores. Ante el hallazgo de HTA se inicia estudio etiológico con analítica sanguínea y urinaria sin alteraciones. Se solicita ecocardiograma, que confirma el diagnóstico de coartación de aorta yuxtaductal grave.

Comentarios. Este caso resalta la importancia de la toma de constantes pediátricas, además del valor de considerar causas cardiovasculares en el estudio de HTA pediátrica. La identificación precoz de estos hallazgos permite orientar el diagnóstico de patologías potencialmente graves y facilita su tratamiento oportuno.

P 50. De la comunicación intraventricular prenatal a la sorpresa valvular. *Jiménez Saucedo MP, Rubio Rodríguez F, Marrero Calvo M, De Pedro del Valle S, Pérez Benito M, Ruiz-Ayúcar de la Vega I, Expósito de Mena H, Gutiérrez Moreno M. Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.*

Introducción. Las anomalías congénitas de la válvula aórtica, especialmente la válvula aórtica bicúspide, constituyen las malformaciones vasculares más frecuentes en la edad neonatal. Sin embargo, la válvula aórtica unicúspide es extremadamente infrecuente. Su detección precoz en el periodo neonatal es poco habitual pero resulta relevante para un seguimiento cardiológico temprano, debido al riesgo de progresión de aortopatía.

Caso clínico. Presentamos el caso de un RN a término, diagnosticado prenatalmente de comunicación interventricular y sin otros hallazgos patológicos. En primeros días de vida exploración normal salvo soplo sistólico II/VI en BEI. La ecocardiografía a las 48 horas reveló la comunicación intraventricular muscular de aspecto restrictivo, pero también una dilatación significativa de la aorta ascendente de 3.5 desviaciones estándar y aceleración del flujo transvalvular, con un gradiente de 20 mmHg. El estudio morfológico valvular sugirió la presencia de válvula aórtica unicúspide compatible con la dilatación significativa de aorta ascendente y estenosis aórtica leve, algo que no es habitual encontrar tan precozmente en válvulas aórticas bicúspides.

Comentarios. Este caso resalta la importancia de una ecocardiografía detallada en el recién nacido. Un hallazgo infre-

cuento como la válvula aórtica unicúspide, detectado casualmente, exige un seguimiento estricto, ya que el riesgo de progresión aortopatía es elevado, incluso desde la etapa neonatal.

P 51. Calcificaciones hepáticas de origen incierto. *de Juan Vázquez D, Álvarez Blanco E, Álvarez Menéndez L, Segovia López S, Aparicio Casares H, Costa Romero M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias.*

Introducción. Un hallazgo ecográfico prenatal poco común puede ocultar múltiples diagnósticos potenciales. Las calcificaciones hepáticas plantean un amplio diagnóstico diferencial. Presentamos así un caso y su evolución.

Caso clínico. Recién nacido varón procedente de gestación de 37+3 semanas. En la ecografía del segundo trimestre se objetivan calcificaciones hepáticas múltiples, sin otras alteraciones. Se realiza entonces estudio mediante amniocentesis, descartando fibrosis quística, anomalías cromosómicas e infecciones congénitas. En exploración física al nacimiento no presenta alteraciones, objetivando un buen estado general, con constantes y alimentación normal. Se realiza estudio postnatal con ecografía transfontanelar y ecocardiografía que resultan normales; y ecografía abdominal, que objetiva cinco imágenes focales hiperecogénicas compatibles con calcificaciones, sin otras alteraciones. Tras el alta, se realiza seguimiento clínico en consultas externas de neonatología. Permanece asintomático y la última ecografía (6 meses) muestra disminución de calcificaciones hepáticas en número, de 5 a 3.

Comentario. Las calcificaciones hepáticas neonatales son una alteración ecográfica poco frecuente pero habitualmente de curso benigno y origen idiopático. Sin embargo, debe descartarse patología vascular hepática, fibrosis quística, litiasis biliares, infecciones intrauterinas (destacando el citomegalovirus), patología tumoral abdominal y anomalías cromosómicas. Ante un recién nacido con este signo, deben hacerse estudios ecográficos cardíaco, transfontanelar y abdominal y, si no fueron realizados prenatalmente, cariotipo y despistaje de fibrosis quística y de infecciones congénitas. Si todos los estudios son normales, el manejo se resume en seguimiento de la evolución del niño, incluyendo ecografías abdominales de control, en las que la evolución habitual es la disminución o estancamiento de las calcificaciones.

P 52. ¿Qué me ha salido en el ojo? *Paíno Román M¹, Izquierdo García I¹, Alonso Losada D¹, Gutiérrez González EP², Villalón Martínez MC¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca, ²Centro de Salud María Auxiliadora. Béjar, Salamanca.*

Introducción. El orzuelo es una infección aguda de las glándulas palpebrales, frecuente en Pediatría y generalmente de curso benigno y autolimitado. Se manifiesta como un nódulo eritematoso y doloroso que puede evolucionar hacia el drenaje espontáneo. Aunque el diagnóstico suele ser clínico, la evolución prolongada, el drenaje persistente o hallazgos atípicos pueden generar dudas con otras entidades como chalazión, granuloma piógeno o infecciones periorbitarias.

Caso clínico. Niño de 2 años derivado a Urgencias por lesiones palpebrales bilaterales de un mes de evolución, con drenaje espontáneo en los últimos 15 días. Comenzaron tras una infección de vías respiratorias superiores. Había recibido tratamiento previo con antibiótico y corticoide tópicos, con mejoría parcial. Dos días antes de la consulta, la lesión del párpado inferior derecho presentó sangrado espontáneo, motivo de derivación. El paciente permaneció afebril y sin lesiones en otras localizaciones. En la exploración destacaban 2 lesiones nodulares eritematosas: una en párpado inferior derecho (0,5x1 cm) con costra superficial y otra en párpado superior derecho (0,5x0,5 cm). No hiperemia conjuntival, movimientos oculares normales y no signos de afectación orbitaria. Oftalmología confirmó un gran orzuelo en drenaje en el ojo derecho y un orzuelo en resolución en el izquierdo. Se indicó tratamiento con pomada antibiótica-corticoidea y calor local. En revisiones posteriores, el paciente mostró mejoría progresiva, sin resolución completa actualmente.

Conclusiones. El orzuelo es una patología habitual y benigna, pero la persistencia, el drenaje prolongado o el sangrado deben considerarse signos de alarma. El manejo conservador es la base terapéutica, y el seguimiento evolutivo permite detectar complicaciones y diferenciarlo de otras lesiones palpebrales.

P 53. Melanoniquia en Atención Primaria: el valor de la dermatoscopia en el seguimiento y la detección de signos de alarma. *Fernández Prieto A¹, Posadilla Suárez P¹, Gutiérrez Porro X¹, López Pérez E¹, Blanco González A¹, Suárez Rodríguez MA².* ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León. ²Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud La Palomera. León.

Introducción. La melanoniquia es la pigmentación marrón-negruzca de la lámina ungueal, y en pediatría suele aparecer como melanoniquia longitudinal, también llamada melanoniquia estriada. La causa más frecuente en niños es un nevus melanocítico del pliegue proximal o activación melanocítica benigna. La forma asociada a melanoma es extremadamente rara en la infancia.

Caso clínico. Paciente de 13 años, natural de Colombia, que acude a consulta de pediatría de Atención Primaria por presentar pigmentación lineal en la uña del segundo dedo de la mano izquierda. Afirma la existencia de la lesión desde hace años, pero refiere que ha crecido rápidamente en los últimos meses. Se revisa con dermatoscopia, apreciando una herida en borde ungueal de ese dedo, aunque existen dudas con posible signo de Hutchinson. Se deriva a dermatología, que ante la sospecha de posible malignización realiza biopsia, descartando melanoma.

Comentarios. La melanoniquia longitudinal es una entidad clínica poco común en la infancia. Su prevalencia varía según el fenotipo cutáneo, siendo más frecuente en personas con ascendencia africana o afrocaribeña, población asiática y pieles oscuras. La etiología más habitual en la edad pediátrica es un nevus melanocítico de la matriz ungueal, siendo el melanoma una causa excepcional. En general, se recomienda un abordaje conservador con dermatoscopia seriada. Sin embargo, existen ciertas características que suelen considerarse de riesgo, como la evolución reciente de la lesión o la pigmentación de los pliegues periungueales (signo de Hutchinson), donde debe valorarse la realización de biopsia.

P 54. “El hombro que va y viene”: luxación voluntaria en la infancia. *Fernández Rodríguez L¹, Fernández Prieto A¹, Escudero Villafañe A¹, Iglesias Oricheta M¹, Herreras Martínez A¹, Rodrigo Fernández A¹, Fernández García A¹, Gómez Sorrigueta P².* ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León. ²Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud Eras de Renuera. León.

Introducción. Niño de 10 años sin antecedentes personales de interés que desde hace aproximadamente un mes luxa de forma voluntaria el hombro derecho. Ausencia de traumatismo previo, dolor u otra clínica asociada.

Caso clínico. A la exploración física presenta adecuada movilidad del brazo en consulta, sin hematomas, deformidad ni otras lesiones visibles. En la consulta realiza de forma voluntaria varias luxaciones anteriores con posterior reducción. Se realiza radiografía ósea donde no se visualizan lesiones óseas agudas y se deriva a consultas de Traumatología donde deciden tratamiento conservador.

Comentarios. La luxación o subluxación voluntaria del hombro (LVH) es una condición rara y benigna que aparece en la niñez o en la adolescencia en ausencia de cualquier etiología traumática. Se trata de la habilidad para luxar la cabeza humeral en sentido anterior, inferior o posterior y su reducción es voluntaria e indolora en la mayoría de los

casos. Puede ocurrir en uno o en ambos hombros y el pronóstico de la enfermedad empeora si se asocia a trastornos psiquiátricos. Los síntomas clínicos habituales son rigidez, dolor leve y sensación de inestabilidad al cargar objetos. No existe un consenso universal respecto al tratamiento. El pronóstico es de curso incierto. Generalmente, el tratamiento sugerido durante la niñez consiste en el manejo conservador, que consiste en el abandono voluntario de la conducta o un programa de fisioterapia. El manejo quirúrgico en los estudios de seguimiento se asocia a mayor morbilidad.

P 55. Lo que finalmente no resultó una adenopatía cualquiera. *Del Olmo Poza D, Díaz Fernández P, Piniella Alonso A, Pulito González M, Rodríguez López A, Álvarez Torío C, Pila Peña A, Zabaleta Sánchez M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.*

Introducción. Las adenopatías son un hallazgo frecuente en pediatría, la mayoría son debidas a procesos infecciosos banales y autolimitados. Sin embargo en ocasiones pueden esconder otras patologías.

Caso clínico. Niña de 7 años que acude por tumefacción laterocervical de aparición espontánea. Afebril sin otra sintomatología. A la exploración física encontramos, como único hallazgo reseñable, una tumoración laterocervical alta derecha de 7x5 cm, de consistencia media, dolorosa a la palpación, sin limitación para la movilidad cervical y sin signos inflamatorios locales. Como pruebas complementarias se realiza una analítica sanguínea incluyendo serologías, sin alteraciones reseñables, una ecografía cervical, con hallazgo de adenopatías aumentadas de tamaño sin complicaciones asociadas, y un frotis faríngeo con *S. pyogenes* negativo. Ante sospecha de adenitis cervical se decide ingreso para antibioterapia endovenosa con amoxicilina-clavulánico. Llamativa mejoría a la exploración física en las siguientes 48 horas por lo que es dada de alta con tratamiento antibiótico vía oral. A las 72 horas del alta reingresa para completar estudio por empeoramiento de la tumoración con aumento del tamaño a 7x9 cm, asintomática a otros niveles. Ante posible enfermedad por arañazo de gato se amplían serologías de Bartonella, negativas, y se repite ecografía que informan como adenopatías aumentadas de tamaño con necesidad de descartar en primer lugar proceso hematológico. Se contacta con hematología infantil que decide realización de biopsia, compatible con linfoma no Hodgkin B CD10+.

Conclusiones. La presentación de lesiones tumorales en pediatría en ocasiones es inespecífica y puede confundirse con procesos infecciosos, por lo que resulta importante una adecuada anamnesis y exploración física.

P 56. Hemartros, ¿qué hay detrás? *Matilla Sainz-Aja N, Dios Puebla E, Portillo Sanz L, De la Mata Franco G, Domínguez Sánchez P, Pérez Ortiz D, Marrón Alonso M, Portugal Rodríguez R. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La causa más frecuente de hemartros en la edad pediátrica son las alteraciones hematológicas y de la coagulación, especialmente la hemofilia. Seguido de los traumatismos. El tratamiento se basa en solucionar la causa subyacente.

Caso clínico. Niño de 2 años con antecedentes personales de malformación vascular congénita que afecta a la totalidad de la cara externa de extremidad inferior izquierda. Acude a urgencias por impotencia funcional y edema en rodilla izquierda sin otras alteraciones. Exploración física y analítica sanguínea sin datos de infección. Se realiza punción articular extrayéndose líquido sanguinolento compatible con hemartros. Entre el diagnóstico diferencial, se descarta con analítica sanguínea causa hematológica o alteración en la coagulación, tampoco refieren traumatismos. Se sospecha que la causa más probable sea sangrado secundario a su malformación vascular sin poder descartar que con la punción articular se atravesase un vaso sanguíneo. Se solicita ecografía articular y resonancia magnética que informan de malformación vascular compleja de bajo flujo multicompartimental con ramificaciones musculares múltiples, que alcanzan la cápsula articular. Se decide comentar caso con Cirugía y Radiología Vascular para iniciar tratamiento por la sintomatología producida.

Comentarios. En nuestro caso, aunque infrecuente, al presentar una malformación tan extensa con una afectación multicompartimental, se concluyó que la causa más probable del sangrado fuera secundario a su malformación. Es por este motivo que se decide valoración para iniciar tratamiento.

P 57. Lactante, disnea súbita y aumento de niveles de etanol en sangre: ¿qué ha ocurrido aquí? *Medina Guerrero C, Mosquera Froufe M, Tapia Gómez A, Cabrero Hernández M, Martín Armentia S, Recio Pascual V, Valencia Soria C, Gil Rivas T. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.*

Introducción. La dificultad respiratoria en el lactante puede suponer un reto diagnóstico cuando se presenta de forma aguda y/o sin prodromos claros, haciendo necesarias una adecuada anamnesis, una minuciosa exploración física y, paralelamente, la estabilización del paciente.

Caso clínico. Acude a urgencias un lactante de 1 mes con tiraje respiratorio marcado, irritabilidad, llanto y palidez. Se inicia soporte respiratorio con O₂-100% y canalización de

acceso venoso. La familia (barrera idiomática) refiere que, en contexto de un cuadro de mocos, ha realizado un lavado nasal con etanol 70% al confundir el recipiente, iniciando la clínica y una posible apnea. Tras estabilización inicial, se puede descender el soporte respiratorio y mejoran la palidez y la cutis marmorata previas. En la valoración secundaria se observa distensión abdominal, que mejora tras aspirar con sonda nasogástrica, así como la disnea. En las pruebas complementarias destaca acidosis respiratoria, hiperglucemia (atribuida a estrés y dosis inicial de metilprednisolona) y niveles de etanol de 0,44 g/L. Una vez estabilizado, el paciente queda en observación unas 36h con controles de glucemia, monitorización y sueroterapia. Se realiza control analítico con normalización de etanol y resto de alteraciones; mínima elevación de transaminasas.

Comentarios. Es fundamental considerar otras causas cuando una disnea aguda en niños, especialmente lactantes, no cuadra por su evolución o desencadenante. La administración errónea de medicaciones o procedimientos como lavados nasales pueden generar una situación de gravedad, obligando a insistir en conocer bien y tener correctamente localizado todo producto sanitario de aplicación en niños.

P 58. Edema escrotal agudo idiopático: la importancia de reconocer una causa poco frecuente de escroto agudo. *Pulito González M, Sanz Santillán BM, Gándara Samperio C, Piniella Alonso A, Zabaleta Sánchez M, Pila Peña A, Pérez Belmonte E, Llorente Pelayo S. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.*

Introducción. El edema escrotal agudo idiopático es una patología autolimitada que afecta fundamentalmente a pre-púberes. Se caracteriza por edema y eritema en el escroto, de aparición brusca, sin antecedente traumático, con testes y epidídimos normales. Su etiología es desconocida, y el diagnóstico clínico de exclusión. Característicamente presenta resolución espontánea en menos de una semana sin secuelas. Se recomienda antiinflamatorios orales para aliviar las molestias.

Caso clínico. Lactante de 12 meses (intervenido de hipospadias distal a los 10 meses) que acude a urgencias por aumento del volumen escrotal de unas 18 horas de evolución. Refieren eritema e incremento del volumen del escroto progresivo con sensación de prurito/dolor asociado ya que se lleva la mano a zona genital. Afebril. No clínica infecciosa activa. En la exploración se objetiva aumento del volumen escrotal con engrosamiento de piel y tejido subcutáneo y ligero aumento de temperatura que se extiende a raíz de pene, región suprapúbica y pliegues inguinales. Testículos

y cordones espermáticos sin alteraciones a la palpación ni dolor significativo. Se realiza ecografía-*doppler* en la que se observa marcado aumento de volumen simétrico de cubiertas escrotales que alcanza 6mm de espesor, predominantemente hipoecogénico y con vascularización *doppler* aumentada sugestivo de edema escrotal. Testículos y epidídimos normales. Ante los hallazgos descritos se establece diagnóstico de edema escrotal idiopático dándose de alta con tratamiento sintomático, y constatándose resolución en 9 días.

Comentarios finales. El edema escrotal agudo idiopático, aunque es una entidad poco frecuente, forma parte del diagnóstico diferencial del escroto agudo. Su reconocimiento y correcta identificación evitará actuaciones quirúrgicas y tratamientos antibióticos innecesarios.

P 59. Hiperglucemia y enfermedad renal: claves para el diagnóstico de diabetes MODY-5. *Tejero Pastor L, Dios Puebla E, Portillo Sanz L, Bujedo Muñoz A, Blanco Barrio A, Domínguez Sánchez P, De la Mata Franco G. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La diabetes MODY-5 es un subtipo infrecuente de diabetes monogénica causada por mutaciones del gen *HNF1B*, con herencia autosómica dominante. Caracterizada por diabetes precoz y anomalías congénitas renales y genitourinarias, siendo los quistes renales la manifestación más frecuente. Puede acompañarse de enfermedad renal crónica progresiva, alteraciones pancreáticas estructurales y complicaciones microvasculares.

Caso clínico. Paciente de 11 años en seguimiento por hiperglucemia en ayunas de 111 mg/dL y HbA1C de 6,5%. Como antecedentes personales destacan orquidopexia bilateral, nefropatía glomerulo-intersticial crónica y enfermedad renal crónica G2A1. Presenta agregación familiar de patología nefrourológica: madre con enfermedad renal crónica y quistes renales, tía con atrofia renal, tío con urolitiasis y primo con reflujo vesico-uretral. Exploración física con normopeso, sin clínica cardinal de diabetes ni signos de insulinoresistencia. Autoinmunidad pancreática negativa. La ecografía abdominal muestra atrofia pancreática, riñones de menor tamaño y aumento de la ecogenicidad compatible con nefropatía médica. El estudio genético identifica una mutación heterocigota del gen *HNF1B*, compatible con MODY-5. Se inicia tratamiento con antidiabético oral y monitorización continua de glucosa; ante empeoramiento del control metabólico se añade insulina glargina (0,33 UI/kg/día), con mejoría posterior. En la última revisión se detectan niveles bajos de elastasa fecal, sugestivos de insuficiencia pancreática exocrina, manteniéndose actitud expectante por ausencia de síntomas.

Comentarios. Debe sospecharse MODY-5 ante hiperglucemia precoz en pacientes no obesos con anomalías renales o genitourinarias personales o familiares lo que justifica el estudio genético. Aunque pueden emplearse antidiabéticos orales ajustados a la función renal, muchos pacientes precisan insulinoterapia por deterioro progresivo pancreático y renal.

P 60. Osteocondroma: una imagen a recordar. *Molero Jaén J, Moriana Río N, Galbán de Marcos E, Redondo Aparicio S, Martín-Pérez Barjola J, García González I, Usín Suárez Y. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. Las tumoraciones óseas benignas son un motivo alarmante en los Servicios de Urgencias pediátricas. El osteocondroma es el tumor benigno más frecuente en la infancia y su presentación puede simular lesiones malignas, por lo que resulta esencial un diagnóstico diferencial clínico-radiológico preciso.

Caso clínico. Niña de 8 años que consulta por un bulto doloroso en el húmero derecho, detectado 48 horas antes, acompañado de astenia de dos meses de evolución y una pérdida ponderal de 1 kg. A la exploración se palpa una masa pétreo, fija y levemente dolorosa, de aproximadamente 3x1,5 cm, situada en el borde medial del tercio proximal del húmero derecho, sin adenopatías asociadas y con constantes vitales normales. Se realiza una radiografía de húmero que objetiva una lesión exofítica en el borde medial de la vertiente metafásodiafisaria del húmero derecho, informada por el servicio de radiología como un osteocondroma. La paciente fue dada de alta con tratamiento analgésico y seguimiento por su pediatra de Atención Primaria.

Comentarios. Los signos de alarma que orientan a malignidad en masas óseas incluyen: dolor nocturno progresivo, crecimiento rápido, afectación del estado general, adenopatías, dolor desproporcionado y hallazgos radiológicos agresivos (lesión permeativa, reacción perióstica en "rayos de sol" o "triángulo de Codman", masa de partes blandas, masas heterogeneas). En el osteocondroma la persistencia de dolor o incapacidad funcional son criterios de derivación al servicio de traumatología, para valorar la resección de la lesión. En este caso la leve repercusión clínica y la imagen radiológica característica permitieron un manejo vigilante.

P 61. De un traumatismo banal a un diagnóstico inesperado: fractura patológica sobre quiste óseo. *Álvarez Torío C, Docío Pérez P, Piniella Alonso A, Rodríguez López A, Pulito González M, Del Olmo Poza D, Zabaleta Sánchez M, Pila Peña A. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.*

Introducción. El quiste óseo simple es una de las lesiones óseas benignas más frecuentes en la edad pediátrica, siendo causa habitual de fracturas patológicas en este grupo de edad, por lo que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial al atender un traumatismo en Urgencias.

Caso clínico. Niño de 11 años que acude a Urgencias por traumatismo en brazo. Refiere sensación de chasquido mientras bajaba de una barandilla, con importante dolor y cuadro vagal con impotencia funcional. En la exploración no se objetivan deformidades evidentes, edema o hematoma. Presenta dolor a la palpación de región humeral media, con limitación de movilidad. Se completa estudio con radiografía en la que se describe lesión hipodensa en la región diafiso-metáfisaria proximal del húmero, central, con borde escleroso bien definido, zona de transición estrecha, sin afectación cortical por la lesión ni insuflación, así como tampoco otros signos de agresividad, en relación con quiste óseo, así como fractura patológica no desplazada. Se contacta con Traumatología, que indica inmovilización con cabestrillo 5 semanas y se programa seguimiento en Ortopedia. A los 3 meses se completa estudio con RM con datos de recuperación ósea y formación de trabeculación interna.

Comentarios. Este caso pone de manifiesto la importancia de considerar la fractura patológica dentro del diagnóstico diferencial en Pediatría, especialmente cuando un traumatismo de baja energía se acompaña de dolor intenso o impotencia funcional desproporcionada respecto al mecanismo lesional. En estos casos, la realización de pruebas de imagen resulta fundamental para identificar lesiones óseas subyacentes.

P 62. Más que una fractura: pseudoartrosis congénita de clavícula. *Pulito González M¹, Villoria Llata P², Zabaleta Sánchez M¹, Del Olmo Poza D¹, Rodríguez López A¹, Álvarez Torío C¹, Pila Peña A¹, Rubio Lorenzo M². ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Traumatología, Sección de Ortopedia Infantil. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.*

Introducción. La pseudoartrosis congénita de clavícula es una disostosis poco frecuente de origen genético caracterizada por una masa indolora sobre la clavícula como resultado de un fallo del proceso de unión de los núcleos de osificación de la clavícula. Afecta predominantemente al lado derecho. El tratamiento es motivo de controversia en la literatura siendo eminentemente quirúrgico en aquellos casos en los que exista defecto estético, compresión vasculonerviosa o limitación funcional.

Caso clínico. Lactante de 16 meses que acude a urgencias por cuadro febril (máx. 39,4°C) y clínica catarral de cinco días de evolución. Se solicita analítica completa y radiografía de tórax en la que se informa de hallazgos sugestivos de pseudoartrosis congénita de clavícula derecha. Se realiza derivación a consultas externas de Ortopedia Infantil para valoración por su parte. En consultas de Ortopedia Infantil se informa de la evolución normal de la patología y su implicación eminentemente estética en la edad puberal/adulta. Se establece diagnóstico diferencial con la fractura obstétrica de clavícula, la disostosis cleidocraneana, la pseudoartrosis traumática, y la neurofibromatosis. Se realiza exploración física completa que descarta molestias o limitación funcional. Se explica posibilidad de tratamiento quirúrgico consistente en la osteosíntesis con aporte de injerto óseo a edad más avanzada y en caso de síntomas.

Comentarios finales. La pseudoartrosis congénita de clavícula es una malformación rara de la cintura escapular que debe conocerse para realizar un adecuado diagnóstico diferencial y enfoque terapéutico.

P 63. La osteocondrosis escondida en el pie infantil. *Pinie-Illa Alonso A, Zabaleta Sánchez M, Pila Peña A, Rodríguez López, García Carreras J, Del Olmo Poza D, Pulito González M, Álvarez Torío C. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.*

Introducción. La enfermedad de Köhler tipo 1 es una osteocondrosis idiopática infrecuente del hueso escafoides tarsiano, que afecta principalmente a niños entre 3 y 7 años, predominando en el sexo masculino. Se caracteriza por una necrosis avascular cuya etiología se atribuye a la compresión microvascular por los núcleos de osificación adyacentes. La presentación clínica típica incluye dolor en mediopié junto con cojera, pudiendo asociar tumefacción. El diagnóstico se establece mediante una correlación clínico-radiológica con un pronóstico excelente y recuperación funcional completa en la gran mayoría.

Caso clínico. Niño de 7 años que consulta en urgencias por dolor en dorso del mediopié izquierdo y cojera antiálgica de 48 horas, sin traumatismo previo. Afebril y buen estado. A la exploración presenta dolor a punta de dedo en escafoides tarsiano, sin eritema ni tumefacción, con movilidad articular conservada. Se realiza radiografía simple objetivándose esclerosis, fragmentación y aplanamiento del escafoides tarsiano. Dada la correlación clínica-radiológica compatibles con enfermedad de Köhler, se contacta con traumatología que indican inmovilización del miembro con una férula y seguimiento por su parte.

Comentarios. La enfermedad de Köhler tipo 1 representa un diagnóstico poco frecuente, a tener en cuenta en niños con dolor del mediopié y cojera sin antecedente traumático. A pesar de su excepcionalidad, el reconocimiento temprano es fundamental para evitar intervenciones y pruebas complementarias innecesarias así como poder proporcionar tranquilidad a los padres sobre el pronóstico benigno. El tratamiento es fundamentalmente conservador, basado en reposo, analgesia y, en casos sintomáticos, inmovilización mediante yeso corto 4-6 semanas.

P 64. Osteocondroma: una imagen que debes recordar. *Mole-ro Jaén J¹, Moriana Río N¹, Redondo Aparicio S¹, García González I¹, Martín-Pérez Barjola J¹, Galbán de Marcos E¹, Fraile Manzano MI¹, Usín Suárez Y². ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Neonatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. Las tumoraciones óseas benignas son un motivo alarmante en los Servicios de Urgencias pediátricas. El osteocondroma es el tumor benigno más frecuente en la infancia y su presentación puede simular lesiones malignas, por lo que resulta esencial un diagnóstico diferencial clínico-radiológico preciso.

Caso clínico. Niña de 8 años que consulta por un bulto doloroso en el húmero derecho, detectado 48 horas antes, acompañado de astenia de dos meses de evolución y una pérdida ponderal de 1 kg. A la exploración se palpa una masa pétreo, fija y levemente dolorosa, de aproximadamente 3x1,5 cm, situada en el borde medial del tercio proximal del húmero derecho, sin adenopatías asociadas y con constantes vitales normales. Se realiza una radiografía de húmero que objetiva una lesión exofítica en el borde medial de la vertiente metafisaria del húmero derecho, informada por el servicio de radiología como un osteocondroma. La paciente fue dada de alta con tratamiento analgésico y seguimiento por su pediatra de Atención Primaria.

Comentarios. Los signos de alarma que orientan a malignidad en masas óseas incluyen: dolor nocturno progresivo, crecimiento rápido, afectación del estado general, adenopatías, dolor desproporcionado y hallazgos radiológicos agresivos (lesión permeativa, reacción perióstica en "rayos de sol" o "triángulo de Codman", masa de partes blandas, masas heterogeneas). En el osteocondroma la persistencia de dolor o incapacidad funcional son criterios de derivación al servicio de traumatología, para valorar la resección de la lesión. En este caso la leve repercusión clínica y la imagen radiológica característica permitieron un manejo vigilante.

P 65. Distonía transitoria idiopática del lactante: cuando la evolución confirma el diagnóstico. *Blanco González A, Gutiérrez Porro X, López Pérez E, Posadilla Suárez P, Fernández Prieto A, Valdés Rodríguez D, Andrés Andrés AG, Rodríguez Fernández C.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. Los trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE) afectan entre el 10-25% de la población infantil, superando diez veces a la epilepsia. Pese a ello, las variantes benignas y transitorias conforman un grupo de entidades infradiagnosticadas de prevalencia desconocida. La distonía transitoria idiopática del lactante pertenece a este grupo.

Caso clínico. Lactante de 3 meses de edad, sin antecedentes médico-obstétricos de interés, que consulta por posturas anómalas intermitentes consistentes en hiperextensión de extremidad superior izquierda, abducción de hombro y flexión dorsal de muñeca. En la exploración destaca la desaparición de la postura con los cambios de posición y movimientos voluntarios. No presenta alteración del estado de conciencia ni movimientos clónicos. El desarrollo psicomotor y la exploración neurológica intercrítica son normales, incluyendo la prensión voluntaria de ambas manos. Se realiza valoración por rehabilitación, ecografía cerebral y EEG, sin alteraciones. Presenta evolución clínica favorable, con disminución de los episodios hasta casi remitir por completo a los 6 meses, persistiendo únicamente cierta tendencia a la postura anómala de la extremidad.

Comentarios. La distonía transitoria del lactante es un TPNE de los primeros meses de vida. Se caracteriza por episodios súbitos de posturas anómalas intermitentes que cursan sin alteración del nivel de conciencia ni compromiso del desarrollo neurológico. Su importancia clínica radica en el diagnóstico diferencial con entidades neurológicas estructurales o epileptiformes, representando un desafío diagnóstico importante en la práctica pediátrica. Su carácter benigno y autolimitado exige una evaluación clínica cuidadosa para evitar el sobrediagnóstico e intervenciones innecesarias. Tranquilizar a los cuidadores constituye el pilar fundamental del manejo.

P 66. Cuando la migraña no se detiene: un caso de estatus migrañoso. *Pila Peña A, Piniella Alonso A, Zabaleta Sánchez M, Del Olmo Poza D, Rodríguez López A, Álvarez Torío C, Pulito González M, Suárez Arrabal MC.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.

Introducción. La migraña es una causa frecuente de cefalea en la edad pediátrica. El estatus migrañoso, defi-

nido como una crisis migrañosa discapacitante o de alta intensidad, prolongada y refractaria al tratamiento habitual, constituye una entidad poco frecuente que puede requerir manejo hospitalario.

Caso clínico. Adolescente de 13 años con antecedentes de cefalea mixta-migrañosa en seguimiento por Neuropediatría. Presenta manchas café con leche, sin antecedentes familiares ni otros criterios clínicos de neurofibromatosis tipo 1. Resonancias magnéticas cerebrales previas (años 2020 y 2022), normales. Acude a Urgencias por cefalea de 16 horas de evolución que la despierta de madrugada. La describe como holocraneal opresiva continua, asociada a fotofobia y sonofobia, más intensa que sus crisis habituales. Había realizado tratamiento domiciliario con ibuprofeno, metamizol y triptán sin mejoría. Se encontraba afebril y negaba otra sintomatología acompañante. Presentaba constantes hemodinámicas normales y exploración neurológica sin focalidad. Ante la intensidad del cuadro y la escasa respuesta al tratamiento se realiza TAC craneal urgente, sin hallazgos patológicos, así como analítica sanguínea dentro de la normalidad. Dada la persistencia del dolor, se inicia tratamiento intravenoso y se decide ingreso, donde se instaura tratamiento con dexametasona y amitriptilina, cediendo la cefalea al cabo de 3 días y siendo dada de alta.

Comentarios. El estatus migrañoso debe considerarse ante cefaleas prolongadas y refractarias, en pacientes pediátricos con antecedentes de migraña sin alteraciones neurológicas ni en las pruebas de imagen. El reconocimiento precoz permite instaurar tratamiento adecuado y evitar exploraciones complementarias innecesarias.

P 67. Monoparesia aguda de origen infrecuente. *Ruiz-Ayúcar de la Vega I¹, Sánchez-Guerra Alonso A², Jiménez Saucedo M¹, Rubio Rodríguez F¹, Marrero Calvo M¹, Gutiérrez Moreno M¹, Jiménez Martín AM¹, Rupérez Peña S¹.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. ²Medicina de Familia y Comunitaria. Ávila.

Introducción. El síndrome de Parsonage-Turner, o neuralgia amiotrófica, es una neuropatía periférica rara caracterizada por dolor súbito e intenso en el hombro seguido de debilidad y atrofia muscular. Aunque su etiología es multifactorial, se asocia con procesos infecciosos, inmunológicos o esfuerzos físicos. Su presentación en edad pediátrica es poco frecuente, lo que puede dificultar el diagnóstico precoz.

Caso clínico. Presentamos el caso de un niño de 11 años previamente sano, que tras un cuadro febril con broncoespasmo tratado con corticoides orales y salbutamol, desarro-

lló, horas después de realizar actividad física (bádminton), dolor laterocervical irradiado a trapecio y cara externa del brazo derecho, seguido de monoparesia aguda del mismo miembro. La exploración física mostró debilidad de toda la extremidad sin afectación sensitiva, y en su evolución posterior atrofia deltoidea y tenar/hipotenar, debilidad proximal y distal y reflejos hipoactivos. Analítica, serologías y pruebas de imagen (resonancia de columna completa, y de plexo) fueron normales. El EMG (electromiograma) evidenció denervación subaguda en raíces C5-T1 con conducción sensitiva conser-

vada, compatible con afectación preganglionar. Evoluciona en rehabilitación con mejoría progresiva.

Comentarios. Este caso ilustra una forma pediátrica de síndrome de Parsonage-Turner desencadenado tras un proceso febril y esfuerzo físico, destacando la importancia del EMG para un diagnóstico preciso en ausencia de hallazgos analíticos o radiológicos. La evolución favorable con fisioterapia coincide con el curso habitual, si bien el seguimiento estrecho es esencial para monitorizar la reinervación y recuperación funcional.