

Posters

Viernes 23 de noviembre - Sesión 1

Moderadores: Carmen Jiménez Sánchez y
Eva Navia Rodilla Rojo

¿CELULITIS O ALGO MÁS? *García-Trevijano Cabetas L, Valladares Díaz AI, Hernández Carbonell M, Hernández Villarroel AC, Lozano Rincón L, Brel Morenilla M. Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. Segovia.*

Introducción. El síndrome de Sudeck (o distrofia simpático refleja) es una enfermedad neurológica caracterizada por dolor quemante y difuso, de predominio distal, acompañado de alodinia, edema, inestabilidad vasomotora y/o deterioro motor importante. Se engloba dentro del Síndrome de dolor regional complejo. No se ha encontrado etiología clara, siendo diagnóstico de exclusión en la mayoría de los casos. Es más frecuente en el sexo femenino y suele presentarse en miembro inferior, de forma unilateral. Hasta en un 25% de los casos no se encuentra factor desencadenante. El perfil psicológico puede exacerbar la sintomatología.

Caso clínico. Niño de 10 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor en tobillo izquierdo, tumefacción, calor local y eritema de 24 horas de evolución, con un pico febril asociado. Niega traumatismo o lesión de la zona, así como catarro u otra sintomatología previa. En analítica se objetiva leucocitosis de 15.000 y PCR 4,4 mg/dl. Radiografía sin hallazgos. Ante la sospecha de celulitis se inicia cloxacilina intravenosa, mantenida 11 días. A las 48 horas del ingreso el niño refiere aumento de la intensidad del dolor, que se extiende a gemelos y región tibial anterior, presente incluso ante mínimo contacto e impidiendo deambulación a pesar de analgesia pautada. Control analítico: sin hallazgos. Se realiza RMN de partes blandas a los 10 días, donde se objetiva edema parcheado en tobillo izquierdo, talón y diáfisis tibial, hallazgos compatibles con síndrome de Sudeck. Mejoría clínica significativa, con desaparición de la zona de eritema y persistencia mínima de dolor, siendo remitido a consulta de Traumatología y Rehabilitación tras el alta hospitalaria. Mantiene tratamiento con ibuprofeno, reposo relativo y rehabilitación un mes. Actualmente se mantiene asintomático realizando vida normal y no ha precisado analgesia de nuevo.

Conclusiones. Es necesario conocer la existencia de este síndrome para poder diagnosticarlo de forma precoz. La historia clínica y exploración son la base del diagnóstico, pudiendo recurrir a pruebas com-

plementarias para orientar el diagnóstico (cambios detectados en fases más avanzadas de la enfermedad). El inicio temprano del tratamiento mejora el pronóstico. Debe ser multidisciplinar (rehabilitación, AINEs y tratamiento psicológico) e individualizado, teniendo como objetivo final la restauración funcional sin dolor.

¿PUEDE UNA VACUNA PRODUCIR UNA LESIÓN DÉRMICA? *Alonso Ferrero J, Justo Vaquero P, Carranza Ferrer J, Villagómez Hidalgo FJ, Gómez Beltrán O, Sánchez Sierra N, Romero Espinoza D, Gutiérrez Zamorano M. ¹Unidad de Urgencias Pediátricas, Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La vacuna BCG está compuesta por bacterias vivas atenuadas del bacilo de Calmette-Guérin. Puede producir reacciones locales (pústulas, ulceraciones cutáneas) que pueden persistir hasta 3 meses o reacciones severas (osteomielitis, linfadenitis).

Caso clínico. Niña de 9 años que acudió al servicio de Urgencias Pediátricas para valoración de herida en el brazo izquierdo. Reside habitualmente en Marruecos, por lo que se vacunó con BCG hace 2 meses. A las 3 semanas, apareció una costra y una cicatriz atrófica en el lugar de la inyección. Se realizaron curas en un centro privado. Por no objetivar mejoría, se aplicó superficialmente nitrato de plata con empeoramiento de la lesión. En nuestra exploración física se constató herida con características ulcerosas de 2 cm de diámetro con centro rosado bien vascularizado y tejido de granulación. Asociaba secreción purulenta que impresionaba de sobreinfección. Se recogió cultivo de exudado cutáneo (resultado negativo). La lesión fue valorada por el servicio de Cirugía Pediátrica quienes, dada su evolución realizaron desbridamiento de la misma con cierre primario diferido. Cinco días más tarde, acudió para revisión y se observó herida quirúrgica con bordes bien aproximados sin signos de infección. Requirió dos semanas más de curación diaria hasta que se retiraron los puntos y la herida evolucionó favorablemente.

Comentarios. Debido a la baja incidencia de tuberculosis en nuestro país solo se realiza vacunación en casos seleccionados. Conviene conocer los efectos adversos de la vacuna y su manejo, que consiste en actitud expectante o curas locales simples si la lesión no está infectada para no cometer errores en el tratamiento que requieran intervenciones más cruentas.

症候群 **ZHU-TOKITA-TAKENOUCI-KIM.** *Bolea Muguruza G, Elizondo Alzola A, Cuervas-Mons Tejedor M, Ferragut Ferretjans E, Hortiguera Saeta MM, Conejo Moreno D, Oyagüez Ujidos P, Del Blanco González I.* Hospital Universitario de Burgos

Introducción. El gen SON, situado en el cromosoma 21, codifica una proteína que promueve el splicing del pre-mRNA actuando en la progresión del ciclo celular, la integridad genómica y en el mantenimiento de la pluripotencia de las poblaciones de células madre. Además, forma parte de procesos celulares esenciales y su presencia en diversos tejidos humanos sugiere que su integridad resulta crucial para el crecimiento y desarrollo normal. Las diferentes variantes de novo del gen SON se han visto asociadas a trastornos graves multisistémicos caracterizados por retraso del desarrollo, dificultades en la alimentación, malformaciones congénitas y anomalías cerebrales. Una de las variantes de novo de este gen se ha relacionado con el síndrome Zhu-Tokita-Takenouchi-Kim (ZTTK).

Caso clínico. Varón de 13 años con antecedentes de retraso psicomotor, en seguimiento actual en consulta de Neuropediatría por discapacidad intelectual, epilepsia sintomática, alteración grave del comportamiento con gran impulsividad y rasgos autistas. Asimismo, asocia fenotipo peculiar con microcefalia, microftalmia, orejas dismórficas y paladar ojival. Desde los 3 años de vida presenta múltiples episodios consistentes en disminución del nivel de conciencia tras traumatismos craneoencefálicos (TCE) banales precisando ingreso en UCI Pediátrica en dos ocasiones (7 y 11 años). En cuanto a las pruebas complementarias realizadas durante su evolución, tiene analíticas sanguíneas, cariotipo, X frágil, CGH-arrays, estudio metabólico en orina de 24 horas y en LCR sin hallazgos patológicos. Dados los antecedentes, se solicita estudio de migraña hemipléjica/confusional con resultado negativo. En las RMN craneales realizadas se objetiva desde los 3 años retraso de mielinización con empeoramiento progresivo observándose a los 11 años alteración de la señal de sustancia blanca periventricular occipital. Ante la sospecha de leucodistrofia de causa genética se solicita panel de genes asociados a leucodistrofias encontrando una variante de novo patogénica en el gen SON asociado al Síndrome ZTTK.

Conclusiones. Pese a la baja incidencia del Síndrome ZTTK, creemos que es importante sospecharlo ante la presencia de un retraso global del desarrollo con rasgos autistas, epilepsia y anomalía de sustancia blanca. Debemos destacar la importancia de que estos pacientes pueden tener estados confusionales incluso con deterioro del nivel de conciencia tras TCE banales al tener comprometido el mantenimiento del ciclo celular, especialmente en situaciones de estrés. Siendo este caso importante para su diagnóstico pero sobre todo para informar a las familias de la prevención de TCE y situaciones de estrés que desencadenan estos episodios.

COMPRESIÓN TRAQUEAL POR ARTERIA INNOMINADA: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Marco Sánchez JM, Romero García C, García Salamanca Y, Martínez Pereira A, Sánchez-Vélez MT.* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción. Los anillos vasculares son anomalías vasculares congénitas debidas a una alteración en el desarrollo embrionario del arco aórtico y otros grandes vasos, que rodean, completa o parcialmente, estructuras como la tráquea o el esófago. Su prevalencia es difícil de determinar, y si bien frecuentemente son hallazgos casuales, podemos encontrar anomalías importantes que presenten mayor o menor grado de compresión a nivel de la vía respiratoria alta, con la consiguiente morbilidad cardíaca que ello conlleva. Las manifestaciones clínicas más frecuentes varían desde: estridor constante, tos crónica, asma de mal

control o disfagia. Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de síndrome de compresión traqueal por arteria innominada, como resultado de la formación de un anillo vascular completo.

Caso clínico. Escolar de 1 año que acude a la consulta de Neumología para valoración de laringitis de repetición. Como antecedentes de interés, presentaba estridor inspiratorio al mes de vida, actualmente bifásico solo evidenciable durante estados de agitación, asociado a polipnea con leve tiraje respiratorio, diario y constante. Niega episodios de atragantamiento. Había presentado 2 ingresos previos en Planta de Pediatría por laringotraqueobronquitis hasta el momento, con buena evolución posterior. Dada la polipnea asociada a la persistencia del estridor bifásico, se realiza fibrobroncoscopia para descartar anomalías traqueales, mostrándose estenosis traqueal en ojal por compresión extrínseca en el tercio distal de la misma. Ante dichos resultados, se completa estudio mediante TC torácico, en el que se observa prominencia de arteria innominada con origen en el arco aórtico, que cruza por delante de la tráquea y condiciona una compresión en el espacio anterior de la misma. Asimismo, se objetiva una disminución de la luz traqueal de al menos un 40% en su diámetro anteroposterior. Se decidió derivación del paciente a la Unidad de Vía Aérea del Hospital 12 de Octubre de Madrid, donde al no objetivar sintomatología incapacitante o severa, recomiendan seguimiento cada tres meses en su servicio, sin necesidad de cirugía correctora por el momento.

Conclusión. A pesar de su baja prevalencia, ante un paciente con disfagia o estridor constante, debe contarse con un alto índice de sospecha de que pueda existir un anillo vascular. Tanto por su, en ocasiones, grave sintomatología, como por su riesgo de asociación con cardiopatías congénitas y morbilidad cardíaca, los pediatras debemos tenerlo siempre en cuenta como posible diagnóstico diferencial.

CRISIS CEREBRALES Y HEMOPTISIS: MANIFESTACIÓN DE UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE. *Carreras Ugarte L¹, Sanmartino González S², Mayordomo Colunga J¹, Vivanco Allende A¹, Rey Galán C¹.* ¹Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; ²Servicio de Radiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Presentamos un caso clínico que consideramos de interés por su peculiar presentación clínica y su escasa frecuencia.

Caso clínico. Varón de 11 años previamente sano que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) por disminución del nivel de conciencia. Tras un acceso de tos nocturno, con sangrado que impresionaba de vías respiratorias superiores, realiza crisis convulsiva tónico-clónica generalizada, con pérdida posterior de la consciencia. Es atendido por los Servicios de Emergencias Médicas, se intuba y conecta a ventilación mecánica, trasladándose al Hospital de referencia. Se realiza analítica sanguínea, punción lumbar, tomografía computarizada (TC) craneal sin contraste y vídeo-electroencefalograma, descartándose patología intracraneal aguda o signos de meningoencefalitis. Se extuba a las pocas horas, presentando una exploración neurológica normal. A las 24 horas presenta un episodio de hemoptisis masiva con desaturación que precisa administración de oxígeno y aspiración repetida, con recuperación espontánea progresiva. La ecografía a pie de cama muestra condensación basal izquierda y dos formaciones vasculares a 1-1,5 cm de la superficie pleural. Se realiza TC torácico urgente con contraste, mostrando una malformación arterio-venosa (MAV) de gran tamaño en el lóbulo inferior izquierdo. Se realiza cateterismo con embolización de la MAV, con buena evolución posterior. En el momento actual se realiza seguimiento periódico, sin precisar por el momento resección quirúrgica.

Comentarios. Resulta interesante el caso por la peculiar forma de presentación clínica, ya que se trata de una patología de origen respiratorio que debutó con crisis cerebrales, que consideramos como

secundarias a la hipoxia derivada de la broncoaspiración de contenido hemático. Las MAV pulmonares son poco frecuentes, pero hay que sospecharlas ante un episodio de hemoptisis o ante epistaxis de repetición. Habitualmente se asocian a MAV en otros órganos –fundamentalmente cerebrales o hepáticas–, constituyendo el síndrome de Rendu-Osler, cuyo diagnóstico suele ser clínico aunque existen mutaciones genéticas que pueden apoyarlo cuando no se cumplen todos los criterios. En cuanto al manejo posterior a la embolización de las MAV pulmonares, no existen guías específicas en pediatría, por lo que la decisión de la resección quirúrgica dependerá de la evolución.

ESCLEROMIOSITIS EN PEDIATRÍA, PRESENTACIÓN DE UN CASO. *Fraile García L, Membrives Aparisi J, González Uribelarrea S, Castro Rey M, Garrote Molpeceres R, Urbaneja Rodríguez E. Unidad de Inmunología y Reumatología Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. Los síndromes de solapamiento consisten en la combinación de características clínicas de varios trastornos autoinmunes diferentes. La escleromiositis, descrita por primera vez en 1991 por Blaszczyk y cols, asocia sintomatología de esclerosis sistémica y dermatomiositis. Constituye una patología infrecuente en Pediatría, con muy pocos casos reportados en la literatura, generalmente de curso clínico benigno.

Caso clínico. Mujer de 13 años de origen marroquí, sin antecedentes familiares ni personales de interés, derivada a Reumatología Infantil por sospecha de patología sistémica. Refirió episodios esporádicos de palidez seguida de cianosis de pulpejos de ambos dedos de las manos desde los 4 años. Asimismo, asoció artralgiás en articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales junto con rigidez matutina. En la exploración física presentó frialdad acra y tinte cianótico de ambas manos así como pápulas de Gottron en articulaciones metacarpofalángicas visibles al realizar flexión de las falanges. Se solicitaron estudio analítico, microbiológico e inmunológico completo, donde destacó únicamente la presencia de anticuerpos antinucleares positivos con anticuerpos Anti-PM-Scl positivos. Radiográficamente no se observó depósitos de calcio ni erosiones óseas en las manos. Ante los hallazgos clínicos y de laboratorio compatibles con síndrome de solapamiento tipo escleromiositis se inició seguimiento periódico con protección solar máxima en zonas fotoexpuestas y AINEs como primer escalón terapéutico.

Comentario. Habitualmente la escleromiositis supone un reto diagnóstico dado el comienzo clínico insidioso así como la variabilidad de la sintomatología a lo largo del curso de la enfermedad. El marcador biológico principal es la presencia de anticuerpos Anti-PM-Scl. Generalmente en la infancia no se requiere un tratamiento agresivo y los pacientes a menudo responden a AINEs o corticoides orales, sin presentar progresión de la enfermedad ni precisar otras terapias.

FIEBRE RECURRENTE: LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA. *Urbano Martín M, Pérez Gutiérrez ME, Salamanca Zarzuela B, Velasco Zúñiga R, Granda Gil E, Antoñón Rodríguez M, Centeno Malfaz F. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.*

Introducción. La fiebre recurrente es un motivo frecuente de consulta. Las infecciones virales son la principal causa, pero también se deben tener en cuenta las infecciones bacterianas. Una vez descartadas, se debe valorar la posibilidad de procesos autoinmunes, neoplásicos y autoinflamatorios. Para llegar a la etiología es importante la anamnesis detallada y los hallazgos de la exploración física, siendo muy útil

definir las características, la periodicidad de la fiebre y los síntomas acompañantes para orientar el diagnóstico.

Caso clínico. Niña de 4 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por 6 episodios febriles en los últimos 7 meses que se repiten cada 30-45 días. Los procesos presentan características similares: inicio con aftas en mucosa yugal seguidas de fiebre de 39-40°C, faringitis exudativa con respuesta parcial a antibiótico y una duración de 5 días. No adenopatías significativas. En los episodios se objetiva elevación de reactantes de fase aguda (leucocitos 14.500/ μ l, NT 11.200/ μ l VSG 31 mm, PCR 233 mg/L ferritina 115.2 ng/ml) y frotis faríngeo normal. Entre los episodios se encuentra asintomática, con buen desarrollo ponderoestatural y con normalización de los reactantes de fase aguda. Se completa el estudio con serologías y estudio de autoinmunidad sin hallazgos reseñables. Ante la sospecha de síndrome autoinflamatorio se indica tratamiento con prednisona a 1 mg/kg/día con desaparición de la fiebre en las primeras 12 horas por lo que es finalmente diagnosticada de Síndrome de pFAPA.

Conclusiones. Ante episodios febriles recurrentes siempre debemos tener en cuenta causas, que aunque menos frecuentes, sí resultan importantes, como son las autoinmunes. El síndrome PFAPA es una entidad benigna y autolimitada sin base genética, que se manifiesta antes de los 5 años con episodios de fiebre recurrente (> 39°C), de 3/5 días de duración, asociando faringitis, aftas orales y/o adenopatías cervicales. Entre los episodios los pacientes están asintomáticos y con buen desarrollo ponderoestatural. Cursan en fase aguda con leucocitosis, neutrofilia y elevación de VSG. No se detecta agente bacteriano. Los episodios suelen responder prednisona oral y se van haciendo más infrecuentes hasta desaparecer.

IMÁGENES QUE ALARMAN: OSTEOCONDROMA EN PACIENTE PEDIÁTRICO, DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO DE SOSPECHA.

Martínez Pereira A, García Salamanca YA, González Prieto A, Mendoza Sánchez MC, Riesco Riesco S, López Alonso S, Romero García C, Marco Sánchez JM. Servicio de Oncohematología Infantil, Servicio de Traumatología Infantil. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción. Los osteocondromas son un tipo de tumor óseo benigno formador de cartílago que suele presentarse durante la segunda década de vida y representa el 30% de los tumores óseos benignos en la población general. Radiológicamente se presenta como una espícula ósea recubierta de cartílago que emerge de la superficie externa de un hueso; típicamente de la metafisis de huesos largos, siendo continua la cortical de dicha espícula con la cortical del hueso subyacente. Sin embargo, aunque la imagen sea típica, la impresión radiográfica no siempre es de benignidad, y es un hallazgo que puede alarmarnos en un paciente que consulte por dolor en Urgencias. Presentamos dos casos clínicos con imágenes similares y distinto manejo.

Casos clínicos. **Caso clínico 1:** Varón de 6 años valorado por su pediatra por tumoración indolora en húmero izquierdo de un mes de evolución; palpado incidentalmente por la madre. Se realiza en centro de origen radiografía simple objetivando en metafisis humeral izquierda una lesión esclerótica y de aspecto trabeculado con dudosa reacción perióstica en cortical. Ante la imagen se deriva al Complejo Asistencial Universitario de Salamanca para ingreso y estudio. Tras hallazgos dudosos en resonancia magnética, se realiza biopsia no excisional que concluye lesión compatible con osteocondroma. Debido a la falta de sintomatología se decide conducta expectante con seguimiento ambulatorio planteando posibilidad de resección a largo plazo. **Caso clínico 2:** Mujer de 11 años que acude a Urgencias derivada desde su pediatra por tumoración dolorosa en zona proximal de húmero derecho evidenciada en radiografía simple. La paciente refiere palpación incidental de la

tumoración hace dos años, comenzando con dolor sordo de creciente intensidad también nocturno desde hace dos semanas, motivo por el que consulta. Coincide el inicio de esta nueva sintomatología con el uso de muletas pautadas por esguince de tobillo. Se valora la imagen radiográfica y ante la sospecha consensuada de osteocondroma se decide alta con seguimiento a nivel ambulatorio.

Conclusión. El osteocondroma es un tipo de tumor óseo benigno con una imagen característica en radiografía que puede asociarse o no a clínica sugerente de malignidad, siendo esta prueba complementaria la primera prueba de imagen disponible para realización en Urgencias. Conocer esta entidad es útil para poder pensar en ella ante una imagen potencialmente alarmante en el paciente que acude para valoración de dolor local con tumoración.

LINFOMA TIPO HIDROA VACCINIFORME. *Rodríguez García G¹, Herrero Morín JD², Alvarado P³, Palma D³, Fernández González MN⁴.* ¹Ejercicio privado de la Pediatría. Asociación Humanitaria Sira Pro Guatemala. Mieres (Asturias). ²Pediatría. Centro de Salud de Infiesto. Infiesto (Asturias). ³Sección de Hematooncología Pediátrica. Hospital San Juan de Dios. Ciudad de Guatemala, Guatemala. ⁴Servicio de Pediatría. Hospital Cabueñes. Gijón (Asturias).

Introducción. El linfoma tipo hidroa vacciniforme es una entidad rara que se produce fundamentalmente en personas de Asia y Latinoamérica. Supone un reto diagnóstico y terapéutico, especialmente cuando afecta a poblaciones desfavorecidas y con escaso acceso a recursos sanitarios.

Caso clínico. Se presenta el caso de un varón indígena maya guatemalteco de 8 años, que desde los 4 presentó dermatosis con pápulas que evolucionaron a úlceras y cicatrices varioliformes, inicialmente en cuero cabelludo, y después también en facies, extremidades y abdomen. En el momento de nuestra atención presentaba fiebre sin otro foco de 2 semanas de evolución, y en la exploración se apreció hepatomegalia. El hemograma fue normal (3200 neutrófilos/mcl, 2930 linfocitos/mcl, hemoglobina 11,28 g/dl, plaquetas 423000/mcl). La serología sérica fue negativa para VIH y positiva para VEB. La ecografía hepática mostró signos de esteatosis. Con el diagnóstico de sospecha, se realizó biopsia cutánea que mostró infiltrado linfoide atípico compatible con linfoma cutáneo acorde con hidroa vacciniforme, iniciándose tratamiento con ácido ursodesoxicólico, prednisona y vincristina.

Discusión. Esta entidad suele tener su origen en la infancia, con un inicio insidioso y un curso progresivo de lesiones cutáneas (edema, pápulas, vesículas, necrosis, cicatrices), hasta producir finalmente afectación sistémica (hepatoesplenomegalia, linfadenopatías, fiebre). A diferencia del hidroa vacciniforme, la afectación no se limita a áreas fotoexpuestas, aunque el diagnóstico se establece tras la biopsia cutánea confirmando la infiltración por linfocitos atípicos. Se supone debida a la proliferación clonal de linfocitos T o NK, en relación con infección por virus de Epstein Barr. El pronóstico de esta patología es grave, con mala respuesta a la quimioterapia y radioterapia. Actualmente la mejor alternativa terapéutica son los inmunomoduladores, aunque la respuesta no es constante.

LIPODISTROFIA EN LA EDAD PEDIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO. *Membrives Aparisi JS, Fraile García L, González Uribebarrea S, Garrote Molpeceres R, Urbaneja Rodríguez E.* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La lipodistrofia en pediatría es una patología rara que puede ser el síntoma inicial de un grupo muy amplio de enferme-

dades. El rasgo común es la atrofia de la grasa subcutánea y/o visceral, que puede asociar subyacentes y que suele debutar en la infancia o adolescencia.

Caso clínico. Varón de 9 años derivado a consulta de Reumatología Pediátrica para estudio de pérdida de tejido adiposo en hemiabdomen y muslo derechos de un año de evolución, con empeoramiento progresivo. No otra clínica asociada. Sin antecedentes personales o familiares de interés. Exploración física: Marcada lipodistrofia en hemiabdomen, región inguinal y cara interna de muslo derechos con masa muscular de aspecto atrófico, con hiperpigmentación e induración superficial asociadas. No otros hallazgos. Pruebas complementarias: analítica sanguínea (hemograma normal, glucosa, perfil hepático, lipídico, renal y tiroideo normales, no elevación de GOT, LDH, CK ni aldolasa), estudio inmunológico (FR, ANA, ANCA, ACA, RNP negativos y complemento normal), estudio microbiológico (negativo), orina (negativa), radiografía de tórax y ecografía abdominal (sin alteraciones) y valoración por Oftalmología (no patología ocular). Ante la normalidad de pruebas complementarias y la progresión de la lipodistrofia se realizó biopsia profunda de región inguinal y muslo derecho, que mostró hallazgos compatibles con una esclerodermia localizada. Se inició tratamiento prednisona oral en pauta descendente durante 3 meses y metotrexato subcutáneo 12,5 mg semanal con suplementos de ácido fólico. Tras un año desde el diagnóstico, ha presentado mejoría progresiva de las lesiones por lo que se decidió inicio de espaciado de metotrexato, permaneciendo inactivas.

Comentario. La mayoría de las lipodistrofias son secundarias y se presentan sobre todo asociadas a patología endocrino-metabólica. También hay casos descritos secundarios a patología infecciosa e idiopáticos en los que se postula base autoinmune. Incidiendo en las causas reumatológicas, la lipodistrofia se relaciona hasta en un 50% de los casos con la dermatomiositis juvenil, apareciendo generalmente tras años de evolución de la enfermedad, sobre todo en pacientes mal controlados y con retraso en el tratamiento. También puede asociar complicaciones metabólicas, siendo la gravedad de estas proporcional a la extensión de la afectación cutánea. Puede manifestarse como formas generalizadas o parciales, con afectación sobre todo de extremidades. Mucho menos frecuente es la asociación de lipodistrofia con artritis idiopática juvenil, esclerodermia y algunas enfermedades autoinflamatorias como el síndrome de CANDLE.

SÍNDROME DE MICRODUPLICACIÓN 17Q11.2. *Antoñón Rodríguez M¹, Hedrera Fernández A¹, Garrote Adrados JA², Escribano García C¹, Cancho Candela R¹, Centeno Malfaz F¹.* ¹Servicio de Pediatría; ²Unidad de Genética, Servicio de Análisis clínicos. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. El síndrome de microduplicación 17q11.2, descrito por primera vez por Grisart y cols. en 2008, se debe a una doble dosis del gen NF1, tiene una herencia autosómico-dominante con penetrancia incompleta, y se caracteriza por la discapacidad intelectual y las dismorfias faciales sutiles.

Caso clínico. Varón que presenta retraso del lenguaje desde los 2 años, con dismorfias faciales (cara alargada, despegamiento de pabellones auriculares), sialorrea, tics motores simples y capacidad cognitiva límite. Se realiza estudio genético-molecular al paciente y progenitores mediante técnica de microarray-CGH objetivándose una duplicación 17q11.2 *de novo*.

Conclusión. Si bien la mutación más frecuente del gen NF1 es su delección provocando una neurofibromatosis tipo 1, su duplicación da lugar al síndrome de microduplicación 17q11.2, que no comparte las características clínicas de dicha entidad. El fenotipo es poco específico

con dismorfias faciales sutiles y cursa con capacidad cognitiva límite. Las técnicas de citogenética molecular resultan fundamentales para su identificación, siendo de elección el microarray-CGH.

TUMORES ÓSEOS Y LISIS EN RADIOGRAFÍA: NO ES MALIGNO TODO LO QUE PARECE. *Martínez Pereira A, López Fernández R, González Prieto A, Mendoza Sánchez MC, López Alonso S, García Salamanca YA, Marco Sánchez JM, Romero García C. Servicio de Oncología Infantil; Servicio de Traumatología Infantil. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

Introducción. La lisis ósea objetivada en radiografía es un hallazgo que alarma, ya que muchos tumores óseos malignos presentan una imagen de lisis entre otros hallazgos. Sin embargo, son muchas las entidades radiográficas que en el paciente pediátrico pueden presentar imágenes de este tipo a pesar de tratarse de lesiones benignas. Es por ello que la asociación más correcta sería 'lisis' con 'agresividad', no malignidad, como veremos en los siguientes casos clínicos que planteamos.

Casos clínicos. *Caso clínico 1:* Varón de 5 años evaluado en Urgencias por referir cojera de 10 días de evolución sin traumatismo aparente, sin clínica infecciosa asociada y sin referir despertar nocturno. A la exploración física se objetiva dolor a la palpación de pierna derecha en tercio proximal de cara externa. En la radiografía simple realizada destaca lesión a nivel de metáfisis de peroné derecho, caracterizada por osteólisis con calcificación alargada en su interior y reacción perióstica con engrosamiento cortical. Se ingresa al paciente para estudio y se realiza resonancia magnética (RMN), objetivando imagen alargada hipointensa compatible con calcificación central o nidus. Ante los hallazgos de la RMN se decide alta tras concluir lesión compatible con osteoblastoma versus osteoma osteoide. Dos semanas después se realiza de forma programada la biopsia escisional que confirma osteoblastoma. *Caso clínico 2:* Mujer de 5 años que consulta en su centro de origen por dolor en zona tibial distal sugerente de fractura tras antecedente traumático. Se realiza radiografía simple que muestra lesión en metáfisis tibial tipo lítica expansiva con reacción perióstica en triángulo de Codman, con bordes peritumorales sugerentes de formación quística. Se realiza resonancia en su provincia de origen. Sin evidenciar claras líneas de fractura, se trata como fractura patológica por la clínica, realizando tratamiento con férula 2 meses. Tras la consolidación de la fractura se deriva al Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, donde se repite la RMN. Se programa intervención quirúrgica para biopsia escisional completa y reconstrucción con aloinjerto, siendo diagnosticada finalmente de quiste óseo aneurismático.

Conclusión. Es importante hacer una distinción dentro de la -benignidad- de los tumores óseos en pediatría, sabiendo que los tumores benignos agresivos guardan muchas similitudes tanto radiográficas como clínicas con los tumores malignos, y sabiendo que por sus características de expansión continua su tratamiento implica generalmente la extirpación.

UN DIAGNÓSTICO DIFÍCIL: INVAGINACIÓN APÉNDICO-CECAL. *Molnar A, Amat Valero S, Barnes Marañón S, Pontón B, Pérez Costoya C, Sánchez Pulido L, Álvarez Muñoz V, Fernández García L. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. La invaginación apendicular es poco frecuente, pudiéndose presentar a cualquier edad. De presentación clínica variable, desde un cuadro similar de invaginación ileocecal o apendicitis aguda hasta un cuadro obstructivo o masa palpable por lo que suele ser un hallazgo intraoperatorio.

Material y métodos. Presentamos un caso de invaginación apéndice-cecal.

Resultados. Niño de 3 años que acude a urgencias por dolor abdominal, encogimiento de piernas, vómitos y fiebre de varios días de evolución, asociado a cuadro catarro concomitante. Sin antecedentes personales de interés para el episodio actual. A su llegada está irritable con exploración física y analítica inespecíficas, detectándose en ecografía abdominal invaginación ileocecal. Se realiza desinvaginación ecoguiada con enema satisfactoria, pudiendo ser alta hospitalaria a las 48 horas. A las 24 horas del alta, el paciente reaccude por cuadro similar, constatando en una nueva ecografía, invaginación ileocecal, intentando de nuevo la desinvaginación con enema ecoguiada, y aunque se objetiva el paso de contraste al intestino delgado (se comprueba con radiografía abdominal), continúa visualizándose en la zona de ciego, la imagen típica de "donut", por lo que se decide realizar laparotomía exploradora. Durante la intervención se evidencia una invaginación apéndice-cecal, se realiza desinvaginación manual y apendicectomía reglada que se manda analizar confirmando una intensa hiperplasia del tejido linfoide.

Conclusiones. La invaginación apéndice-cecal se puede clasificar (Clasificación de Mc-Swain) en 5 tipos según el segmento invaginado. El tratamiento es quirúrgico, como en el caso de nuestro paciente, con la sección del apéndice para poder realizar estudio histopatológico y descartar proceso tumoral.

URTICARIA HIPOCOMPLEMENTÉMICA. A PROPÓSITO DE UN CASO. *Castro Rey M¹, González Uribebarrea S¹, Fraile García L¹, Marcos Temprano M¹, Urbaneja Rodríguez E¹, Martínez García G². ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La urticaria hipocomplementémica, es una entidad rara en edad pediátrica, existiendo menos de 500 casos descritos en la literatura. El diagnóstico generalmente es de exclusión, aunque existen criterios diagnósticos establecidos para la edad adulta. La positividad para los autoanticuerpos antiC1q está frecuentemente asociada y podría orientar el diagnóstico.

Caso clínico. Niña de 3 años derivada por brotes recurrentes de exantema localizado diagnosticado de urticaria. Antecedente de dermatitis atópica desde el mes de vida, que mejoró con la retirada de PLV. Desde los 2 años aparición intermitente de exantema papuloso-habonoso, pruriginoso, en distintas localizaciones, que se resolvían en 1-2 semanas sin dejar lesión residual inicialmente. No desencadenante. No otros síntomas asociados. *Exploración física:* lesiones micropapulosa agrupadas, delimitadas, anulares con extensión centrífuga, localizadas en dorso de muslos, antebrazo derecho y una de menor tamaño incipiente en el izquierdo, signo Darier negativo. Análisis sanguíneo, sistemático orina, inmunoglobulinas, hormonas tiroideas normales. Serologías, mantoux, pruebas alérgicas, crioglobulinas y autoanticuerpos negativos. Anticuerpos antiC1Q positivos, con niveles de C3 y C4 con descenso en los sucesivos controles. Biopsia compatible con vasculitis leucocitoclástica. Ante los hallazgos compatibles con urticaria hipocomplementémica se decide iniciar en el siguiente brote tratamiento con prednisona oral hasta remisión.

Comentario. La urticaria crónica es poco frecuentes en edad pediátrica. Cuando nos encontramos ante esta situación es necesario realizar un mayor número de pruebas complementarias que orienten el diagnóstico. En caso de la urticaria hipocomplementémica precisa seguimiento por Reumatología infantil ya que hasta un 50% de estos pacientes termina desarrollando Lupus Eritematoso Sistémico a lo largo de su vida.

VÓLVULO DE COLON TRANSVERSO EN PACIENTE NEUROLÓGICO GRAVE. Fernández García L, Barnes Marañón S, Molnar A, Pontón Martino B, Pérez Costoya C, Sánchez Pulido L, Gómez Farpón A, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El vólvulo de colon transverso es una entidad infrecuente en pediatría. De todos los casos de vólvulos colónicos solo un 4% afectan al colon transverso. En pacientes pediátricos se considera como predisponente a padecer este proceso la presencia de un colon redundante que podría ser deberse a estreñimiento crónico, dismotilidad intestinal, alteraciones neurológicas graves y falta de fijación de los ángulos hepático y esplénico del colon.

Caso clínico. Paciente de 5 años con parálisis cerebral infantil (PCI) secuela de leucoencefalopatía hemorrágica aguda y con estreñimiento crónico no controlado que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de irritabilidad, vómitos y ausencia de deposiciones en las últimas 48 horas. A la exploración física el paciente presenta regular estado general, con aspecto cacéctico, distensión abdominal importante con timpanismo generalizado y dolor a la palpación difusa. Análíticamente el paciente presenta leucocitosis moderada y aumento de reactantes de fase aguda. Se realiza Rx de abdomen sugestiva de vólvulo colónico que se confirma mediante realización de TC abdominal en donde se identifica un punto de giro de vasos mesentéricos y dos imágenes en "pico" hallazgos compatibles con vólvulo de colon transverso. Se realiza laparotomía exploradora urgente en la que se constatan dichos hallazgos, se realiza devolvulación de colon transverso que presenta buen aspecto sin signos de desvitalización de tejidos, y apendicectomía. El postoperatorio cursa sin incidencias se reinicia tolerancia oral al 7º día postoperatorio tras retirada de sonda nasogástrica y recibe antibioterapia con metronidazol y gentamicina. Evoluciona favorablemente y a los 6 meses de seguimiento el paciente se encuentra asintomático, ha ganado peso y recibe tratamiento adecuado para evitar estreñimiento crónico.

Conclusiones. El vólvulo colónico debe ser sospechado en pacientes con alteraciones neurológicas, como la parálisis cerebral infantil, cuando presenten clínica de obstrucción intestinal para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz de dicha entidad. Las pruebas radiológicas (radiología simple, ecografía y TC) pueden orientarnos a este diagnóstico aunque la confirmación se realizará intraoperatoriamente.

Viernes 23 de noviembre - Aula 11, Planta primera

Moderadores: Beatriz Vacas del Arco y
Laura San Feliciano

¿UNA SIMPLE ONFALITIS? Fernández Castiñeira S, Quesada Colloto P, Fidalgo Alonso A, Hernández Peláez L, Carnicero Ramos S, Díaz Anadón LR, Arias Llorente RP, Fernández Colomer B. Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La infección neonatal por virus herpes tipo 2 suele transmitirse en el canal del parto. Generalmente las madres padecen una infección genital recién adquirida e incluso pueden ser asintomáticas, pasando desapercibido el diagnóstico.

Caso clínico. Neonato pretérmino tardío de 36 semanas nacido por parto vaginal inducido por preeclampsia materna. A los 2 días de vida comienza a presentar febrícula mantenida con elevación de reactantes de fase aguda (PCR 3,5 mg/dl e IL6 382 pg/ml), por lo que ante sospecha de sepsis vertical se inicia tratamiento con ampicilina y gentamicina iv que se mantienen durante 5 días. El hemocultivo resulta negativo,



Figura 1.

por lo que no se confirma la sepsis y es dado de alta a domicilio. A los 9 días de vida reingresa ante infección cutánea periumbilical, con aumento progresivo del número de lesiones. Afebril en todo momento desde el alta y sin otra clínica asociada. A la exploración física se objetivan varias vesículas de contenido amarillo-turbio periumbilicales, con zona de celulitis asociada y analítica normal (Fig. 1). Inicialmente, ante sospecha de infección bacteriana, se inicia tratamiento con Cloxacilina iv que se suspende a las 24 horas tras confirmar etiología viral por Virus Herpes tipo 2. En ese momento se comienza Aciclovir iv que se mantiene durante 7 días, pasando posteriormente a la vía oral que se mantuvo hasta completar un mes de tratamiento. Las lesiones cutáneas remitieron a los pocos días. Durante el segundo ingreso se realizaron las siguientes pruebas complementarias:

- Estudio virológico en exudado umbilical: positivo VHS-2.
- Cultivo bacteriológico en exudado umbilical: flora mixta.
- PCR VHS-2 en sangre: negativa.
- Exudado vaginal materno: negativo.

Conclusiones. A pesar de no haberse podido determinar el origen congénito/perinatal de la infección, parece lo más probable por la edad de inicio de los síntomas. Se realizó un estudio de virología en la sangre usada para las pruebas metabólicas, obtenida durante el pico febril que se identificó como probable sepsis vertical, siendo este negativo. Aún así parece posible que dicha febrícula pudiera deberse a una viremia por virus herpes tipo 2 que posteriormente causó la onfalitis.

ABDOMEN AGUDO: COMPLICACIÓN INFRECUENTE DEL CATÉTER VENOSO UMBILICAL. Molnar A¹, Gómez Farpón A¹, Barnes Marañón S¹, Amat Valero S¹, Mantecón Fernández L², Pontón Martino B¹, García López E², Caunedo Jiménez M². ¹Servicio de Cirugía Pediátrica; ²Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. La colocación de un catéter venoso umbilical en recién nacidos, sobretodo prematuros, es una técnica que se efectúa diariamente. No obstante, es una intervención invasiva que puede implicar complicaciones. La extravasación del contenido es una complicación excepcional que puede provocar distensión abdominal, hipotensión y hepatomegalia, pudiendo confundirse con un abdomen agudo quirúrgico.

Material y métodos. Presentamos un caso de extravasación de la NPT con clínica de perforación intestinal.

Resultados. Recién nacido varón, prematuro de 27 semanas de gestación, que se traslada intubado a la UCI Neonatal, donde se coloca catéter venoso umbilical sin incidencias para nutrición parenteral (NPT). A las 36 horas comienza con distensión abdominal marcada e insuficiencia renal aguda por lo que se solicita una ecografía que visualiza una importante cantidad de líquido libre ecogénico. La analítica es compatible con una infección aguda, con PCT, PCR y leucocitos elevados, lo que sugiere un abdomen agudo quirúrgico. Durante la cirugía no se evidencia perforación intestinal, sin embargo se constata un líquido de aspecto lechoso que se analiza, detectando TAG y un alto nivel de glucosa compatible con NPT. Tras la intervención el paciente evoluciona favorablemente, reintroduciendo la alimentación oral al tercer día.

Conclusiones. El acceso venoso umbilical es una herramienta importante en Neonatología. La extravasación de la NPT es una complicación infrecuente, pero importante, y que debemos tener en cuenta en pacientes con clínica de abdomen agudo quirúrgico.

CAUSA INUSUAL DE ABDOMEN AGUDO EN PERÍODO NEONATAL. *Sánchez Sierra N¹, Matías del Pozo V¹, Romero Espinoza D¹, Pino Vázquez A², Benito Gutiérrez M², Gómez Beltrán O³, Sánchez Abuín A³, Palacio Tomás L⁴.* ¹Unidad de Neonatología; ²Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal; ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ⁴Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. La apendicitis aguda es la entidad quirúrgica más frecuente en la infancia. Sin embargo es algo excepcional durante el período neonatal (0,2%). Esa baja incidencia asociada a la clínica inespecífica genera un retraso diagnóstico-terapéutico incrementando la tasa de perforación apendicular (70-80% de los casos).

Caso clínico. Mujer pretérmino de 57 días de vida (EGc 41+1) remitida a nuestro hospital para valoración por Cirugía Pediátrica por cuadro consistente en vómitos alimenticios, rechazo de tomas y distensión abdominal de 12 horas de evolución, sin fiebre. Como antecedentes neonatales destacan ingreso al nacimiento por gestación gemelar bicorial-biamniótica de 33 semanas (2º gemelo) con diagnósticos principales al alta de enfermedad de membrana hialina y sepsis nosocomial por *K. pneumoniae*. Meconiorrexis en las primeras 36 horas de vida. No antecedentes familiares de interés. Exploración física con palidez cutánea, distensión abdominal, ausencia de ruidos hidroaéreos e irritabilidad incrementada a la palpación en fosa ilíaca derecha e hipogastrio sin eritema en pared abdominal ni otros hallazgos de interés. En la analítica sanguínea se objetiva leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda (PCR 187,8 mg/dl, PCT 2,11 ng/ml). En la radiografía de abdomen se visualiza distensión difusa de asas intestinales, edema de pared, sin neumatosis intestinal ni neumoperitoneo y ausencia de gas en ampolla rectal. Se inicia antibioterapia con cefotaxima y metronidazol y se realiza laparotomía exploradora con hallazgo de peritonitis fecaloidea secundaria a perforación de base de apéndice. Se toman biopsias de colon para descartar enfermedad de Hirschsprung y se realiza ileostomía de protección tipo Hartman. Evolución postoperatoria favorable siendo dada de alta a domicilio a los 17 días de la intervención completando 14 días de antibioterapia. En la anatomía patológica se descartó enfermedad de Hirschsprung.

Comentario. La apendicitis neonatal representa una patología con alta morbimortalidad por lo que es fundamental sospecharla e incluirla dentro de las causas de abdomen agudo en el neonato. Una vez realizado el diagnóstico, se debe descartar la existencia de otras patologías

de base, principalmente, fibrosis quística, enfermedad de Hirschsprung o hernia inguinal incarcerada.

CONSUMO DE TÓXICOS DURANTE LA GESTACIÓN, DESCRIPCIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA DE LAS GESTANTES Y LOS RECIÉN NACIDOS. *Romero Espinoza D, Matías del Pozo V, Sánchez Sierra N, Gutiérrez Zamorano M, Palacios Loro M, Pino Vázquez A, Cenozo Ruiz S, Alonso Ferrero J.* Unidad de Neonatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivo. Identificar los casos de recién nacidos ingresados por consumo de tóxicos durante la gestación, de los últimos 10 años. Descripción clínico epidemiológica de la madre, los recién nacidos y las consecuencias adversas del consumo de tóxicos.

Materiales y métodos. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de hijos de madres con consumo de tóxicos durante la gestación, en nuestro servicio.

Resultados. Se revisaron 15 casos [11 (73%) mujeres y 4 (27%) varones]. La mediana de edad materna fue 30 años un 66% tuvo entre 20-30 años. La mediana de edad gestacional fue 38 semanas. El 66% (n= 10) fueron embarazos controlados desde el primer trimestre gestacional, media de número de controles 8. Los datos obtenidos por anamnesis materna sobre sustancias consumidas fueron: metadona (40%), cannabinoides (33%), benzodiazepinas (BZD) (26%), antidepresivos (13,3%), cocaína (6,6%), heroína (6,6%). Un 73% (n= 11) asoció consumo de tabaco, un 13% n= 2, afirmaron haber consumido alcohol. El 66% (n= 10) consumió durante toda la gestación, un 20% (n= 3) refiere abandono después de su primer control. Un 20% (n= 3) precisó reanimación neonatal, el resto tuvo un periodo inmediato sin incidencias, obteniéndose un Apgar > 8/9 en un 87%. El motivo de ingreso fue Riesgo de síndrome de abstinencia, que se asoció a prematuridad en un 20% y bajo peso 26%. Hubo discordancia entre el tipo de consumo de drogas según anamnesis materna y hallazgos de tóxicos en orina del neonato en un 15% (n= 2). La mediana de estancia hospitalaria fue de 10 días [rango 3-45]. De los 15 casos, un 60% (n= 9) desarrollaron SAN, un 44% (n= 4) lo hizo el 2º día de vida [rango 1-6]; precisando tratamiento farmacológico un 89% (n= 8), se usó fenobarbital en el 63% (n= 5) otros menos usados fueron metadona y cloruro mórfico. La mediana de uso farmacológico fueron 22 días con una media de estancia hospitalaria de 33 días. Otras comorbilidades encontradas: PEG (< p10) en un 50%, CIR 33%, defectos cardíacos 20%, alteraciones del neurodesarrollo dentro los primeros 12 meses 7%.

Conclusiones. Los hijos de madres con consumo de tóxicos presentan consecuencias adversas a corto y largo plazo, es importante establecer protocolos para detección de madres consumidoras de tóxicos.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO CON ONFALITIS. *Ceballos Lenza M, Hernán Soto L, Valverde Benítez I.* Enfermería Pediátrica. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Segovia.

Objetivo. Determinar los cuidados de enfermería en un recién nacido que ingresa con diagnóstico médico de onfalitis.

Material y métodos. Este trabajo estudió la situación de un recién nacido que ingresó en la Unidad de Neonatología de un hospital de segundo nivel por infección en el cordón umbilical, en el cual se usa como protocolo del cuidado del cordón umbilical, el lavado con agua y jabón. Se le aplicó un plan de cuidados basado en diagnósticos (NANDA), resultados (NOC) e intervenciones (NIC). Para ello, enfermería recurre a un plan de cuidados estandarizado (con unos indicadores y una educación sanitaria), utilizando una guía metodológica para

facilitar la continuidad de los mismos y buscar la mejor calidad asistencial. Se recurrió al diagnóstico de colaboración de onfalitis, el cual se abordó principalmente con lavados con agua y jabón, la aplicación de Fucidine® y la administración de antibióticos sistémicos prescritos por orden médica.

Resultados. Los resultados obtenidos tras aplicar el plan de cuidados estandarizado fueron satisfactorios en gran medida, aunque no sin encontrarnos con dificultades. La mayoría de los indicadores evaluados, mejoraron al alta y la educación sanitaria junto a las demostraciones y el ensayo de la madre, cumplieron un papel crucial en el curso clínico de nuestro paciente.

Conclusión. El personal de enfermería pediátrica ejerce una tarea fundamental en la prevención y promoción de la salud al alta de los recién nacidos hospitalizados. Sin estas recomendaciones basadas en la evidencia, la salud podría verse comprometida innecesariamente. No cabe duda, por tanto, que estas recomendaciones junto con la enseñanza de los cuidados básicos a los padres, deben incluirse en los protocolos asistenciales para mejorar la calidad de vida del paciente en los primeros días de vida.

DOCTORA, MI BEBÉ MANCHA EL PAÑAL CON SANGRE, ¿QUÉ TIENE? *Gutiérrez Zamorano M, Matías del Pozo V, Mena Huarte MJ, Marcos Temprano M, Sánchez Sierra N, Alonso Ferrero J, Cenzano Ruiz S, Sáez García L. Unidad de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. Las evidencias actuales muestran cada vez mayor compatibilidad y seguridad en el uso de fármacos por parte de las madres que están lactando. Ante la aparición de clínica aparentemente inexplicable en niños amamantados, se debe descartar que pueda ser debida al paso de medicamentos a través de la leche materna.

Caso clínico. Recién nacida con antecedentes familiares de madre afecta de colitis ulcerosa en tratamiento con Mesalazina durante el embarazo. Parto a las 38 semanas, eutócico. Periodo neonatal inmediato sin incidencias. Alimentada con lactancia materna exclusiva. A las 48 horas de vida inicia cuadro de deposiciones líquidas abundantes con sangre fresca en el pañal en algunas. A la exploración, se objetiva mucosa rectal friable, leve prolapso y fisuras anales. Buen estado general. Pérdida ponderal del 10%. Inicialmente se plantea la posibilidad de que la sangre sea de procedencia materna, pero ante la imposibilidad de realizar el test de Apt-Downey en nuestro centro, se hace diagnóstico diferencial con otras enfermedades. Se confirma la no procedencia vaginal de la sangre mediante observación de salida de sangre fresca por el ano. Se realiza analítica sanguínea y coagulación descartándose la enfermedad hemorrágica del recién nacido y otras alteraciones hematológicas. Se descarta también enterocolitis necrotizante por carecer de alteraciones tanto clínicas como analíticas. Se descarta diarrea infecciosa tras obtener resultados negativos en el coprocultivo. Se objetivan fisuras anales que pueden ser la causa de la hemorragia digestiva. Se obtiene información bibliográfica acerca del paso de la mesalazina a la leche materna. Describen la existencia de casos de diarrea sanguinolenta en hijos amamantados por madres en tratamiento con mesalazina, ya que este fármaco posee un metabolito activo que se excreta en importantes cantidades en la leche materna. Al alta, sustituimos lactancia materna por fórmula de inicio con desaparición posterior de la clínica.

Conclusiones. En niños alimentados con lactancia materna, es imprescindible revisar los tratamientos maternos para determinar qué fármacos pueden excretarse en la leche, así como los posibles efectos secundarios en los lactantes. En ocasiones es necesario el cese del fármaco o el cese de la lactancia materna.

DOLOR ABDOMINAL Y MASA ¿QUÉ TE PASA? *Hernández Carbonell M¹, Hernández Villarroel AC¹, Valladares Díaz AI¹, García Rodríguez A², Carrón Bermejo M¹, García-Trevijano Cabetas L¹, Lozano Rincón L¹, Brel Morenilla M¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. ²Servicio de Atención Primaria. Segovia.*

Introducción. El hallazgo de masas abdominales en la edad pediátrica es algo relativamente frecuente, bien como un hallazgo casual durante una exploración física o bien de forma incidental durante la realización de pruebas de imagen por diferentes causas. Pueden ir acompañadas o no de sintomatología específica y, en algunos casos, ser asintomáticas o estar asociadas a síntomas inespecíficos.

Casos clínicos. Caso 1. Niño de 3 años de edad intervenido de urgencia tras presentar dolor abdominal con signos de irritación peritoneal sin masas palpables, evidenciándose en la ecografía inicial ectasia pielocalicial derecha y líquido libre intraperitoneal. No se visualiza apéndice. Se realiza apendicectomía urgente, objetivándose ileítis terminal con apéndice normal y visualización directa de marcada dilatación de uréter derecho. En ecografía abdominal de control se visualiza masa heterogénea retroperitoneal, que condiciona hidronefrosis derecha. Se completa estudio con TAC, hallándose lesión quística politabacada retroperitoneal en FD de 10.8cm de diámetro que comprime uréter derecho de características no infiltrativas. Primera opción diagnóstica linfangioma quístico retroperitoneal, que se confirma tras derivación a centro de referencia. **Caso 2.** Niño de 9 años de edad que consulta en AP por dolor abdominal de 10 días de evolución, inespecífico, no focalizado y algún vómito aislado. Posteriormente el dolor aumenta de forma significativa localizado sobretudo en zona epigástrica, con afectación del estado general, inapetencia y pérdida de peso. A la exploración se palpa zona engrosada en región hipogástrica izquierda; en ecografía abdominal se visualiza posible quiste de duplicación gástrico complicado. TAC abdominal: cavidad engrosada 8mm comunicada con la cavidad gástrica con afectación de grasa local. Derivado para estudio a centro de referencia se diagnostica Linfoma de Burkitt.

Conclusión. El hallazgo de una masa abdominal en un niño, ya sea palpable o como hallazgo incidental, nos obliga a realizar un estudio completo de forma preferente. Aunque en la mayoría de los casos las masas serán de naturaleza benigna, es importante identificar aquellas masas con sospecha de malignidad y no retrasar el estudio a pesar de no tener una sintomatología específica en el momento del hallazgo.

INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN EL LACTANTE: TODO UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. *Sáez García LM, Sánchez Sierra N, Burgueño Rico R, Alonso Ferrero J, Cenzano Ruiz S, Garrote Molpeceres R, Pino Vázquez MA, Urbaneja Rodríguez E. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. El citomegalovirus (CMV) es la causa más frecuente de infección congénita en países desarrollados. De entre las múltiples manifestaciones clínicas que puede asociar, la sordera es una de las que tiene más difícil abordaje y requiere un inicio precoz de tratamiento, debido a sus importantes secuelas. La infección posnatal por CMV, en cambio, no suele asociar complicaciones a largo plazo, aunque en ocasiones, discernir entre una y otra es complicado porque puede haber manifestaciones clínicas superponibles.

Casos clínicos. Caso nº 1: Lactante derivado a los 2 meses, que ingresó por detección de hipoacusia neurosensorial bilateral, tras no pasar potenciales auditivos al nacer ni posteriormente. Embarazo controlado y normal, parto a término eutócico y período neonatal sin incidencias. PRN: 3420 g. Microcefalia. Lactancia materna. Desde ORL se derivó a Pediatría, donde se solicitaron detecciones de CMV en ori-

na, sangre y sangre seca de pruebas metabólicas del recién nacido así como en leche materna, con positividad de PCR para CMV en todas ellas y carga viral alta (47.600 copias), compatible con **infección congénita**. Tras punción lumbar, ecografías transfontanelar y abdominal, RMN cerebral y valoración ocular (normales), se inició ganciclovir iv durante 3 semanas, sustituido posteriormente por valganciclovir oral, que continúa en momento actual (5 meses de tratamiento). Desde ORL se consideró adaptación protésica precoz bilateral e inicio de atención temprana. **Caso n° 2:** Lactante derivado a los 3,5 meses, que ingresó para estudio por detección de hipoacusia neurosensorial izquierda, tras no pasar potenciales auditivos en varias ocasiones. Embarazo controlado, antecedente catarral en 1° trimestre, parto a término eutócico y período neonatal sin incidencias. PRN: 35.400 g. Perímetro cefálico normal. Lactancia materna. Se solicitaron detecciones de CMV en orina, sangre y sangre seca de pruebas metabólicas del recién nacido así como en leche materna, con detección de < 100 copias de CMV en sangre del talón y PCR para CMV positiva en orina y leche materna con carga viral alta (103.800 copias), **sin poder discernir entre infección congénita o posnatal**. Tras ecografías transfontanelar y abdominal, RMN cerebral y valoración ocular (normales), se inició tratamiento domiciliario con valganciclovir oral, que ha mantenido durante 1 año (sin presentar sordera contralateral ni otras manifestaciones clínicas). Desde ORL se consideró adaptación protésica precoz izquierda e inicio de atención temprana. En última revisión tras retirada de valganciclovir ha reaparecido CMV en orina, ¿se debe reiniciar el tratamiento?, ¿cuál es la actitud a seguir?

Comentarios. Ante un recién nacido/lactante que no pasa los potenciales auditivos siempre hay que realizar un despistaje de infección por CMV. Aunque en la mayoría de ocasiones el cuadro será compatible con una infección congénita (caso n° 1), en la que los protocolos de seguimiento y tratamiento están bien establecidos; en otras encontraremos casos en los que no se puede discernir bien su origen congénito o posnatal (caso n° 2), en los que los protocolos de manejo y la duración del tratamiento no están bien establecidos y requerirán de un seguimiento estrecho. Destacamos la importancia de la derivación precoz de estos pacientes a Pediatría para su correcto manejo, punto a mejorar todavía en nuestro medio.

LESIONES CUTÁNEAS EN HIJO DE MADRE CON LES, ¿ES SIEMPRE UN LUPUS NEONATAL? *Nonide Mayo L, Martín Ramos S, Megido Armada A, Navarro Campo S, Fernández Colomer B, Fernández González N. Servicio de Neonatología. AGC de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El lupus neonatal afecta a 1/20.000 RN vivos, aumentando en hijos de madre con anti-Ro o anti-La positivos. Se produce por paso transplacentario de anticuerpos maternos. Ocasiona principalmente manifestaciones cutáneas (50%) y cardiológicas (50%), como bloqueo AV congénito (en relación con anti-Ro y anti-La).

Caso clínico. AF: Madre LES de 7 años de evolución, tratamiento hidroxiquina y prednisona. Ac anti-Ro y anti-La negativos. AP: Gestación 38 semanas. Ecografías prenatales normales, FC fetal normal, conducción 1/1. Parto eutócico. Apgar 7/7. Neonato mujer que presenta al nacimiento lesiones eritemato-escamosas purpúricas circinadas generalizadas con descamación, respetando zona central del tórax y genitales. Analítica con anemia 11,8 gr/dl y leucocitosis 53.000/mm³ con eosinofilia 40%. Se realizan interconsultas a: - Cardiología: FOP y DAP en fase de cierre. ECG normal. - Dermatología: lesiones compatibles con LES neonatal. - Hematología: eosinofilia madura sin apreciar blastos en periferia, en posible relación con enfermedad autoinmune. Realizado estudio genético para descartar eosinofilia de origen clonal siendo

negativo. Realizadas radiografía tórax y ecografía transfontanelar normales. ANAs y ENAs negativos. Mejoría progresiva de las lesiones con práctica desaparición a los 7-8 días produciéndose descamación blanquecina y más negruzca en zonas distales, sin lesiones residuales. Bioquímica con función renal y hepática repetidamente normal. Mejoría espontánea progresiva aunque lenta de la leucocitosis y eosinofilia.

Ni la evolución clínica, ni la leucocitosis con eosinofilia ni la negatividad de los anticuerpos orientan hacia un lupus neonatal, se habla con Dermatología y se realiza biopsia cutánea con resultado de dermatitis eosinofílica. Diagnóstico: probable reacción de hipersensibilidad al tratamiento materno con hidroxiquina.

Comentarios. Las lesiones cutáneas en hijo de madre con LES no siempre indican la presencia de un lupus neonatal.

MANEJO DE LAS SINDACTILIAS DEL PIE: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Molnar A, Fernández García L, Pontón B, Enríquez Zarabozo EM, Barnes Marañón S, Sánchez Pulido S, Cristina Pérez Costoya C, Álvarez Muñoz V. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. La sindactilia es la fusión de los dedos de las manos o de los pies que en la mayoría de las ocasiones se produce a expensas únicamente de piel y tejidos blandos (sindactilia simple) siendo infrecuente la existencia de fusión ósea asociada (sindactilia compleja). La etiología de esta entidad es desconocida. Puede aparecer como una anomalía aislada o formando parte de un síndrome más complejo.

Material y métodos. Presentamos un caso de sindactilia simple de pie y su evolución.

Resultados. Paciente mujer de 15 meses con antecedentes familiares de sindactilia que presenta fusión digital entre primer y tercer dedo así como entre cuarto y quinto dedos de pie derecho. No presenta limitación a la movilidad digital de flexoextensión ni deformidad articular aparente. Tras realizar radiografía simple de pie se objetiva ausencia de fusión ósea de las falanges. Se interviene, de forma preferente, realizándose corrección quirúrgica bajo anestesia general de sindactilia entre primer y segundo dedo mediante colgajo dorsal, zetaplastias e injerto de piel total de región inguinal. Tanto la intervención como el postoperatorio cursan sin incidencias. Se realizan curas seriadas de las heridas hasta completa cicatrización de las mismas inicialmente con nitrofuril pomada y recibe antibioterapia oral con amoxicilina-clavulánico. Actualmente la paciente presenta una cicatrización completa adecuada y deambula de forma correcta.

Conclusiones. La sindactilia es una de las malformaciones congénitas más frecuentes de los pies. Se recomienda corregir quirúrgicamente las sindactilias que afectan al primer dedo del pie antes de comenzar con la deambulación para evitar posibles deformidades articulares y limitaciones funcionales secundarias.

MASA SUBCUTÁNEA LUMBOSACRA EN RECIÉN NACIDA. *Santamaría Sanz PI, Mateos Benito ÁF, Corral Hospital S, Corpa Alcalde A, Arteta Saenz E, Morante Martínez D, Bolea Muguruza G, Miranda Vega M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. Las lesiones cutáneas en región lumbar o lumbosacra, pueden indicar existencia de disrafismo espinal oculto (DEO). Estas alteraciones en el desarrollo embrionario de la médula espinal caudal, y cuya incidencia real se desconoce, en ocasiones pasan inadvertidas por la integridad de la cobertura cutánea sobre la lesión y por la ausencia habitual de expresión clínica neurológica durante período neonatal. El DEO cursa con alteraciones de cono medular y del filum terminal;

la expresión clínica se caracteriza por dolor, déficit sensorial y motor en extremidades inferiores, deformaciones ortopédicas y disfunción vesical e intestinal. La aparición de síntomas neurológicos suele traducir irreversibilidad.

Material y métodos. Recién nacida a término sin antecedentes obstétricos de interés, con ecografías antenatales normales, y parto eutócico sin incidencias. En la exploración física al nacimiento se objetiva una masa subcutánea lumbosacra de predominio en región glútea izquierda con angioma y apéndice cutáneo ipsilaterales, con desaparición del pliegue interglúteo y de la fosa lumbosacra, caderas laxas estables y pie derecho equinovaro. En la exploración neurológica se revela déficit sensitivo y motor en L3-S1, sobre todo en lado derecho, con preservación de contracción del esfínter anal, con confirmación posterior con estudio neurofisiológico con afectación de la conducción somatosensorial leve en miembro inferior derecho (nivel S1). Se realiza ecografía y resonancia magnética de región lumbosacra, donde se objetiva alteración compatible con síndrome de regresión caudal tipo 2, asociado a médula elonga y anclada, lipomielomeningocele e hidromielia. En la actualidad recibe seguimiento clínico, tratamiento rehabilitador y está pendiente de valoración para tratamiento quirúrgico corrector.

Conclusiones. La gran mayoría de los niños con defectos en la formación del tubo neural caudal presentan lesiones cutáneas y/o subcutáneas en el área lumbosacra. Reconocer estas alteraciones en la línea media del neuroeje como indicadores de potencial disrafismo espinal oculto facilita su diagnóstico precoz y, en consecuencia, la posibilidad de intervenciones quirúrgicas precoces que eviten el desarrollo de complicaciones y secuelas neurológicas.

TRANSFERENCIA DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. *Díaz Anadón LR, Hernández Peláez L, Carnicero Ramos S, Quesada Colloto P, Fernández Castiñeira S, Segura Ramírez D, Fidalgo Alonso A, Caunedo Jiménez M. Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo*

Introducción. Las betalactamasas de espectro extendido (BLEE) son enzimas cuya función es desactivar, además de penicilinas como las betalactamasas clásicas, cefalosporinas de tercera y cuarta generación. Constituyen un mecanismo importante de resistencia a betaláctamicos en enterobacterias y otras bacterias gramnegativas, especialmente en infecciones nosocomiales.

Caso clínico. Se presenta el caso de un recién nacido pretérmino de 29+1 semanas nacido en otro hospital por patología materna (hipertensión pulmonar) subsidiaria de tratamiento en centro especializado. Se realizó cesárea electiva por causa materna, ingresando posteriormente en la UCI neonatal por prematuridad y enfermedad de membrana hialina. En exudados rectal y conjuntival del hospital de origen (tomados de forma rutinaria) se aisló *Enterobacter cloacae* productor de BLEE, que suponen de transmisión vertical, ya que la madre estaba ingresada previamente a la cesárea. Sin otras incidencias durante el ingreso. A los 31 días de vida es trasladado a nuestro hospital por motivos familiares. No portador de catéteres centrales. A los 36 días de vida empeoramiento clínico y respiratorio que requiere intubación orotraqueal y analítica compatible con sepsis. Líquido cefalorraquídeo normal. Se inicia tratamiento con vancomicina y meropenem intravenosos por los antecedentes de colonización anteriormente dichos. En hemocultivo y urinocultivo crece *Escherichia coli* productora de BLEE sensible a meropenem y amikacina, así como en exudado rectal. No se aísla el *Enterobacter* de los cultivos previos. El paciente presenta buena evolución clínica, por lo que tras obtener antibiograma se cambia el

tratamiento por amikacina intravenosa y se mantiene antibioterapia durante 7 días, con resolución del cuadro clínico y normalización de parámetros analíticos.

Conclusiones. Se trata del caso de un paciente colonizado por un *Enterobacter* multirresistente que desarrolla de manera espontánea una sepsis/infección urinaria por *E. coli* con el mismo patrón de resistencia. Dados los hallazgos microbiológicos podemos suponer que ha tenido lugar una transferencia de BLEE entre las dos poblaciones bacterianas (fenómeno bien conocido y descrito) y una sustitución de una especie por otra en la microbiota del paciente. Queremos destacar con este ejemplo la relevancia clínica de este fenómeno y la importancia que han tenido los controles rutinarios microbiológicos en este caso, ya que permitieron la instauración de un tratamiento empírico adecuado.

TROMBOPENIA NEONATAL: RETO DIAGNÓSTICO. *Carnicero Ramos S, Quesada Colloto P, Hernández Peláez L, Fernández Castiñeira S, Díaz Anadón LR, Suárez Rodríguez M. AGC Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Caso clínico. Recién nacido prematuro de 35+4 semanas hijo de madre diabética tipo I y con preeclampsia, nacido mediante cesárea que en la exploración al nacimiento presenta hematomas y equimosis a varios niveles, y asocia además parálisis braquial izquierda y trombopenia grave (15.000 plaquetas/ μ l). Ante estos hallazgos se realiza transfusión y se inicia estudio de trombopenia: se descarta causa inmune y se realiza estudio coagulación que es normal. Al tercer día de vida comienza con hematuria macroscópica y se constata masa renal derecha a la palpación. Se realiza ecografía en la que se observan alteraciones de la vascularización renal, compatible con trombosis de vena renal derecha. En controles posteriores presenta progresión del trombo hacia vena cava inferior y vena renal izquierda. En este punto se decide iniciar tratamiento con heparina de bajo peso molecular. En todo momento conserva una función renal normal. Como incidencia durante su ingreso presenta una infección del tracto urinario por *Klebsiella* por la que precisó antibioterapia durante 6 días, con buena evolución posterior. Recibe sesiones de rehabilitación con mejoría progresiva de la movilización de extremidad superior izquierda. Al alta ya no se palpa masa renal ni presenta hematuria, aunque en la ecografía aun se observan alteraciones de la vascularización renal bilateral.

Conclusiones. Como conclusión, la trombosis de vena renal es la forma más común de trombosis no asociada con un catéter vascular en el periodo neonatal. Ante un recién nacido con trombocitopenia, especialmente si es hijo de madre diabética, es importante tener en cuenta este diagnóstico por la morbilidad que conlleva.

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL: CAUSA POCO FRECUENTE DE CONVULSIÓN NEONATAL. *Vegas Carrón M, Garrido Pedraz JM, Garzón Guitería MT, Sielva M, Polo de Dios M, Arroyo Ruiz R, Morales Moreno A, Domínguez Cendal G. Unidad de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

Introducción. La trombosis venosa cerebral es una entidad infrecuente durante el período neonatal. Su presentación clínica es variable, predominando los déficit focales tipo hemiparesia y las convulsiones. Su etiología es múltiple, destacando procesos infecciosos, neoplásicos, metabólicos o trastornos protrombóticos, como el déficit de Proteína C.

Caso clínico. Neonato, 8 días de vida, que ingresa en Servicio de Neonatología por crisis convulsivas de repetición, con movimientos

clónicos de hemicuero derecho y desviación de mirada ipsilateral, de minutos de duración, con posterior hemiparesia derecha. No patología infecciosa ni traumatismos previos. AP: gestación controlada, de curso normal. EG: 40 semanas. Parto eutócico. Apgar 9/10. No antecedentes familiares de interés. EF: actividad motora espontánea disminuida en hemicuero derecho. Reflejos de presión palmar y plantar derechos disminuidos. Tono, fuerza y resto de reflejos del recién nacidos normales. Al ingreso, inicia tratamiento intravenoso con fenobarbital, levetiracetam y midazolam sin respuesta, cediendo las crisis con fenitoína a las 24 horas. Analítica sanguínea: déficit de Proteína C, resto normal. Punción lumbar normal. Ecografía cerebral: hiperecogenicidad talámica y periventricular izquierda sin signos de hemorragia. EEG: actividad epiléptica de punta-onda lenta temporal izquierda. Angioresonancia: hiperintensidad en región talámica izquierda, sugerente de trombosis venosa profunda tálamo-estriada. Estudio de coagulación: persistencia de déficit de Proteína C. Al 15º día de ingreso, el paciente es dado de alta asintomático, con exploración neurológica normal y tratamiento oral con fenitoína. Pendiente el estudio genético de trombofilia en paciente y familiares de 1º grado.

Comentarios. Las crisis convulsivas neonatales requieren una rápida orientación diagnóstica y tratamiento precoz para evitar su efecto nocivo sobre un cerebro en potencial desarrollo. En la trombosis venosa cerebral, la mitad de casos evolucionan hacia la curación espontánea, siendo el principal factor de mal pronóstico el infarto venoso asociado. Por ello, la técnica *gold-estándar* para su diagnóstico y seguimiento es la angioresonancia cerebral, con alta sensibilidad para detectar tanto trombosis como infartos venosos, sustituyendo en la actualidad a otras como la ecografía transfontanelar, TAC o angiografía cerebral.

Viernes 23 de noviembre - Aula 14, Planta primera

Moderadores: Carla Criado Muriel y
Montserrat Martín Alonso

ARTRITIS SÉPTICA EN LACTANTES: DESMONTANDO FALSOS MITOS. Sáez García LM, Fraile García L, Gutiérrez Zamorano M, Garrote Molpeceres R, Pino Vázquez MA, González García H, Urbaneja Rodríguez E, Carranza Ferrer J. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. Ante una clínica de dolor, tumefacción y/o impotencia funcional de una articulación en un lactante, que asocie o no un aumento de temperatura local o enrojecimiento, habrá que pensar en la posibilidad de una artritis séptica, independientemente de si el paciente tiene un buen estado general, se acompaña de fiebre o asocia escasa elevación de reactantes de fase aguda, ya que en niños de esta edad su presentación clínica puede ser más larvada y dificultosa que en otras épocas de la vida.

Caso clínico. Lactante de 22 meses que acudió a nuestro centro por presentar gonalgia derecha de 10 días de evolución, que impedía la deambulación. Sospecha de alergia a Penicilinas y derivados. No otros antecedentes personales de interés. No antecedente catarral. Dudoso traumatismo banal hace una semana, que cedió con ibuprofeno. Afebril en todo momento. A la exploración mostró un buen estado general sin aspecto séptico y a nivel de aparato locomotor presentó un aumento de temperatura local en rodilla derecha, con peloteo rotuliano, dolor a la palpación y limitación para la flexo-extensión, por lo que se decidió ingreso. Analítica de sangre con hemograma normal, PCR 10 mg/L y VSG 30 mm. Se realizó artrocentesis (obtención de 15 cc de líquido de

aspecto muy turbio/purulento, infeccioso, cultivo negativo) y lavado articular con suero fisiológico en dos ocasiones y se inició antibioterapia empírica intravenosa con Clindamicina y Eritromicina durante 7 días, sustituyéndose posteriormente por Cefuroxima oral que mantuvo durante 3 semanas tras el alta hospitalaria, con evolución favorable y sin presentar complicaciones.

Comentarios. La artritis séptica en lactantes y niños preescolares se presenta en la mayoría de las ocasiones como una monoartritis no muy llamativa, que puede ser la única manifestación clínica, sin asociar fiebre/febrícula ni otros síntomas generales, con escasa elevación de reactantes de fase aguda y con un posible antecedente traumático, siendo importante su sospecha diagnóstica, ya que precisa de ingreso hospitalario y tratamiento antibiótico endovenoso precoz para su curación y evitar las correspondientes secuelas que puede asociar.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. Hernández Villarreal AC, Hernández Carbonell M, Carrón Bermejo M, Domínguez Bernal E, García-Trevijano Cabetas L, Lozano Rincón L, Brel Morenilla M, Valladares Díaz AI. Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.

Introducción. El traumatismo craneoencefálico (TCE) es un motivo de consulta habitual en los servicios de urgencias y es el traumatismo más frecuente en la infancia. Aunque la mayoría no conlleva consecuencias graves, supone la principal causa de morbi-mortalidad en niños mayores de 1 año. En este estudio nos propusimos analizar las características clínico-epidemiológicas, así como el manejo realizado en los pacientes ingresados con TCE en nuestro centro.

Material y metodología. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes menores de 14 años ingresados en nuestro hospital por TCE en los últimos 12 meses, con revisión sistemática de las historias clínicas y el análisis estadístico de los datos obtenidos.

Resultados. Durante el período de estudio se ingresaron un total de 20 pacientes (55% mujeres) con una mediana de edad de 8 años, siendo más frecuentes durante los meses de verano (35%) que de invierno (15%). Solo 2 casos (10%) fueron en menores de 2 años, por caídas accidentales. La mayoría (85%) fueron TCE leves, presentando vómitos y cefalea como síntomas más frecuentemente asociados; el 25% presentó amnesia postraumática. El mecanismo lesional habitual fueron las caídas accidentales, 5 de ellas (25%) durante la realización de prácticas deportivas, destacando dentro de estas las caídas de caballo. A su ingreso, 13 pacientes (65%) tenían riesgo intermedio de lesión intracraneal (LIC), dos menores de 2 años; se realizó TAC a 5 de ellos y radiografía de cráneo a 1, el resto permaneció en observación sin precisar pruebas de imagen. Tres pacientes (15%) con riesgo bajo de LIC se ingresaron por ansiedad/angustia familiar, a uno de ellos se le realizó TAC. Los 4 pacientes restantes (20%) presentaban riesgo alto de LIC: dos precisaron traslado a UCIP por asociar fractura craneal con sospecha de LIC y los otros dos permanecieron en observación en nuestro centro con buena evolución neurológica y sin secuelas importantes.

Conclusiones. En los TCE es muy importante una adecuada valoración inicial con anamnesis completa que incluya el mecanismo lesional, una exploración física detallada para valorar lesiones asociadas y exploración neurológica con escala de Glasgow adaptada, lo que nos permitirá determinar el riesgo de LIC y orientar la necesidad de pruebas de imagen así como los cuidados y el período de observación necesario en cada caso; evitando realizar pruebas innecesarias y prolongar la estancia en el entorno hospitalario. Por último, recordar siempre que el mejor tratamiento del TCE es su prevención.

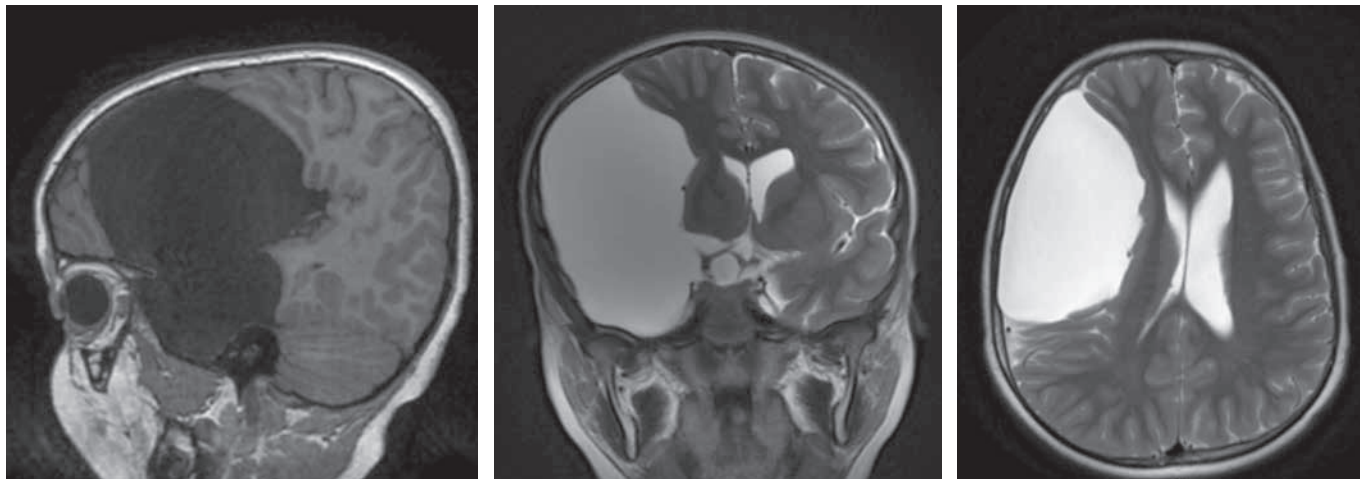


Figura 2.

CEFALEA Y RIGIDEZ DE NUCA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Hernández Peláez L, Carnicero Ramos S, Díaz Anaón LR, Fernández Castiñeira S, Quesada Colloto P, Ordóñez Álvarez FÁ. Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La presencia simultánea de cefalea y rigidez de nuca obliga a descartar diferentes posibilidades diagnósticas, todas ellas potencialmente graves.

Caso clínico. Niño de 8 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a urgencias de un hospital de tercer nivel por dolor y limitación a la movilidad cervical, de inicio esa mañana al despertar. El día previo había tenido un episodio único de cefalea brusca y opresiva, que remitió tras la administración de analgesia. No cuadro infeccioso en días previos. No otra sintomatología. Exploración: Afebril. Constantes normales. Rigidez de nuca a la flexoextensión. No Kernig ni Brudzinsky. Resto de la exploración normal, incluyendo neurológica. Un TC craneal realizado de forma urgente identifica una gran lesión de aspecto quístico en localización frontotemporal derecha, de 98 x 55 x 92 mm, que condiciona moderado efecto de masa sobre los surcos de la convexidad y produce una desviación de la línea media de 8 mm, hallazgos sugestivos de quiste aracnoideo gigante. La realización posterior de una RMN craneal confirma la sospecha diagnóstica (Fig. 2). Valorado por el Servicio de Neurocirugía, se indica la fenestración de quiste de manera programada, intervención que transcurre sin incidencias. Al año del diagnóstico comienza de nuevo con cefalea así como cambio de carácter y en RMN de control se aprecia recurrencia del quiste, actualmente pendiente de nueva intervención.

Comentario. Los quistes aracnoideos no son excepcionales en la población pediátrica, estimándose una prevalencia en torno al 1% en algunas series. Son más frecuentes en el sexo masculino y de localización izquierda. Aunque suelen ser asintomáticos, pueden diagnosticarse por cefalea o crisis convulsivas. Las manifestaciones presentes en nuestro paciente confirman la obligada valoración diagnóstica y la necesidad de un precoz manejo terapéutico.

COJERA EN LA INFANCIA: FRACTURA DE TODDLER, UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA. *González Rodiño L Álvarez Fernández ML, Fernández García A, Valdés Montejó I, Andrés Andrés AG, Muñiz Fontán M. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Introducción. La cojera en la infancia es una causa común de consulta en Urgencias pediátricas. En la mayoría de los casos, se trata de procesos banales y autolimitados, pero es necesaria una correcta valoración, con anamnesis y exploración física detalladas, con el fin de solicitar pruebas de imagen oportunas y descartar cuadros que precisen tratamiento específico.

Caso clínico. Paciente de 2 años que consulta en Urgencias en varias ocasiones por cuadro de impotencia funcional de miembro inferior derecho, sin traumatismo aparente. Afebril. Valorado inicialmente por Traumatología, quien etiqueta de contusión de tobillo. Posteriormente diagnosticado de sinovitis transitoria de cadera (con ecografía normal). Es reevaluado a los 12 días de evolución por persistencia de impotencia funcional. En la exploración física, rechaza apoyo de miembro inferior derecho y deambula con cojera clara (semiflexión de rodilla derecha). No tumefacción, rigidez ni limitación a la movilidad pasiva de articulaciones de miembros inferiores. Impresiona de dolor a la rotación interna y externa de cadera derecha, pero no colabora por dolor. Se realiza nueva ecografía de caderas, que continúa siendo normal, y radiografía de miembro inferior derecho, donde se objetiva fractura espiroidea no desplazada en tercio medio inferior de la tibia. Se procede a la inmovilización con férula inguinopédica posterior derecha. Evolución favorable en el seguimiento en consultas externas de Traumatología.

Comentarios. La fractura de Toddler es una patología característica de los niños menores de 2-3 años. Ocurre tras un traumatismo que pasa desapercibido, comenzando el niño con rechazo de la deambulación, sin observarse otras alteraciones. En la radiografía se manifiesta como una fractura espiroidea de trazo fino. Es importante que los pediatras conozcamos y sospechemos esta entidad, para poder llegar a un diagnóstico y tratamiento precoces.

HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL IDIOPÁTICA RESISTENTE AL TRATAMIENTO CONSERVADOR EN PACIENTE ESCOLAR.

Cenzano Ruiz S, Melero González A, Vázquez Martín S, Castro Rey M, Sáez García L, Alonso Ferrero J, Gutiérrez Zamorano M, Romero Espinoza D. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La hipertensión intracraneal idiopática (HII) se define por la presencia de signos y síntomas causados por la elevación de la presión intracraneal (cefalea, papiledema, afectación visual) con estu-

dios del líquido cefalorraquídeo (LCR), estudios de neuroimagen y exploración neurológica normales (salvo parálisis del VI par craneal).

Caso clínico. Niña de 6 años sin antecedentes familiares ni personales de interés derivada a Urgencias por disminución de la agudeza visual bilateral (cuenta dedos a 50 cm) con papiledema bilateral en el fondo de ojo. Asociaba desde hace 10 días cefalea bifrontal tipo punzante, casi diaria, de 10 minutos de duración, autolimitada, que no le interrumpía el sueño, no aumentaba con la maniobra de Valsalva, no asociaba fotofobia, sonofobia, fiebre ni vómitos. En la exploración física presentaba paresia del VI par craneal. Se solicitó un TAC craneal que fue normal, realizando posteriormente una punción lumbar bajo sedación objetivándose presión de LCR de 30-32 cm de agua. Ante estos resultados se realizó protocolo diagnóstico de HII con resultados analíticos, microbiológicos, bioquímicos y de neuroimagen normales y se inició tratamiento con acetazolamida, furosemida y metilprednisolona ante la severidad de la clínica. Se realizó un manejo multidisciplinar con revisiones seriadas por el Servicio de Oftalmología, Neuropediatría y Neurocirugía. Tras dos semanas de tratamiento médico presentó desaparición de la cefalea y mejoría de la parálisis del VI par craneal, con persistencia del déficit de agudeza visual severo y del papiledema e inicio de pérdida de fibras en la Tomografía de Coherencia Óptica por lo que se decidió en la tercera semana de tratamiento optimizado colocación de válvula de derivación ventrículo-peritoneal. A las 48 horas de la intervención, la paciente presentó una rápida mejoría de la agudeza visual con práctica normalización de la misma y resolución del papiledema en el seguimiento posterior.

Comentarios. La HII puede producir una pérdida permanente de visión por lo que requiere un diagnóstico y tratamiento precoces. La mayoría de los pacientes responden al tratamiento médico conservador, pero algunos casos requieren realizar una intervención quirúrgica por escasa respuesta al tratamiento médico o por empeoramiento de la clínica pese al mismo.

LA FALTA DE MATERIAL AGUDIZA EL INGENIO: SONDA SALEM PARA LAVADO VESICAL EN LA CISTITIS HEMORRÁGICA. *Barnes Marañón S, Granell Suárez C, Pontón Martino B, Molnar A, Sánchez Pulido L, Pérez Costoya C, Gómez Farpón A, Álvarez Muñoz V. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La cistitis hemorrágica es una complicación frecuente del trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos, con elevada mortalidad en casos severos (grados III y IV). La prevención y tratamiento de esta patología resulta compleja, especialmente en pacientes pediátricos, pudiendo evolucionar a obstrucción uretral y fallo renal agudo. Presentamos a continuación un dispositivo de lavado vesical continuo adaptado a la población pediátrica.

Caso clínico. Varón de 9 años con antecedente de trasplante de progenitores hematopoyéticos de hermano alodérmico en contexto de leucemia aguda B. Inicia en el día 40 postrasplante hematuria macroscópica con episodios de intenso dolor suprapúbico a pesar de la colocación de sondaje vesical para lavados manuales. En ecografía abdominal se objetivaba un gran coágulo de 11 por 6 centímetros en cuello vesical. Ante el cuadro de retención urinaria aguda e ineficacia de los lavados manuales, se decide sedación e intento de colocación de sonda de doble luz (calibre 16) sin éxito. Con el fin de evitar la realización de una talla vesical, se lleva a cabo el montaje de un dispositivo con sonda Salem (calibre 12) conectada a una bomba de infusión y un sistema colector. Se constata correcto funcionamiento del sistema y disolución de los coágulos intravesicales en ecografía de control a las 48 horas.

Conclusiones. La ausencia de sondas vesicales de doble luz de calibre pediátrico para lavado vesical continuo conlleva, en algunos casos de cistitis hemorrágicas severas con grandes coágulos, la necesidad de sondaje suprapúbico, un procedimiento más invasivo y con mayor morbilidad para estos pacientes. Ponemos en conocimiento un dispositivo de lavado vesical continuo con el uso de sonda Salem de doble luz con el objetivo de minimizar la morbilidad en pacientes hematológicos inmunodeprimidos.

MEGAURÉTER OBSTRUCTIVO: ¿QUÉ PASA SI LA DILATACIÓN ENDOSCÓPICA FRACASA? *Molnar A, Gómez Farpón Á, Barnes Marañón S, Pontón Martino B, Pérez Costoya C, Sánchez Pulido L, Álvarez Muñoz V, Granell Suárez C. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. El megauréter obstructivo primario (MOP) es una condición congénita que produce una dilatación del uréter secundaria a una obstrucción en la unión vesicoureteral. Los avances endourológicos han convertido la dilatación endoscópica con balón en la primera línea de tratamiento. Sin embargo este tipo de cirugía no está exenta de complicaciones intraoperatorias, lo que obliga a un reimplante vía abierta.

Material y métodos. Presentamos el caso de un MOP tratado endoscópicamente que precisó reconversión a cirugía abierta.

Resultados. Paciente de 18 meses con MOP izquierdo y dilatación ureteral de 14 mm y pélvica de 23 mm, con el antecedente de sepsis urinaria por *E. coli* a los 2 meses. A los 7 meses se realizó una dilatación endoscópica parcial al no conseguir vencer completamente la estenosis del MOP, por lo que se decidió un nuevo intento con la misma técnica. Durante la dilatación de la estenosis, se produjo la rotura del balón, lo que obligó a reconvertir el procedimiento para efectuar un reimplante ureteral tipo Cohen. El paciente evolucionó favorablemente tras la intervención y actualmente, 8 meses después, se encuentra asintomático, sin profilaxis antibiótica y con mejoría ecográfica de su ureterohidronefrosis izquierda, con una pelvis renal de 14 mm.

Conclusiones. La mínima invasividad del tratamiento endourológico del MOP lo convierte en uno de los procedimientos más utilizados como primera línea, no obstante, existen estenosis que no pueden ser vencidas con el balón y la rotura del dispositivo obliga a la reconversión vía abierta para comprobar la extracción completa del dispositivo.

NO ES ALERGIA ALIMENTARIA TODO LO QUE PARECE. *García Lamata O, Urbaneja Rodríguez E, Alonso López P, Alonso Vicente C, Sánchez Sierra N, Torres Ballester I, Marugán de Miguelsanz JM. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. El síndrome de Frey o síndrome auriculotemporal es una entidad poco conocida en pediatría. Consiste en la aparición de eritema facial, aunque también puede aparecer hiperhidrosis, en el territorio del nervio auriculotemporal tras el estímulo gustativo, sobre todo con alimentos ácidos. Su etiología se desconoce aunque se propone como mecanismo una regeneración aberrante de las fibras nerviosas del nervio auriculotemporal secundaria a una lesión previa; en lactantes, el uso de fórceps en el parto parece ser el desencadenante más claro (en más del 65% de los casos). Su diagnóstico es clínico y no requiere tratamiento.

Caso clínico. Lactante mujer de 6 meses de edad derivada desde Atención Primaria a Consultas de Digestivo Infantil para valoración por erupción cutánea de aparición con las comidas. Como antecedentes personales y familiares tan solo destaca el uso de fórceps al nacimiento. La madre describe enrojecimiento de región malar izquier-

da coincidiendo con la ingesta de cualquier alimento, aunque más frecuentemente con alimentos ácidos, durante el último mes. Refiere además que no impresiona de pruriginoso, que aparece siempre en el mismo lado y que desaparece a los 10 minutos sin asociar ninguna otra sintomatología. Realizada analítica sanguínea completa por su pediatra incluyendo IgE y pruebas de alergia a múltiples frutas (alimentos introducidos hasta la fecha) con resultado negativo. Se realiza en consulta exploración física completa sin hallazgos. Ante la sospecha de síndrome de Frey se realiza prueba de provocación para confirmación diagnóstica. Se constata con la toma de yogur y una galleta la aparición de eritema en región malar y auriculo-temporal izquierda sin sudoración acompañante que cede a los pocos minutos, sin asociar lesiones a otros niveles ni otra sintomatología. Se decide alta de la paciente, explicando a los padres la patología sospechada y el carácter benigno de la misma.

Conclusiones. Es necesario conocer esta patología para evitar la confusión con diferentes alergias alimentarias, lo que conllevaría a restricciones dietéticas múltiples, derivaciones a consultas especializadas y la realización de pruebas complementarias no necesarias.

OSTEOMIELITIS CRÓNICA SECUNDARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Pérez Salas S, Morante Martínez D, Menéndez Bango C, Bolea Muguruza G, Corpa Alcalde A, Cuervas Mons M, Ponce Salas B, Gabaldón Pastor D. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La osteomielitis crónica es una patología infrecuente en pediatría. Se trata de una entidad potencialmente grave que puede producir secuelas ósteoarticulares irreversibles. Puede ser primaria o secundaria a lo que hace fundamental un diagnóstico y un tratamiento precoces.

Caso clínico. Niño de 11 años de origen marroquí que consulta por una tumoración en el antebrazo derecho de tres meses de evolución. Como antecedente, dos años antes había sufrido una fractura-luxación de Monteggia en dicha zona que se redujo quirúrgicamente realizando una síntesis cubital con agujas de kirschner. Exploración física: induración de 3 cm en el tercio proximal-medio del cúbito derecho, dolorosa sin otros signos inflamatorios. Radiografía simple: reacción perióstica con ensanchamiento diafisario. RMN: hallazgos compatibles con osteomielitis crónica supurativa en zona de fractura previa consolidada. Biopsia ósea: se detecta *Enterobacter cloacae* mediante técnica PCR. Recibió tratamiento antibiótico intravenoso con meropenem durante 10 días, seguido de tres semanas de tratamiento con cotrimoxazol vía oral, teniendo una adecuada respuesta clínica y logrando la desaparición de la tumoración.

Comentario. Entre las causas más frecuentes de osteomielitis crónica secundaria se encuentra el antecedente de intervención quirúrgica o la presencia de un cuerpo extraño siendo el *Enterobacter cloacae* un germen muy infrecuente en este tipo de infecciones. Es fundamental una alta sospecha clínica para realizar un adecuado abordaje y evitar complicaciones graves. Siempre que sea posible se realizará un tratamiento conservador utilizando antibioterapia intravenosa, reservando la cirugía para casos complicados o con evolución tórpida.

PSEUDOOCCLUSIÓN INTESTINAL AUTOLIMITADA. *Sáez García LM, Villagómez Hidalgo F, González-Lamuño Sanchís C, Justo Vaquero P, Alonso Ferrero J, Gómez Beltrán O, Gutiérrez Zamorano M, Romero Espinoza D. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La pseudooclusión intestinal o ileo paralítico se define como el compromiso del tránsito sin causa mecánica justificable

en relación a una alteración de la función motora del intestino. En ocasiones se presenta como primera manifestación de un cuadro que requiere un proceso diagnóstico más complejo mientras que en otras se resuelve de forma espontánea con medidas terapéuticas sencillas.

Caso clínico. PA: Paciente de 2 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés acude a urgencias por abdominalgia desde hace una hora, de tipo cólico, periumbilical, no irradiado y postprandial, Hábito deposicional diario (2 al día) de consistencia dura sin productos patológicos. **EF:** Destaca marcada distensión abdominal con timpanismo, dolor leve a la palpación de forma generalizada y RA disminuidos. Tras la exploración física solicitamos una radiografía de abdomen donde observamos distensión marcada de colon con niveles hidroaéreos. Se canaliza una vía venosa periférica, iniciando sueroterapia y dejando al paciente en dieta absoluta. Solicitamos analítica con coagulación, que resultan normales. Debido al BEG, mejoría progresiva de dolor, y ausencia de náusea y vómitos, se deja en observación sin SNG ni sonda rectal, presentando resolución espontánea clínica-radiológica tras emisión de gases y posterior deposición diarrea. El paciente fue dado de alta de urgencias tras 18 horas de observación. Se derivó a consultas de cirugía pediátrica, donde se solicitó ecografía abdominal y tránsito gastrointestinal (pendiente resultados). El paciente ha estado asintomático desde entonces. No ha vuelto a presentar abdominalgia ni distensión abdominal.

Comentarios. Los episodios agudos de pseudoobstrucción intestinal se manifiestan con un cuadro agudo de cierre intestinal, distensión y dolor abdominal, náuseas y vómitos. Esta clínica puede ser inicialmente indistinguible de un cuadro de obstrucción intestinal. Es por ello que resulta imprescindible el conocer las características diferenciales de cada cuadro para evitar así maniobras diagnósticas invasivas innecesarias aproximarse con el enfoque adecuado basado en la anamnesis del paciente.

QUISTE DEL CONDUCTO TIMOFARÍNGEO: UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS LESIONES QUISTICAS CERVICALES. *Barnes Marañón S, Fernández García L, Lara Cárdenas DC, Molnar A, Pontón Martino B, Pérez Costoya C, Sánchez Pulido L, Álvarez Muñoz V. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias.Oviedo.*

Introducción. Los quistes del conducto timofaríngeo proceden de restos embrionarios de la tercera bolsa faríngea. Se manifiestan habitualmente en niños escolares o adolescentes como masas supraesternales asintomáticas. Existen unos 100 casos publicados hasta el momento, constituyendo menos del 0,5% de los quistes congénitos cervicales en la edad pediátrica.

Caso clínico. Paciente mujer de 13 años con tumoración supraesternal de un mes de evolución sin variaciones en el tamaño de la misma. No asocia dolor, dificultad respiratoria y/o episodios de sobreinfección. A la exploración presenta una lesión quística de 2,5 centímetros en escotadura supraesternal, no adherida a planos profundos. Se lleva a cabo su escisión quirúrgica impresionando de un posible quiste dermoide debido a su abundante contenido caseoso. La anatomía patológica revela la presencia de células tímicas por lo que se establece el diagnóstico de quiste tímico. La evolución de la paciente es favorable con correcta cicatrización y sin recidiva de la lesión.

Conclusiones. En el diagnóstico diferencial de las tumoraciones quísticas de línea media cervical debemos tener en cuenta aquellas derivadas de restos del conducto timofaríngeo. La ecografía, resonancia magnética y tomografía computerizada pueden ser de ayuda para distinguirlo de otras malformaciones quísticas cervicales (malformaciones linfáticas, quiste del conducto tirogloso o quiste dermoide) aunque

su diagnóstico es generalmente anatomopatológico. Su tratamiento es la resección quirúrgica con el objetivo de prevenir sobreinfecciones o clínica compresiva.

QUISTE PLEUROPERICÁRDICO. ¿HALLAZGO INCIDENTAL SIN REPERCUSIÓN? *Granda Gil E, Salamanca Zarzuela B, Antoñón Rodríguez M, Urbano Martín M, Librán Peña A, de Ponga López P, Centeno Malfaz F. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. El quiste pericárdico es una patología rara que tiene una incidencia de 1 de cada 100.000 pacientes. En el 70% de los casos surge del ángulo costofrénico derecho. La mayoría son congénitos, pero se han descrito algunos casos adquiridos (de etiología infecciosa, inflamatoria o traumática).

Caso clínico. varón de 10 años derivado a consulta de Cardiología Pediátrica por mareo inespecífico. Antecedentes reseñables: parto a las 27+1 semanas. Enfermedad de membrana hialina, ductus arterioso persistente y anemia del prematuro. Asintomático desde el punto de vista cardiovascular. Exploración física normal. Electrocardiograma normal. En ecocardiografía se aprecia mala ventana acústica con posible trayecto de la arteria coronaria descendente anómalo. Se solicita tomografía computerizada cardiaca descartándose patología coronaria y observando quiste pleuropericárdico en mediastino anterior de 4 cm, lo que concuerda con la mala ventana acústica del paciente en la ecografía.

Conclusiones. la mayoría de los pacientes con patología pleuropericárdica se encuentran asintomáticos, aunque algunos pacientes pueden presentar dificultad respiratoria, fallo cardiaco derecho secundario a compresión, infección o sangrado del quiste. En este caso concreto, y dada su localización, el sangrado o rotura del quiste puede provocar taponamiento cardiaco y shock cardiogénico. El tratamiento conservador en los casos asintomáticos es lo más indicado. El tratamiento quirúrgico se reserva para los casos sintomáticos, quistes de gran tamaño, localizaciones atípicas o vecindad con grandes vasos.

RECHAZO DE LA BIPEDESTACIÓN EN LACTANTE DE 17 MESES. *García Salamanca YA¹, Martínez Pereira A¹, Romero García C¹, Marco Sánchez JM¹, González González M¹, Criado Muriel C¹, Rodilla Rojo EN¹, Moyano Bueno D². ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Dermatología. Hospital Clínico de Salamanca.*

Introducción. La cojera en el niño es un motivo frecuente de consulta que, a veces, constituye un desafío diagnóstico. La anamnesis y la exploración física, en muchas ocasiones, son suficientes, sin embargo en otras, es preciso la aplicación de pruebas complementarias específicas.

Caso clínico. Lactante de 17 meses que acude al Servicio de Urgencias por fiebre de 24 horas de evolución (hasta 40°C) y rechazo de la bipedestación; la exploración física realizada resulta dificultosa por irritabilidad y llanto al manipular miembros inferiores, pero impresiona de posible dolor a la palpación en cadera izquierda con limitación en la rotación interna y aducción, sin eritema, tumefacción ni deformidad, con un leve empastamiento en gemelo izquierdo, sin observarse otros hallazgos patológicos; se realiza analítica sanguínea en la que se objetiva leucocitosis con neutrofilia y linfocitosis con PCR, PCT y CK elevadas. Ante la existencia de posible foco osteoarticular, se decide ingreso para antibioterapia intravenosa con cefotaxima y cloxacilina. En planta, se realiza una ecografía de cadera bilateral, en la que no se identifica derrame articular ni edema o engrosamiento de tejidos blando periarticulares. En la exploración destaca un

empastamiento del gemelo izquierdo, con inflamación del muslo homolateral, presentando movilidad adecuada de caderas y rodillas en ese momento, por lo que se decide cambiar de antibioterapia a amoxicilina-clavulánico ante la sospecha de afectación del tejido celular subcutáneo, que se mantiene durante 21 días. La ecografía de partes blandas sugiere posible celulitis sin colecciones con componente de miositis asociada. El 7º día, comienza con un cuadro de inflamación en rodilla derecha, con componente de sinovitis objetivado en la ecografía. Reinterrogando a la madre, refiere antecedente de viaje a Colombia, por lo que se solicitan distintas serologías, entre ellas para virus tropicales, con resultado IgM+ para Parvovirus B19, compatible con artritis reactiva. Ante la disminución progresiva del empastamiento en gemelo y muslo izquierdos, el descenso de los parámetros analíticos, la ausencia de proceso febril desde el 12º día de ingreso y el buen estado general del niño se decide alta al 21º día de ingreso con controles periódicos en consultas externas. Persiste leve inflamación de rodilla derecha, que progresivamente va remitiendo hasta desaparecer.

Conclusiones. El Parvovirus B19 es un agente infeccioso causante de un amplio espectro de enfermedades, cuya manifestación clínica más frecuente es la afectación cutánea por megalooeritema; sin embargo, no se debe olvidar que este virus también puede ser autor de cuadros tales como artritis reactiva manifestada como rechazo de la bipedestación y marcha con cojera y, aunque menos frecuentemente, puede estar asociado con el desarrollo de miositis aguda benigna.

UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL. LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA. *Quesada Colloto P, Carnicero Ramos S, Hernández Peláez L, Fernández Castiñeira S, Díaz Anadón Lucas R, Alonso Álvarez MA. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Caso clínico. Niña de 11 años con historia de dolor rectal y lumbar de al menos un mes de evolución, que dificulta la sedestación y el decúbito supino, por el que han consultado en varias ocasiones en su centro de atención primaria, siendo diagnosticada de fisura anal y recibiendo tratamiento sintomático sin mejoría. Consulta en urgencias por persistencia de la sintomatología descrita, asociando además dolor abdominal, periumbilical, intermitente y no irradiado. No hábito estreñido, ni vómitos. Afebril. En la exploración física destaca la inquietud constante de la niña, y su postura en decúbito prono, presentando mala tolerancia en supino. En la palpación abdominal se objetiva un efecto masa en región de fosa ilíaca derecha-hipogastrio, de unos 5 cm de diámetro aproximadamente, de consistencia dura, no móvil. Desarrollo puberal completo. A partir de estos hallazgos, se solicitan pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, coagulación, sistemático y sedimento de orina, radiografía de abdomen y de región lumbosacra, siendo todas normales, con el único hallazgo de un efecto masas también radiológico en la pelvis y la presencia de heces en marco cólico. En este momento se recoge la información de ausencia de menarquia, y se realiza una exploración de genitales externos, en la que se detecta la presencia de himen imperforado. Con la sospecha de hematocolpos se deriva a ginecología donde se realiza ecografía abdominal y pélvica que confirma la sospecha clínica con hallazgo de hematómetra y hematocolpos; siendo intervenida para himenectomía, con la evacuación de 500 ml de sangre y coágulos.

Conclusiones. El dolor abdominal es una patología muy frecuente, pero la etiología es múltiple; la anamnesis y exploración física completa y minuciosa son la base del diagnóstico, y permiten muchas veces ahorrar pruebas complementarias.

Sábado 24 de noviembre - Aula 10, Planta primera

Moderadores: Leticia Alcántara Canabal y
Laura Gómez Recio

DÉFICIT DE MONOAMINOXIDASA-A. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. *Ibáñez Llorente R, Elizondo Alzola A, Bernués López E, Esteban Sanz R, Ferragut Ferretjans F, Santamaría Sanz P, Conejo Moreno D, Hortigüela Saeta MM. Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. El déficit de monoaminoxidasa-A (MAO-A) o síndrome de Brunner es un trastorno con herencia recesiva ligada a X que está causado por una mutación en el gen que codifica la MAO-A en la región Xp11.3. Las manifestaciones clínicas se caracterizan por alteraciones del comportamiento, destacando las conductas agresivas e impulsivas, así como por la discapacidad intelectual, aunque existe una amplia variabilidad tanto en espectro clínico como en los niveles de gravedad.

Caso clínico. Paciente varón de 4 años de edad, primer hijo de padres jóvenes sanos no consanguíneos. Sin antecedentes perinatales de interés. Dentro de los antecedentes patológicos destacan dos crisis febriles y regresión desde la primera crisis febril. Presenta un retraso global del desarrollo, con mayor afectación a nivel motor grueso y del lenguaje. Evolutivamente presenta alteraciones del comportamiento y heteroagresividad. Se realiza analítica de sangre, cariotipo y X frágil con resultado normal. En la RMN cerebral se observa leucopatía de predominio frontoparietal bilateral. Ante este hallazgo, se continúa el proceso diagnóstico mediante estudio metabólico, en el que se objetiva elevación de 5-HIAA en la muestra de orina, estableciendo la sospecha de déficit de MAO-A. Se solicita estudio genético, pendiente de resultados.

Conclusiones. El diagnóstico de sospecha del déficit de MAO-A se establece a través del estudio metabólico, en el que se evidencia una alteración de los metabolitos de degradación de la MAO-A en la muestra de orina. El diagnóstico de confirmación se establece con la demostración de la mutación en el gen que codifica la enzima monoaminoxidasa-A, aunque las manifestaciones clínicas unidas a las alteraciones en los productos de degradación de la MAO-A en el estudio metabólico son sugestivas de este trastorno.

GASTROPARESIA EN LA INFANCIA. *Romero García C¹, García Salamanca YA¹, Martínez Pereira A¹, Marco Sánchez JM¹, Peñaherrera Cepeda AC², Domínguez Cendal G¹, Expósito de Mena H¹, Torres Peral R¹.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Medicina Nuclear. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción. La gastroparesia se define como el retraso del vaciamiento gástrico para sólidos y/o líquidos sin evidencia de obstrucción física. Es una alteración digestiva funcional relativamente desconocida en Pediatría. No se conoce su real prevalencia en la infancia con un posible infradiagnóstico, debido a sus síntomas inespecíficos (vómitos, dolor abdominal), así como la falta de criterios diagnósticos en niños, debido a las variabilidades respecto al adulto. El gold standard para su diagnóstico es el estudio de vaciamiento gástrico. La respuesta al tratamiento es variable, incluyendo modificaciones dietéticas, tratamiento médico (procinéticos, antieméticos, IBPs) o cirugía (tubuladuras gástricas, piloroplastias...)

Caso clínico. Varón de dos años, sin antecedentes de interés, vomitador habitual desde el nacimiento (sin asociarlo a ningún alimento), ocasionalmente presenta dolor abdominal asociado. No refiere sinto-

matología de reflujo y presenta adecuada ganancia ponderoestatural. Se realiza una ecografía abdominal y analítica con hemograma, bioquímica, autoinmunidad y orina sin alteraciones, por lo que se realiza un estudio gammagráfico de vaciamiento gástrico, siendo elevado en el tiempo (135 minutos de vaciamiento gástrico total total, siendo a los 60 minutos del 28,6%, elevado según criterios protocolizados internacionales). Ante la persistencia de la clínica se decide tratamiento con procinético y antiemético (domperidona) descartando previamente anomalía en el espacio QT. Tras un año en tratamiento con seguimiento en consulta presenta ausencia de los vómitos, así como de la abdominalgia, pudiendo comenzar la retirada del mismo.

Conclusiones. La gastroparesia es una entidad compleja poco estudiada en Pediatría. Debido a la variabilidad tanto en la clínica como en el diagnóstico (la fisiología del vaciamiento gástrico es variable entre los distintos grupos de edad) y a nivel terapéutico, por lo que es necesaria la presencia de unos protocolos pediátricos específicos para un abordaje diagnóstico y tratamiento adecuado.

HÍGADO INTRATORÁCICO EN HERNIA DE MORGAGNI. *Molnar A, Barnes Marañón S, Pontón Martino B, Pérez Costoya C, Lara Cárdenas DC, Fernández García L, Sánchez Pulido L, Álvarez Muñoz V. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. La hernia de Morgagni (HM) es una patología infrecuente que representa menos del 3-4% de las hernias diafragmáticas congénitas. Es un defecto anterior y retroesternal con contenido abdominal variable a través del triángulo esternocostal. La mayoría de las veces debutan con clínica respiratoria o como hallazgo casual. El abordaje puede ser diverso y la presencia de hígado atrapado merece una consideración al respecto.

Material y métodos. Presentamos un caso de HM con contenido hepático y su tratamiento.

Resultados. Paciente varón, asintomático, de 10 meses de vida con HM, diagnosticado como hallazgo casual durante la realización de una ecocardiografía. Como antecedentes personales, destaca la prematuridad e hipospadias proximal. Tras la realización de resonancia magnética, se confirma la presencia de un fragmento de lóbulo hepático derecho de 47x31 mm infracardiaco, atrapado en un anillo de 28x20 mm. Durante la laparoscopia programada se constata que el parénquima hepático no está comprimido por lo que se reduce sin incidencias. Tras la resección del saco herniario, el defecto se cierra con puntos transfaciales con sutura directa laparoscópica y extracorpórea. El postoperatorio cursa sin incidencias, iniciando tolerancia oral a las 48 horas y es dado de alta el quinto día postcirugía. Tras seis meses de seguimiento no se objetiva recidiva.

Conclusiones. La HM es una entidad rara, siendo el hígado el contenido herniario menos frecuente. No consta en la literatura descripción del manejo de HM con hígado intratorácico. Consideramos que el abordaje laparoscópico puede ser de primera elección.

LO QUE EL ESTREÑIMIENTO ESCONDE. *Lozano Rincón L, González Martín L, Valladares Díaz A, Hernández Villarroel A, Hernández-Carbonell M, García-Trevijano L, Brel Morenilla M. Servicio Pediatría. Hospital General de Segovia.*

Introducción. El estreñimiento es el motivo de consulta más frecuente en niños, siendo el 95% de los casos de origen funcional. El diagnóstico es meramente clínico y la necesidad de pruebas complementarias es excepcional. El tratamiento se basa en las medidas higiénico dietéticas y en casos puntuales el uso de laxantes destacando el papel

TABLA II.

	Edad y sexo	Clínica	Tratamiento	Evolución (3 m)	Exploración física	PPCC	Diagnóstico	Evolución
1	Niño 18 meses	6 meses evolución. No dolor abdominal. Fisurasw de repetición	PEG jarabe (0,5 g/kg)	Muy leve mejoría del estreñimiento. Afectación del estado general, astenia	Distensión abdominal. No pérdida de peso. No signos malnutrición. Fisura rectal	Hemograma (Hb 13,5 g/dl, Hto 40,2). IST 11%. IgA: 128 mg/dl. Ac. antitransglutaminasa: > 300 UI/ml	E. celíaca	Dieta exenta de gluten. Mejoría
2	Niña 8 años	Estreñimiento crónico (2 años). Dolor abdominal	PEG. Desimpactación y de mantenimiento	No mejoría. Astenia e hipersomnia, problemas para concentrarse (fracaso escolar)	No distensión abdominal. No pérdida de peso. No caída del cabello. Piel seca y eccemas. Heces retenidas	TSH 177 µUI/ml. T4 libre 7 pmol/L. Ac antiperoxidasa tiroidea 172 UI/ml. Eco tiroides: tiroiditis Hashimoto	Hipotiroidismo adquirido	Levotiroxina. Mejoría de la astenia, la hipersomina y el estreñimiento

del polietilenglicol (PEG). Presentamos dos casos de estreñimiento con mala respuesta al tratamiento habitual.

Casos clínicos. Tabla II

Discusión. La mayoría de los casos de estreñimiento en la infancia son estreñimientos funcionales (95%). Suelen evolucionar favorablemente con la desimpactación y el tratamiento de prevención de nuevos episodios, pero los casos que no evolucionan bien o que presentan signos de alarma deben ser estudiados en busca de una base orgánica.

MALFORMACIÓN ANORRECTAL. LA IMPORTANCIA DE UNA COMPLETA Y RIGUROSA EXPLORACIÓN FÍSICA EN LAS PRIMERAS HORAS DE VIDA. *García Lamata O¹, Sánchez Sierra N¹, Urretabizkaia Zubizarreta A¹, Palacios Loro ML¹, Molina Vázquez ME², Gómez Beltrán O², Pino Vázquez A¹.* ¹Unidad de Neonatología; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. Las malformaciones anorrectales son alteraciones en el desarrollo embrionario de la parte terminal del tubo digestivo que se presentan en 1 de cada 5.000 recién nacidos. Predominan en sexo masculino, su etiología es desconocida y su diagnóstico es clínico. Hasta un tercio de los casos asocia al menos otra malformación, siendo primordial descartar esta situación previa a la intervención quirúrgica.

Caso clínico. Neonato de sexo femenino que ingresa en la Unidad de Neonatología a las 30 horas de vida ante el hallazgo de una malformación anorrectal de tipo fístula rectovestibular con salida de meconio a nivel de introito vaginal. No constan antecedentes perinatales ni familiares de interés. A la exploración del área genital se observa fístula rectal que desemboca en vestíbulo a nivel de horquilla posterior, con pliegue interglúteo de buen aspecto, sin estigmas sacros y con fosita anal bien definida y de adecuada posición, siendo el resto de exploración física por aparatos normal. Se realizan analítica sanguínea, ecografía abdominal y sacra, radiografía de tórax y lumbosacra y ecocardiografía para descartar anomalías a otros niveles, siendo todas estas pruebas normales. Posteriormente se realiza intervención quirúrgica bajo profilaxis antibiótica, consistente en colostomía descendente de descarga y fístula mucosa por vía laparoscópica que cursa sin incidencias. En un segundo tiempo, a los dos meses de la cirugía previa, se realiza la reconstrucción perineal, quedando pendiente una tercera intervención para el cierre de colostomía y anastomosis.

Conclusiones. Es importante una completa y rigurosa exploración física en todo recién nacido en las primeras horas de vida, ya que considerándose el meconio estéril en las primeras 48 horas, existe

durante este periodo la posibilidad de realizar la corrección del defecto en ausencia de colostomía de protección.

OSTEOPOIQUILOSIS: UN HALLAZGO CASUAL. *Rodríguez Fernández S¹, Álvarez Álvarez A¹, Valverde Pérez N¹, González Acero A¹, Higuelmo Gómez H¹, Míguez Martín L¹, Reimunde Seoane ME², García Antuña E².* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

Introducción. La osteopoiquiosis u osteopatía condensante diseminada es una entidad benigna poco frecuente, sin predominio de sexo y que se inicia habitualmente en niños escolares. De forma esporádica o por herencia autosómica dominante (mutaciones en el gen LEMD3) se produce una alteración en la resorción del hueso esponjoso, con fallo en la formación de las trabéculas óseas, dando lugar a una displasia esclerosante ósea. Se asocia a algunas enfermedades como la esclerodermia y en el 25% de los casos puede presentarse como Sd. Buschke-Ollendorff (osteodermapoiquiosis).

Caso clínico. Varón de 13 años sin antecedentes familiares ni personales de interés. Asintomático a nivel musculoesquelético, que en el contexto de una apendicitis complicada se detectan en la tomografía computarizada unas lesiones ovoideas escleróticas de tamaño uniforme y bordes bien definidos, con distribución simétrica a nivel de epífisis y metáfisis de pelvis y cabezas femorales, sin afectar a la cortical.

Comentarios. Es una patología asintomática con predominio en huesos tubulares largos, pelvis y escápulas, y cuyo diagnóstico es casual en una radiografía realizada por otro motivo. Es importante el diagnóstico diferencial con otras enfermedades (como metástasis osteoblásticas) para evitar tratamientos innecesarios. Presenta habitualmente buen pronóstico y no requiere tratamiento. Sus complicaciones son excepcionales.

SIALOLITIASIS DE GLÁNDULA SALIVAL: A PROPÓSITO DE UN CASO. *García Lorente M, Tapia Gómez A, Sanz Rueda L, Arroyo Rubio R, Morales Moreno A, Benito Clap E, Gallardo Higuera A, Aparicio Fernández de Gatta C.* Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción. La sialolitiasis de glándula salival es mucho más frecuente en la edad adulta que la edad pediátrica. Tan solo un 6% se presentan en menores de 20 años, siendo el 90% con afectación a la glándula submandibular.

Caso clínico. Escolar de 9 años que acude a urgencias por tumefacción laterocervical izquierda de dos horas de evolución. Afebril en todo momento, no le han administrado analgesia. Refieren que desde la aparición de la tumoración refiere dolor localizado en la región submandibular izquierda, que aumenta con la deglución. A la exploración física destaca TEP estable, con tumoración submandibular izquierda de 1x2 cm, dolorosa, de consistencia gomosa y móvil, con inflamación moderada perilesional que incluso llega a la línea media, sin signos de calor ni enrojecimiento asociado. Se realiza ecografía cervical izquierda, que informa de glándula submandibular izquierda aumentada de tamaño (38x18 mm), en relación con la contralateral (34x13 mm), con aumento de vascularización y pequeñas imágenes ganglionares locorreregionales, significativas por número. Ante los hallazgos clínicos y radiológicos, se decide alta con antiinflamatorios y control por su pediatra en 24-48 horas, siendo preciso la valoración por ORL infantil si no mejoría.

Resultados. El diagnóstico de litiasis salival se realiza en combinación la historia clínica, una exploración física minuciosa. La radiografía simple permite detectar hasta un 80% de los casos, aunque el gold standard es la sialografía. La ecografía también es útil cuando los sialolitos son radiolúcidos, permite la localización de estos y también en contexto de sialoadenitis⁽⁹⁾.

El tratamiento puede ser inicialmente conservador mediante antiinflamatorios (y en algunos casos tratamiento antibiótico asociado). En ciertos casos de obstrucción total o prolongada que no mejoren con tratamiento médico se realiza tratamiento quirúrgico, ya sea con abordaje intra o extraoral.

Bibliografía. 1) Villalonga X. Patología de las glándulas salivales. *Pediatr Integral*. 2013; XVII: 281-90. 2) Lerena J, Sancho MA, Cáceres F et al. Litiasis salival en la infancia. *Cir Pediatr*. 2007; 20: 101-5. 3) Brown JE, Escudier MP. Intra-oral ultrasound imaging of a submandibular duct calculus. *Dentomaxillofac Radiol*. 1997; 26: 252-5.

TATUAJES DE HENNA NEGRA, ¿INOCUOS Y TEMPORALES? *Rodríguez Fernández S, Álvarez Álvarez A, Valverde Pérez N, González Acero A, Higuelmo Gómez H, Míguez Martín L, Fernández Rodríguez H, Pérez Alba M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.*

Introducción. La henna negra se obtiene de la mezcla de henna natural con ciertos aditivos que mejoran sus características cosméticas, siendo la parafenilendiamina (PPD) el más empleado. El PPD es un colorante sintético muy empleado. Su uso directo sobre la piel y a altas concentraciones, como ocurre en los tatuajes de henna, produce reacciones graves y/o permanentes. Debido a la sensibilización permanente al PPD, pueden aparecer reacciones adversas en siguientes exposiciones al mismo o a otros productos por reacción cruzada. La reacción adversa más frecuente es el eccema de contacto alérgico, debido a una reacción de hipersensibilidad tardía (2-3 semanas post-contacto). Tras la resolución del eccema es frecuente la aparición de una hipopigmentación residual inflamatoria prolongada o permanente. El PPD también puede desencadenar una reacción inflamatoria a distancia, enfermedades autoinmunes, glomerulonefritis con insuficiencia renal por absorción percutánea y reacciones de hipersensibilidad inmediata (angioedema, urticaria o anafilaxia).

Caso clínico. Niña de 7 años con lesiones cutáneas en ambos antebrazos tras realizarse un tatuaje de henna hace 2 semanas. Presenta dos placas pruriginosas eritemato-edematosas que siguen el dibujo de los tatuajes. Se administran antihistamínicos y corticoides tópicos con resolución posterior.

Comentarios. Los tatuajes de henna son la tercera causa de dermatitis de contacto por PPD en niños. Existe un gran desconocimiento entre las familias y los profesionales de las reacciones adversas que pueden

causar y un vacío legislativo en cuanto al uso de estos productos. Pueden condicionar la vida social y/o laboral futura por sensibilizaciones permanentes.

UTILIDAD DEL BIS BILATERAL EN ESCOLARES PARA LA NEUROMONITORIZACIÓN DE LAS CRISIS CONVULSIVAS. *Cendal GD, Gómez de Quero P, Polo M, Sánchez M, Vegas M, Pavón T, Arévalo N, Romero C. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Clínico de Salamanca.*

Introducción. El electroencefalograma continuo (EEGc) es el *gold standard* para el diagnóstico y monitorización de pacientes en estatus (EE) o con sospecha de EE. En nuestro país la utilización de la EEGc en las UCI es escasa, la complejidad para su realización y la dificultad de interpretar los datos han obligado a desarrollar herramientas alternativas que simplifiquen el proceso, siendo la interpretación de la señal en forma de matriz espectral (MDE) el más empleado.

Material y métodos. Revisando la base de datos de nuestra UCIP se han seleccionado dos casos representativos de neuromonitorización con BIS bilateral.

Caso clínico. Caso 1. Niña de 11 años de edad, con antecedentes de encefalopatía no filiada. Durante su ingreso en UCI se realiza neuromonitorización con BIS bilateral, en el que se aprecia un límite espectral cercano a 20 Hz con una potencia bilateral máxima en frecuencias menores de 10 Hz con cierta asimetría (mayor potencia derecha) y un valor del mismo en torno a 65. En EEG se objetiva registro compatible con estatus parcial en hemisferio derecho. **Caso 2.** Niña de 7 años que ingresa por estatus convulsivo con crisis mioclónicas, que precisan para su control la inducción del coma barbitúrico. Se monitoriza con BIS bilateral y se va aumentando progresivamente la perfusión de tiopental hasta conseguir el objetivo de brotes de supresión con valores del BIS < 15 y TS > 70%.

Conclusiones. La aportación de la MDE del sistema BIS es de gran ayuda para la neuromonitorización del estatus no convulsivo cuando no se dispone de EEGc, facilitando su interpretación por médicos sin extensos conocimientos en neurofisiología. Incluso como hemos observado en nuestro caso clínico para la titulación de la inducción del coma barbitúrico. Si bien la MDE añade una herramienta más a la monitorización multimodal del paciente crítico, no debemos olvidar las limitaciones del sistema destacando los artefactos por actividad muscular y, sobre todo, la ausencia de información de zonas alejadas de los electrodos que condicionan su falta de utilidad en pacientes con trastornos focales parieto-occipitales.

Sábado 24 de noviembre - Aula 11, Planta primera

Moderadores: Iván López Torija y
Cristina de las Heras Díaz-Varela

¿QUÉ CONOCEMOS DEL USO DE LOS CORTICOIDES EN LA HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL DE LOS TUMORES CEREBRALES PEDIÁTRICOS? *Corpa Alcalde A, Menéndez Bango C, Pérez Salas S, Ibáñez Llorente R, Mateos Benito ÁF, Rodríguez Miguélez M, Portugal Rodríguez R, Gabaldón Pastor D. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Objetivos. Realizar un análisis crítico de la bibliografía existente acerca del tratamiento con corticoides del edema asociado a los tumores cerebrales en la edad pediátrica.

Material y métodos. Revisión de la literatura publicada en los últimos 30 años utilizando como motores de búsqueda *Pubmed* y *UpToDate*.

Resultados. Se han encontrado un total de 9 referencias bibliográficas, 6 de ellas con pacientes en edad pediátrica. La dexametasona es el tratamiento de elección por su acción prolongada en el tiempo y por su escaso efecto mineralocorticoide. No hay consenso en cuanto a la utilidad de administrar una dosis de carga inicial, que en general se recomienda a 1-2 mg/kg. La dosis de mantenimiento utilizada es variable entre 0,25 y 1,5 mg/kg/6 h. No existen referencias concretas en cuanto a la duración del tratamiento.

Conclusiones. El edema vasogénico es un componente habitual en los tumores cerebrales contribuyendo a la morbimortalidad de los pacientes. El tratamiento de elección en estos casos es la dexametasona. Sin embargo, no existen recomendaciones claras acerca de la dosificación y el tiempo de utilización, especialmente en pacientes pediátricos.

ABDOMEN AGUDO POR PERFORACIÓN DE DIVERTÍCULO DE MECKEL. *Fernández A¹, González S¹, Hontoria E¹, Valdés P, González L¹, Ardela E², Fuentes S², Pradillos JM².* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción. El dolor abdominal en el niño es una situación clínica muy frecuente y representa una de las principales causas de consulta en Urgencias. Si bien en la mayoría de las ocasiones no obedece a patología quirúrgica, es precisa una correcta anamnesis por la necesidad de diagnóstico y tratamiento precoces del abdomen agudo. La historia clínica cobra una especial relevancia siendo importante determinar factores agravantes episodios previos y edad del paciente. La ecografía abdominal es la prueba de imagen de elección como primera línea.

Caso clínico. Paciente de 5 años que consulta en urgencias por dolor abdominal continuo de intensidad progresiva localizado en fosa iliaca derecha desde las últimas 24 horas; asocia tres vómitos aislados de escasa cuantía e intolerancia oral a sólidos y líquidos. A la exploración física el paciente se encontraba letárgico, pálido y ojeroso y destacaba la presencia de un abdomen en tabla con dolor a la mínima manipulación. Se extrajo analítica que fue normal salvo leucocitos con desviación izquierda. En la ecografía se apreciaba apéndice de apariencia normal e invaginación intestinal ileo-ileal con líquido libre intraperitoneal sin lograr identificar una causa aparente. Se contacta con cirujano pediátrico de guardia quien decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparotomía transversa infraumbilical derecha con incisión de Rocky-Davies observándose líquido amarillento en cavidad con divertículo de Meckel congestivo, aumentado de tamaño y perforado en el vértice. Se realiza resección del divertículo con anastomosis intestinal término-terminal y apendicectomía profiláctica. Tras intervención se trasladó a UCIP donde se mantuvo en dieta absoluta con antibioterapia con piperacilina-tazobactam iniciándose tolerancia oral al sexto día postintervención.

Comentarios. La incidencia del divertículo de Meckel es del 2-4% en la población general; se considera la anomalía gastrointestinal congénita más frecuente, sin embargo, provoca complicaciones, como hemorragia digestiva baja, perforación u obstrucción intestinal solo en una pequeña proporción de pacientes. El 90% de estos divertículos son asintomáticos y el 10% restante causa complicaciones, las más frecuentes son hemorragia y obstrucción intestinal.

ANÁLISIS DE LAS CIRCUNCISIONES PEDIÁTRICAS DE UNA PROVINCIA ESPAÑOLA, A LO LARGO DE 15 AÑOS. *Doval Alcalde I, María Serena Gómez GM, Corral Hospital S, González García C, Cabanillas Boto M, Martín Armentia S, Rodríguez Rodríguez M, Andrés de Llano JM.* Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Introducción. El fracaso de métodos tópicos para tratar la fimosis, hace que la circuncisión sea una intervención necesaria con el fin de evitar complicaciones futuras como infecciones y erecciones dolorosas.

Objetivo. Evaluar las características de los niños circuncidados en nuestra provincia a lo largo de 15 años.

Material y métodos. Mediante la información registrada en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), se obtuvo el número de circuncisiones entre 2001 y 2015, ambos inclusive. Los casos en los que se realizó alguna intervención concomitante se asignaron al grupo "circuncisión con comorbilidad" y el resto a "circuncisión simple". En ambos grupos se analizaron la edad, días de ingreso, ámbito de residencia, tipo de alta, tipo de hospital, peso de GRD (Grupo Relacionado con el Diagnóstico) y el coste. Además, mediante el modelo de regresión log-lineal de Joinpoint se evaluó la tendencia.

Resultados. Se analizaron 191 circuncisiones, de las cuales el 78,5% fueron circuncisiones simples. El 65,4% se realizó en el hospital de nuestra provincia, que corresponde a un nivel 2, por el servicio de Urología, de las cuales el 10,4% asociaron comorbilidad. El resto, 34,6%, se realizaron en hospitales de nivel 3 de referencia por cirujanos pediátricos, siendo el 42,4% circuncisiones con comorbilidad ($p < 0,001$). La edad media (6 años) y la estancia media hospitalaria (1,8 días) de las circuncisiones fue similar en ambos grupos. En el 64,4% los pacientes procedían del ámbito urbano. El año en el que se realizaron la mayoría de las circuncisiones correspondió al 2010. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la media del peso de GRD y del coste: 0,93 frente 0,72 y 3.396 € frente 2.402 €, respectivamente, a favor de la circuncisión con comorbilidad. El modelo de regresión muestra que la tasa de circuncisiones se mantiene estable a lo largo del periodo analizado, con una reducción del porcentaje anual 0,5.

Conclusión. El estudio muestra una estabilización del número de circuncisiones a lo largo del tiempo estudiado. La mayoría de las intervenciones realizadas en nuestro hospital son por el servicio de Urología al carecer de cirugía pediátrica. Un porcentaje menor, aunque de mayor complejidad son las que son derivadas a hospitales de referencia para valoración por cirugía. Dado que las circuncisiones con comorbilidad son más complejas se ha objetivado que tienen un peso de GRD y coste asociado mayor.

ANEMIA FERROPÉNICA DE CAUSA POCO FRECUENTE. *González Acero A¹, Gómez González B¹, Mangas Sánchez C², Valverde Pérez N¹, Rodríguez Fernández S¹, Álvarez Álvarez A¹, Díaz Martín JJ², Molinos Norriella C¹.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La anemia ferropénica (AF) es la patología hematólogica más frecuente en Pediatría, siendo la carencia nutricional su principal etiología. En casos de AF no carencial habrá que descartar causas orgánicas que justifiquen la deficiencia de hierro en el organismo.

Caso clínico. Niña de 11 años, multialérgica sin otros antecedentes, derivada de un centro privado por hemoglobina (Hb) de 4,5 g/dl en contexto de un estudio de talla baja. Su madre recibió tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* 7 meses antes. No astenia. Dieta variada con sobreingesta de lácteos. Palidez cutánea llamativa en la exploración física, sin otras alteraciones. Hemograma al ingreso: Hb: 3,9 g/dl; VCM: 54,4 fl; plaquetas: 86.000/mm³; neutrófilos: 1.140/mm³. Bioquímica: índice de saturación de transferrina: 13,9%; ferritina 5,4 ng/ml; siendo el resto de parámetros normales. Se realiza frotis sanguíneo por la alteración en las tres series presentando anisopoiquilocitosis, hipocromía y plaquetopenia de 75.000/mm³

sin blastos. Se completa el estudio con radiografía de tórax y ecografía abdominal; ambas normales. Se investigan causas digestivas de ferropenia; solicitándose sangre oculta en heces, parásitos en heces, digestión de principios inmediatos, Ac. anti-transglutaminasa IgA, calprotectina fecal, antígeno en heces de *H. pylori* y test del aliento (*H. pylori*). Este último fue positivo (18,2%). Durante su ingreso se transfunde un concentrado de hemáties y es dada de alta con tratamiento para *H. pylori*, hierro oral y ácido fólico. Durante el seguimiento en consultas externas las citopenias, el frotis sanguíneo y el test del aliento se normalizan. Tras 3 meses sin tratamiento vuelve a aparecer ferropenia (ferritina 5,8 ng/ml). Se reinicia hierro oral y se solicita endoscopia digestiva, apreciándose una membrana esofágica tras el esfínter esofágico superior. Se realiza tránsito esofagogastro-duodenal donde se ven dos defectos de repleción a nivel de C4 y C5 correspondientes a membranas. Con estos hallazgos se llega al diagnóstico de síndrome de Plummer-Vinson. Posteriormente precisa dilatación endoscópica por presentar disfagia para sólidos que no había referido previamente.

Conclusiones. Ante un paciente con sospecha de anemia ferropénica carencial que no responde al tratamiento con hierro oral es necesario plantearse: cumplimiento del tratamiento, enfermedad sobreañadida o diagnóstico erróneo. Por otro lado, pese a que es infrecuente, es importante conocer el síndrome de Plummer-Vinson para establecer el tratamiento adecuado.

FÁRMACOS: LA IMPORTANCIA DE CONOCER SUS EFECTOS SECUNDARIOS. *Álvarez Álvarez A, Rodríguez Fernández S, González Acero A, Valverde Pérez N, Higelmo Gómez H, Míguez Martín L, Álvarez Álvarez N, Álvarez González D. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.*

Introducción. Las distonías agudas son un trastorno del movimiento caracterizado por contracciones musculares simultáneas de músculos agonistas y antagonistas, que ocasionan movimientos involuntarios y repetitivos siendo raro el dolor. Una de las formas más frecuentes en pediatría es la distonía aguda por fármacos en relación con la administración de sustancias con acción bloqueante dopaminérgica.

Caso clínico. Niño de 10 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, remitido desde urgencias traumatológicas por cervicalgia y movimientos anormales. Hace 24 horas inició episodio paroxístico consistente en giro cervical a ambos lados, intermitente, de segundos de duración. No ingesta de fármacos. Exploración física: desviación cervical hacia la izquierda, resto normal. Analítica normal; tóxicos en orina negativos. Tras la exploración física, inicia sensación anticipatoria seguida de desviación cervical y giro cefálico, intermitente, no rítmico a la izquierda y rigidez de extremidades derechas. No pérdida conciencia. Se administra Midazolam intravenoso por sospecha de crisis parcial simple sin mejoría. TAC: aumento densidad heterogéneo en ganglios de la base derechos, compatible con angioma cavernoso. Historiando de nuevo, refiere tratamiento con Flatoril® (Cleboprida) desde hace 72 horas. Dada la sospecha de distonía aguda secundaria a fármacos, se administra Biperideno con remisión de síntomas. Se completa estudio con electroencefalograma (normal) y se solicita RMN para estudio de hallazgo incidental en prueba de imagen.

Comentario. Debemos resaltar la historia clínica como importante método diagnóstico y la importancia de recordar a las familias la importancia de no usar medicamentos fuera de prescripción médica. Sospecharemos una distonía aguda ante cuadros de movimientos rítmicos e intermitentes de regiones corporales tras la toma de determinados fármacos.

FENÓMENO DE RAYNAUD PRIMARIO. *Álvarez Álvarez A¹, Rodríguez Fernández S¹, González Acero A¹, Valverde Pérez N¹, Pérez Alba M¹, Fernández Rodríguez H¹, Fonseca Aizpuru EM², Pérez Méndez C¹.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

Introducción. El fenómeno de Raynaud es un trastorno vasoespástico que ocurre principalmente en zonas distales como dedos de manos y pies. Puede ser primario (idiopático) o secundario (asociado a trastornos de tejido conectivo y patologías reumatológicas). Se caracteriza por episodios consistentes en cambios de color, que incluye palidez, cianosis y/o rubor que suelen acompañarse de dolor. Los episodios pueden durar desde minutos a horas.

Caso clínico. Niña de 10 años que acude a consulta por cambios de coloración en las manos. No antecedentes familiares conocidos de conectivopatías ni otras enfermedades. Antecedentes personales sin relevancia. Menarquia 6 meses antes. Desde 2-3 semanas antes, refiere episodios en los que el 2º dedo de mano derecha y 4º dedo de mano izquierda se quedan blancos, con sensación de frialdad y hormigueo. Duración aproximada de 5 minutos, tras los que recupera su color normal. Es más frecuente cuando está en el agua, pero puede ocurrir sin ningún factor desencadenante evidente. No síndrome general. Ningún otro síntoma. Exploración física: dos lesiones telangiectásicas mínimas; resto normal. Hemograma y bioquímica (incluidas pruebas de función hepática y renal) normales; VSG 1ª hora 2 mm, PCR < 0,5 mg/L, TSH 3,11 µUI/ml; Anticuerpos antinucleares negativos. Capilaroscopia normal.

Comentario. Ante un síndrome de Raynaud, es importante realizar una anamnesis y exploración física completas en busca de posibles hallazgos sugestivos de conectivopatía. Si son negativas, se recomienda la determinación de anticuerpos antinucleares y la realización de una capilaroscopia. Si ambas son normales, el diagnóstico es de síndrome de Raynaud primario, pero es necesario el seguimiento a largo plazo.

NECESIDAD DE UNA ATENCIÓN PALIATIVA PEDIÁTRICA EN LA PROVINCIA DE BURGOS. *Menéndez Bango C, Pérez Salas S, Ibáñez Llorente R, Mateos Benito Á, Santamaría Sanz P, Arteta Sanz E, Portugal Rodríguez R, Gabaldón Pastor D. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Objetivos. Identificar los pacientes candidatos a Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) en el Área de Salud de Burgos así como determinar sus problemas y necesidades más frecuentes.

Material y métodos. Se realiza una estimación de la población con condiciones limitantes y amenazantes para la vida en la provincia de Burgos, con edades comprendidas entre los 0 y los 18 años. Para ello se han utilizado los datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística y por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos. Se realiza una revisión de la literatura para identificar las características de estos pacientes así como determinar sus principales necesidades y problemas.

Resultados. En Burgos se estima que existen aproximadamente 100 niños tributarios de atención paliativa. De ellos, la mitad necesitarán la atención especializada de una Unidad de CPP. Estos niños, independientemente de su edad, sufren todos los aspectos clínicos, psicológicos, sociales y espirituales de una enfermedad incurable y de la muerte. Un abordaje integral, dando respuesta a los problemas y a las necesidades en estas cuatro esferas, incrementa la calidad de la atención y la calidad de vida de los niños y de sus familias. Se establece el domicilio como el lugar de atención preferido para estos pacientes.

Conclusiones. Los CPP suponen un enfoque activo y continuado de los niños con enfermedades incurables y sus familias. Para una

atención de calidad se debe realizar un abordaje integral, integrado e integrador, priorizando la atención en el domicilio y favoreciendo la muerte en el lugar más adecuado para el niño y su familia. Dado que los CPP en España se encuentran todavía en una fase de desarrollo precoz, es necesario impulsar su instauración y desarrollo sin demora.

NÓDULOS PULMONARES EN PACIENTE CON TUMOR DE WILMS. *Burgueño Rico R, González García H, Herraiz Cristóbal R, García Lamata O, Sánchez Sierra N, Torres Ballester I, Membrives Aparisi JS, Alonso Ferrero J.* Unidad de Hematología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La detección de imágenes pulmonares en el paciente oncológico plantea múltiples diagnósticos diferenciales que obligan a un estudio rápido, eficaz y exhaustivo del paciente dada gravedad de las entidades diagnósticas posibles.

Caso clínico. Paciente de 7 años que acude a revisión en consulta de hematología. Antecedentes: Tumor de Wilms diagnosticado el 01/12/2016 con finalización de tratamiento el 11/01/2017. Recaída con metástasis a nivel hepático con inicio de quimioterapia el 08/09/2017 finalizada el 19/03/2018. El 18 de Junio de 2018 se realiza RMN abdominal en el contexto de revisión (Protocolo Umbrella 2016) donde se objetiva en últimos cortes hepáticos dos imágenes nodulares en parénquima de base pulmonar derecha. Como única alteración clínica el paciente presenta rinorrea acuosa desde hace 48 horas. Se ingresa para estudio mediante TAC torácico (presencia de 5 lesiones en total), fibrobroncoscopia (normal), biopsia (cambios inflamatorios sin crecimiento de microorganismo ni presencia de células neoplásicas) analítica sanguínea (normal), microbiología (serologías, lavado broncoalveolar, urocultivo, hemocultivos y coprocultivo negativo y frotis faríngeo positivo para enterorinovirus). Se realizaron TAC seriados durante los siguientes 20 días objetivando reducción de las lesiones hasta desaparición de las mismas. Ante la mejoría de las lesiones por imagen sin otra alteración presente se consideraron cambios parenquimatosos en el contexto de infección por enterorinovirus. El 16/10/18 se realiza nuevo TAC torácico de control en el contexto de infección de vías respiratorias superiores apareciendo nuevamente las imágenes nodulares.

Comentarios. La presencia de complicaciones a nivel pulmonar en pacientes oncológicos es una circunstancia posible en el contexto del seguimiento de los mismos. Ante la multitud de diagnósticos diferenciales es conveniente adoptar una actitud diagnóstica y terapéutica equilibrada para evitar procedimientos y tratamientos innecesarios.

SÍNDROME DE POTOCKI-LUPSKI: UNA ENTIDAD DESCONOCIDA. *Míguez Martín L¹, Higelmo Gómez H¹, Rodríguez Fernández S¹, Martín Díaz M², Valverde Pérez N¹, Pérez Alba M¹, Fernández Fernández EM³, Suárez Castañón C⁴.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ²AGC Cardiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³Servicio de Pediatría. Hospital Carmen y Severo Ochoa. Cangas del Narcea, Asturias. ⁴Servicio de Pediatría. Hospital del Oriente de Asturias.

Introducción. El síndrome de Potocki-Lupski es una entidad infrecuente secundaria a una duplicación del material genético en 17p11.2. Afecta a 1 de cada 25.000 personas. Se caracteriza por hipotonía, fallo de medro, retraso del desarrollo, discapacidad intelectual, problemas de audición y visión, trastornos neuropsiquiátricos y anomalías cardiovasculares estructurales. Se asocia a un fenotipo característico con puente nasal ancho, hipertelorismo, micrognatia, frente amplia, mentón estrecho y puntiagudo e hipertricosis.

Caso clínico. Paciente mujer de 11 años, hija de padres consanguíneos. Gestación controlada a término de 40+1 semanas y parto por cesárea por hipertensión arterial materna. Desarrolla a los 4 meses de vida cuadro de fallo de medro y desnutrición moderada asociado a hipotonía que precisa ingreso hospitalario para tratamiento y estudio. Durante su estancia se realizan un cariotipo de alta resolución y una ecografía craneal normales. Precisa valoración y seguimiento por Endocrinología por descanalización pondero-estatural mantenida. Es estudiada en Neuropediatría por retraso del desarrollo psicomotor, asociado a déficit intelectual moderado, problemas del lenguaje y conducta. A los 8 años presenta episodios aislados de desconexión del medio que requieren ingreso hospitalario para estudio, momento en el que se solicita electroencefalograma (EEG) con presencia de puntas en región temporal derecha; resonancia nuclear magnética y estudio metabólico normales. Se inicia al alta tratamiento empírico con ácido valproico, con empeoramiento del trazado del EEG en ausencia de clínica, por lo que se decide retirar el antiepiléptico. Ante empeoramiento progresivo, con dificultades crecientes en la escolarización pese a adaptación curricular y presencia de un fenotipo característico se solicita nueva valoración a Genética donde se detecta en estudio de array-CGH una duplicación patogénica en las citobandas 17p11.2 sugestiva de Síndrome de Potocki-Lupski. Dado que este síndrome puede asociar alteraciones de la visión y la audición, anomalías dentales, esqueléticas y alteraciones cardiovasculares estructurales se amplían los estudios complementarios y se inicia un abordaje multidisciplinar.

Comentario. El síndrome de Potocki-Lupski es una entidad infrecuente y apenas descrita en la literatura, que requiere una alta sospecha clínica. El diagnóstico se realiza mediante estudio de genética molecular. Es imprescindible un abordaje multidisciplinar que contemple las necesidades propias del neurodesarrollo y las comorbilidades asociadas, así como ofrecer un asesoramiento genético para promover decisiones informadas respecto al riesgo de herencia en la descendencia.

Sábado 24 de noviembre - Aula 14, Planta primera

Moderadores: Claudia Sánchez-Villares y Lorenzo Guerra Díez

¿DISNEA EN URGENCIAS? NO TODO ES ASMA. *Oreña Ansorena VA, Megido Armada A, De Lucio Delgado A, Villegas Rubio JA.* AGC Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El Linfoma de Hodgkin es el cáncer más frecuente en adolescentes. En el 75% se objetiva una masa mediastínica al debut, de los cuales el 30% presentan una ocupación de 1/3 del diámetro de la cavidad torácica.

Caso clínico. Mujer de 16 años asmática a tratamiento con terbasmin a demanda, que consulta en urgencias por varias crisis de disnea en los últimos 20 días que mejoran parcialmente con beta-agonista y reposo por lo que se inicia tratamiento con flixotide 5/50 (1 puff c/12 h) persistiendo disnea progresiva. En la exploración destaca una masa laterocervical derecha de consistencia pétre y adherida con ocupación de fosa supraclavicular homolateral junto con adenopatías laterocervicales bilaterales de 2-3 cm y axilares subcentimétricas móviles. En el estudio analítico destaca una anemia microcítica (Hb 10,5 g/dl VCM 77 fl), trombocitosis (428.000/L) y PCR 7,5 mg/dl. En la radiografía de tórax se objetiva un ensanchamiento mediastínico superior en relación con masa de partes blandas en mediastino anterior-medio. Se realiza TAC tórax en el cual se objetivan grandes bloques adenopáticos cer-

vical, mediastínico e hilar bilateral que condiciona estenosis traqueal así como masa pulmonar en lóbulo superior izquierdo y adenopatías axilares bilaterales.

Comentarios. El Linfoma de Hodgkin es el tumor más frecuente en los adolescentes. El 75% presenta una masa mediastínica al debut que puede dar síntomas compresivos como es la disnea. En este caso el antecedente de asma retrasó el diagnóstico. Conviene pensar en otras causas de disnea en caso de una niña asmática conocida con escasa respuesta al tratamiento y disnea de características diferentes.

¿ENCEFALITIS INFECCIOSA O ESTATUS MIOCLÓNICO? *Burgueño Rico R, Vázquez Martín S, Melero González A, González García H, Sáez García L, Cerdano Ruiz S, Gutiérrez Zamorano M, Romero Espinoza D.* Unidad de Neuropediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. Las manifestaciones neurológicas de la infección por virus de Epstein-Barr son una manifestación rara de la primoinfección por dicho microorganismo (5%). Muchos de ellos ocurren además en ausencia del típico cuadro infeccioso producido por el VEB.

Caso clínico. Niña de 3 años que acude a la urgencia por cuadro febril de 3 días de evolución. Asocia abdominalgia, tos, rinorrea y en las últimas 24 horas inestabilidad, mioclonías cefálicas, irritabilidad, agresividad y somnolencia (Glasgow 13-14 en la urgencia). Antecedentes: Seguimiento en consulta de Neuropediatría por epilepsia mioclónica benigna en tratamiento con ácido valproico. Se ingresa para estudio mediante analítica (ausencia de reactantes de fase aguda o leucocitosis), prueba de imagen (TAC normal y RMN con malrotación hipocampal sin aparente relación con el proceso), EEG (actividad de fondo enlentecida de nueva aparición sobre los hallazgos propios de su patología de base), niveles de valproico en rango y estudio microbiológico (serologías negativas en sangre, positivo para VEB en LCR y para *H. influenzae* en frotis faríngeo). Se inició tratamiento con cefotaxima, aciclovir y azitromicina manteniendo los dos primeros durante 7 días presentando mejoría clara del cuadro a las 48 horas.

Comentarios. Debido a la escasa prevalencia de manifestaciones neurológicas en primoinfección por VEB en niños inmunocompetentes no existe un consenso claro en el tratamiento de las formas leves siendo el aciclovir (asociado o no a corticoides) la terapia con mejores resultados hasta el momento. Es de vital importancia la sospecha de esta etiología como causa de un cuadro neurológico de súbita instauración en pediatría dada la ausencia de síntomas típicos de infección por VEB e incluso (como fue nuestro caso) su positividad serológica en sangre periférica.

¿NOS QUEDAMOS TRANQUILOS ANTE UN TRAUMATISMO ABDOMINAL SI NO VEMOS HEMATOMAS? *Brel Morenilla M, Velayos López M, Valladares Díaz AI, Hernández Villarroel A, Hernández Carbonell M, García-Trevijano Cabetas L, Lozano Rincón L, Carrón Bermejo M.* Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.

Introducción. Los traumatismos abdominales constituyen la tercera causa de muerte en los niños, representando un 15% de los traumatismos atendidos en los servicios de Urgencias. El órgano que presenta un mayor riesgo de ser dañado es el hígado, seguido del bazo y el riñón, siendo menos frecuentes las lesiones de víscera hueca. La población pediátrica tiene un riesgo aumentado de lesión renal debido a traumatismos abdominales a causa de diversos factores anatómicos como son: una menor grasa perirrenal, una mayor debilidad de la musculatura abdominal o una caja torácica menos osificada.

Caso clínico. Niña de 10 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por dolor abdominal intenso, predominante en flanco izquierdo, sin hematoma visible, y vómitos de repetición tras caída accidental en la bicicleta 12 horas antes. Refiere micción rojiza aproximadamente 3 horas después de la caída. Se realiza analítica sanguínea, con ligera leucocitosis (13.820), y sistemático de orina que objetiva macrohematuria. Ecografía abdominal: hematoma subcapsular de aproximadamente 6 mm en riñón izquierdo. Se inicia antibioterapia con amoxicilina-clavulánico intravenoso a 100 mg/kg/día. Ecografía de control 12 horas después: hematoma subcapsular de 13 mm. TAC abdomino-pélvico: hematoma perirrenal y subcapsular de aproximadamente 15 mm, con laceración profunda hasta el sistema excretor en hemirriñón inferior izquierdo y laceración de menor tamaño en región posteromedial del polo superior. En controles analíticos posteriores se objetiva anemia progresiva conservando función renal y diuresis. Hemodinámicamente estable en todo momento, decidiéndose traslado a hospital de tercer nivel, donde se mantuvo en observación sin precisar cirugía.

Conclusiones. El tipo de lesiones y la gravedad de los traumatismos abdominales depende, en su mayor parte, de la mecánica del traumatismo. Es importante realizar una exhaustiva valoración de los mismos ya que, aunque no existan signos externos de traumatismo, puede subyacer una lesión de los órganos intraabdominales, que podría, incluso, desembocar en una intervención quirúrgica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR TORÁCICO EN EL NIÑO. UN CASO ATÍPICO. *Doval Alcalde I, Martín Armentia S, Corral Hospital S, González García C, Serena Gómez GM, Martínez Villar M, Cabanillas Boto M, Cantero Tejedor MT.* Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Introducción. El dolor torácico en los pacientes pediátricos es un motivo de consulta frecuente, siendo la mayoría de etiología benigna. El neumomediastino espontáneo es una causa infrecuente de dolor torácico, con una incidencia que oscila entre 1:800 y 1:42.000. Un primer pico de dicha incidencia sucede entre los recién nacidos y el otro en la adolescencia. Es frecuente que ocurra en varones altos y delgados. Es típico el dolor retroesternal y de características pleuríticas (se exagera con la inspiración profunda y puede irradiarse a cuello, hombros y brazos). El tratamiento de esta patología depende de las complicaciones asociadas.

Caso clínico. Niño de 11 años que acude de madrugada a Urgencias por dolor precordial en aumento. Esa misma tarde, tras el entrenamiento de fútbol presentó odinofagia y dolor centrotorácico con resolución espontánea. Por la noche, reaparece el dolor de intensidad creciente que llega a despertarle y sensación disneica que mejora con la sedestación e inclinación del tórax hacia delante. La exploración física era anodina. Ante la sospecha inicial de pericarditis se realizó un electrocardiograma y una analítica sanguínea con niveles de enzimas cardíacas que resultaron normales. Fue en la radiografía de tórax donde se visualizó la causa del dolor: neumomediastino con discreto enfisema subcutáneo asociado en región supraclavicular derecha. Se ingresó para control de sintomatología mediante analgesia intravenosa y ante la mejoría clínica, fue dado de alta la mañana del ingreso estando asintomático.

Discusión. El neumomediastino espontáneo es una patología muy rara. El mismo mecanismo por el cual se produce el neumotórax en los jóvenes deportistas altos y delgados podría justificar el origen del neumomediastino en el caso expuesto. Es importante diferenciar el espontáneo del secundario, ya que este último tiene elevadas tasas de morbimortalidad. Ante un paciente con dolor torácico, lo principal es asegurar la estabilidad hemodinámica, posteriormente se realizarán

las pruebas complementarias encaminadas a descartar patología que amenace la vida y por último, las pruebas con el fin de llegar a un diagnóstico certero. La recurrencia es excepcional en los pacientes sin patología de base.

MI HIJA VE GARRAPATAS ¿TENDRÁ UN TUMOR? *Gutiérrez Zamorano M, González Uribelarrea S, Villagómez Hidalgo FJ, Alonso Ferrero J, Cenozo Ruiz S, Sáez García L, Romero Espinoza MD. Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Valladolid*

Introducción. A pesar de los avances tecnológicos y la creciente accesibilidad a pruebas complementarias, la base para un diagnóstico certero sigue siendo una correcta historia clínica, la cual, orientará al clínico hacia un diagnóstico en concreto y a la realización o no de pruebas complementarias que permitan confirmar o descartar una determinada sospecha diagnóstica.

Caso clínico. Niña de 8 años sin antecedentes personales ni familiares de interés excepto hermano diagnosticado de TDAH en tratamiento con lisdexanfetamina. Acude a Urgencias, derivada desde un hospital privado, acompañada de su madre quien se encuentra muy nerviosa comentando que su hija podría tener un tumor cerebral. Refiere episodio de 12 horas de evolución de cefalea frontal y nerviosismo y, posteriormente, 3 horas antes de acudir, inicia alucinaciones visuales de garrapatas sobre su cuerpo, con necesidad continua de rascado, y comentando la necesidad de obtener veneno para poder matarlas. Contacto con perro y gato doméstico, desparasitados y bien vacunados. Afebril. Niegan ingesta accidental de medicamentos, productos en lata ni traumatismos. *Exploración física:* Destaca midriasis bilateral reactiva a la luz, reflejos osteotendinosos rotulianos mínimamente exaltados y lesiones de rascado en extremidades superiores sin observarse garrapatas ni puerta de entrada. *Pruebas complementarias:* Se extrae analítica sanguínea, presentando leve leucocitosis con fórmula normal, y se realizan tóxicos en orina donde se obtiene resultado positivo para anfetaminas. *Evolución:* Se deja a la paciente en observación con monitorización de la frecuencia cardíaca y la SPO₂ en espera de resultados analíticos. Tras obtener el resultado de los tóxicos en orina positivos para anfetaminas se reinterroga a la madre y a la niña quien más adelante confesaría la ingesta de, al menos, una pastilla de lisdexanfetamina de su hermano. Durante su estancia no presenta complicaciones, desapareciendo de forma progresiva la sintomatología.

Conclusión. Tras una historia clínica y una exploración física inicial estaremos ante una sospecha clínica en concreto, la cual o no, puede apoyarse en pruebas complementarias. En ocasiones es importante volver atrás y reinterrogar al paciente o familiar acerca de nuestra sospecha clínica, y en ocasiones obtendremos información valiosa adicional, inicialmente pasada por alto, que nos ayude a resolver el caso que tenemos enfrente.

MÚLTIPLES PICADURAS DE ABEJA EN LACTANTE, ¿QUÉ ESPERAR? *Doval Alcalde I, Martín Armentia S, Serena Gómez GM, Corral Hospital S, González García C, Cabanillas Boto M, Bartolomé Porro JM, Peña Valenceja A. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.*

Introducción. El veneno de los himenópteros contiene diferentes tipos de sustancias con efectos alérgicos muy potentes (hialuronidasa, histamina, fosfolipasas, etc.) y neurotoxinas. Las reacciones ante una picadura de abeja van desde la inflamación local hasta la anafilaxia (hasta el 1% de la población). Está descrito también el cuadro de reacción tóxica por múltiples picaduras de abeja (en el niño más de una picadura por kilogramo de peso), cursando con náuseas, cefalea, síncope,

convulsión y, en formas graves, hemólisis, complicaciones cardíacas y fallo renal por rabdiomiolisis.

Caso clínico. Presentamos el caso de un niño de 23 meses, hijo de apicultores que sufrió el ataque de un enjambre de abejas. A su llegada a Urgencias presenta: Triángulo de evaluación pediátrica alterado en el lado respiratorio: Dificultad respiratoria por gran angioedema labial debido a picadura orofaríngea. Hasta 7 habones localizados en cara, cuello y extremidades (los padres habían retirado aguijón). Auscultación normal con transmisión de ruidos de vía altas. Taquicardia por llanto. Resto de constantes normales. En Urgencias se inicia tratamiento con adrenalina intramuscular y corticoide intravenoso. Se decide ingreso para monitorización y continuar tratamiento con corticoide y antihistamínicos H1 y H2. Evolución favorable con disminución de angioedema y reacciones locales. Diuresis conservada.

Conclusión. Las reacciones tóxicas por veneno de abeja son poco comunes, no existe tratamiento específico por lo que es la sintomatología la que dicta la actitud a seguir. El veneno de abeja es muy alérgico por lo que está indicado derivar a estos pacientes a alergología para pruebas específicas de sensibilización una vez pasado el cuadro agudo.

SACROILEÍTIS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES. *Librán Peña A, Díez Monge N, Pérez Gutiérrez E, Ortiz Martín N, De Ponga López P, Andrés de Alvaro M, Salamanca Zarzuela B, Centeno Malfaz F. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Objetivos. Describir un caso de una paciente diagnosticada de sacroileitis infecciosa.

Material y métodos. Revisión de la historia clínica digitalizada de dicha paciente.

Resultados. Niña de 9 años sin antecedentes de interés que consulta en Urgencias por fiebre máxima 39,5°C de 4 días de evolución y dolor intermitente en tobillo derecho. En las últimas 48 horas asocia dolor en región glútea irradiado a muslo posterior que le dificulta la deambulación y le imposibilita la sedestación. Exploración: dolor a la rotación interna de cadera derecha y a la palpación de vértebras L4 y L5. Signo de Lassegue positivo a 45°, Bragard y Fabere positivos. Tobillo derecho con leve inflamación y eritema. Analítica sanguínea: leucocitosis (21.000/ μ l) con neutrofilia (87,4%), PCR 205 mg/L, VSG 55 mm/hora. Ingresa en Pediatría por sospecha de infección osteoarticular. Exploraciones complementarias: radiografía de tobillo derecho y ecografía de la articulación coxofemoral derecha: normales. Resonancia magnética (RM) coxofemoral compatible con sacroileitis. Marcadores HLA B27 y ANA negativos. Hemocultivo: positivo para *Streptococcus pyogenes*. Evolución: se inicia antibioterapia intravenosa con cloxacilina y cetotaxima. Presenta fiebre las primeras 72 horas. Persistencia de dolor en cadera, región glútea y sacroilíaca con limitación funcional los primeros días. Diagnosticada de sacroileitis infecciosa, se continúa antibioterapia intravenosa según antibiograma con penicilina iv 15 días completando con amoxicilina oral 15 días más. Mejoría clínica, analítica y radiológica progresiva con buena evolución, sin secuelas 6 meses después.

Conclusiones. La sacroileitis infecciosa es una entidad infrecuente con una sintomatología y pruebas complementarias inespecíficas, que pueden condicionar un retraso en el diagnóstico. La etiología más frecuente es *Staphylococcus aureus*, seguido de *Streptococcus* del grupo A; sin embargo, aproximadamente el 50% de los hemocultivos son negativos. La analítica suele ser anodina, pudiendo presentar leucocitosis y elevación de PCR y VSG. La radiografía simple suele ser normal en fases iniciales y la gammagrafía con tecnecio-99 es muy sensible en fases iniciales pero poco específica. La RM es muy específica, aunque no siempre diagnóstica en fases precoces. El tratamiento empírico debe

iniciarse de forma precoz, cubrir cocos Gram positivos (especialmente el *S. aureus*) y mantenerse como mínimo 4 semanas. Debe hacerse diagnóstico diferencial con patología reumatológica, en la que se ve afectada esta articulación con más frecuencia.

SHOCK TÓXICO ESTAFILOCÓCICO: REDESCUBRIENDO LA ENTIDAD. *Torres Ballester I, Romero Espinoza D, González Uribe-larrea S, Sáez García LM, Urbaneja Rodríguez E, Garrote Molpeceres R, Melero González A, García Lamata O. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La aparición de fiebre acompañada de vómitos, cefalea y exantema (eritrodermia) puede deberse a múltiples causas en Pediatría, destacando sobre todo la etiología infecciosa vírica como la más frecuente. Si bien, el shock tóxico estafilocócico (STE) es una entidad grave y poco frecuente en la infancia (0,5/100.000 habitantes) que se debe tener en cuenta para iniciar de forma precoz un tratamiento que mejore su evolución.

Caso clínico. Niña de 6 años con síndrome febril, eritrodermia y vómitos. *Antecedentes personales:* Ingresó con 3 años por neumonía adquirida en la comunidad. No alergias, correctamente vacunada. No ambiente epidémico familiar. *Antecedentes familiares:* Madre con lupus en tratamiento. *Motivo de consulta:* Cuadro de 5 días de fiebre de hasta 39,8°C, síntomas de infección de vías altas y vómitos las últimas 48 horas, algunos con náuseas. Acudió inicialmente a su Pediatra de Atención Primaria quien realizó test de estreptococo rápido que resultó negativo y se indicó tratamiento sintomático. Ante persistencia de síntomas con empeoramiento del estado general acudieron a Urgen-

Exploración física: Afectación del estado general, relleno capilar enlentecido, palidez facial, adenopatías laterocervicales. Auscultación cardiopulmonar normal, quejido y tiraje subcostal en pico febril. Lengua hiperémica y depapilada, labios secos y fisurados, inyección conjuntival bilateral con exudado blanquecino. Eritrodermia generalizada, más importante desde extremidades inferiores hasta línea de mamilas. En cara medial de tibia izquierda se encontró picadura de insecto, con eritema circular periférico, costra y lesiones de rascado. *Exploraciones complementarias:* Leucocitosis con desviación izquierda, PCR 76 mg/L y PCT 3,03 ng/ml. Estudios microbiológicos positivos para *Staphylococcus aureus* en frotis ocular y faríngeo, no en LCR ni hemocultivo. *Tratamiento y evolución:* Preciso 2 expansiones para estabilización hemodinámica y oxigenoterapia en gafas nasales las primeras 4 horas; ante sospecha de STE se inició antibioterapia iv con vancomicina, cefotaxima y clindamicina dentro de la primera hora. Normalización de constantes vitales en las primeras horas, quedando afebril desde el inicio de antibioterapia. Ante resultados microbiológicos, se ajustó antibioterapia manteniendo vancomicina iv 6 días que se sustituyó por cloxacilina oral hasta cumplir un total de 14 días. Ante la buena evolución clínico-analítica se dio de alta al 6º día de ingreso.

Conclusiones. Aunque poco frecuente en Pediatría, es necesaria la inclusión del STE en el diagnóstico diferencial de casos que cursan con fiebre, exantema y signos de shock, ya que un diagnóstico precoz ha demostrado gran mejora del pronóstico. A pesar de que el mecanismo etiopatogénico se basa en la creación de superantígenos, el tratamiento se basa en dos pilares: recuperación del shock y antibioterapia de amplio espectro. Comunicamos este caso por la necesidad de recordar la existencia de esta entidad, generando una sospecha precoz ante los síntomas descritos, por otra parte, tan comunes en la infancia.