

Posters

VIERNES 27 DE ABRIL DE 2018

Zona Exposición Comercial

P-1. ANEMIA FERROPÉNICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE GASTRITIS CRÓNICA AUTOINMUNE. María del Carmen Poza del Val, María Isabel Vega Martín. C.S. Cotoño. Castro Urdiales. Cantabria.

La anemia en pediatría afecta al 20% de los niños en países desarrollados; la anemia ferropénica es la más frecuente; La gastritis crónica autoinmune es una causa rara de anemia ferropénica en pediatría.

Presentamos el caso clínico de un varón de 7 años edad que consulta por cansancio y palidez de un mes de evolución. Mal comedor habitual. No antecedentes personales reseñables. Tío fallecido con 20 años por cáncer esofágico. A la exploración física presenta buen estado general, palidez cutánea y de mucosas. Soplo sistólico I/IV. Analítica: hemoglobina de 5,9 g/dl, hematocrito 19,1%, hematíes 2,96 mill/mm³, VCM 64,6, ADE 18,7%, reticulocitos 2,62 (número absoluto corregido por hematocrito 1,1). Resto hematimetría normal. Bioquímica: hierro 14, IS 3%, ferritina 2, VSG 4. Frotis sanguíneo: anisocitosis, hipocromía intensa, punteado basófilo ocasional: compatible con anemia ferropénica. Se pauta hierro a 5-6 mg/kg/día; en control analítico posterior: mejoría parcial (Hb 10,1, Ht° 31,6%, ADE 30, IS 14%, ferritina 67). Sangre en heces negativo en varias muestras. Radiografía simple, ecografía y gammagrafía abdominal normal. Test de la ureasa negativo. Estudio celiaquía normal. En siguientes controles analíticos

continúa con tendencia a la anemia y ferropenia; se realiza estudio endoscópico donde se detecta una gastritis atrófica crónica, etiquetada de autoinmune, habiéndose descartado por el momento otras causas de gastritis atrófica y otra sintomatología autoinmune glandular asociada (PTH normal, anticuerpos antitiroideos normales).

Ante anemias ferropénicas refractarias es recomendable solicitar estudio endoscópico. La gastritis crónica autoinmune puede ser causa de anemia ferropénica de lenta instauración. Puede asociarse con otros síndromes poliglandulares autoinmunes.

P-2. ENTREVISTA MOTIVACIONAL VS. TRATAMIENTO BIOPSIOSOCIAL EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTOJUVENIL. Ricardo Lanza Saiz, María Dolores Prieto Salceda, Jesús Lino Álvarez Granda², Luis Gaité Pintado², Laura Monje Pardo³, Beatriz Payá González², José Antonio del Barrio del Campo¹, María Jesús Cabero². ¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. ²Universidad de Cantabria. ³Centro Médico de Asturias.

Objetivo. Comparar dos programas de tratamiento de la obesidad infantojuvenil, uno basado en la entrevista motivacional (Obemat) y otro en el abordaje biopsicosocial.

Material y métodos. Se realiza un estudio comparativo de la adherencia y eficacia (valorada como disminución del índice de masa corporal (IMC) y porcentaje de éxito) de ambos programas de tratamiento realizados en España. La duración de la intervención fue de 1 año. Se utiliza la prueba de χ^2 de Pearson para establecer la relación entre las variables.

Resultados. El programa motivacional (n = 110) presentó una adherencia del 78,2%. En el grupo de pacientes que concluyeron el tratamiento (n = 86) se obtuvo una disminución media del IMC de 0,68 kg/m². 65 participantes (76%) respondieron positivamente al tratamiento mostrando una disminución del IMC de 1,74 kg/m² y 21 participantes (24%) presentaron una respuesta negativa, con un aumento de 1,79 kg/m².

El programa biopsicosocial (n = 118) muestra una adherencia del 70,3%. En el grupo de pacientes que finalizaron el tratamiento (n=83) se produce una disminución media del IMC de 2,44 kg/m². 77 pacientes (93%) respondieron positivamente al tratamiento, logrando una disminución del IMC de 3,00 kg/m² y 6 pacientes (7%) obtuvieron una respuesta negativa, presentando un incremento de 0,59 kg/m².

No se observan diferencias significativas entre la adherencia en los dos programas de tratamiento ($p = 0,177$).

El tratamiento biopsicosocial presenta un mayor porcentaje de éxito que el motivacional ($p = 0,002$).

Conclusión. Sería conveniente incrementar la adherencia en ambos programas.

Ambos programas se muestran eficaces, resultando mayor la eficacia del tratamiento biopsicosocial.

P-3. HIPERTIROIDISMO PRIMARIO AUTOINMUNE EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN: A PROPÓSITO DE UN CASO. Paula Gacimartín Valle, Amelia Pérez España, Carmen González-Lamuño Sanchís, Marianela Marcos Temprano, Vanesa Matías del Pozo, Pilar Bahillo Curieses. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. Los niños con síndrome de Down (SD) tienen una mayor incidencia de alteraciones endocrinológicas y autoinmunitarias que la población general. Las alteraciones endocrinológicas más frecuentes son las de la función tiroidea, particularmente el hipotiroidismo (hasta en el 30-40% de estos sujetos).

Caso clínico. Mujer de 7,7 años con diagnóstico neonatal de SD. Seguimiento en otorrinolaringología (síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño y otitis medias serosas de repetición), oftalmología (astigmatismo), y cardiología (válvula aórtica bicúspide). Adenoamigdalectomía a los 6,1 años. Antecedentes familiares: hipoacusia en rama paterna y patología tiroidea en rama materna. Clínicamente asintomática. Exploración física: talla 118,6 cm (-1,59 DS); IMC 21,7 kg/m² (+1,61 DS); TA 105/53 mmHg; FC 64 lpm. Fenotipo Down. Sobrepeso. Tanner I. Ausencia de temblor. Detección de alteración de hormonas tiroideas en analítica rutinaria anual:

TSH 0,01 uIU/ml, T4 libre 3,02 ng/dl, T3 libre 8,60 pg/ml, tiroglobulina 92,30 ng/ml, Ac antitiroglobulina 333 UI/ml, Ac antitiroperoxidasa 15,50 UI/ml, Ac anti-receptor de TSH 58 UI/L. Serología celiaca negativa. Gammagrafía tiroidea: bocio difuso. Hiperfunción tiroidea. Ecografía tiroidea normal. Valoración oftalmológica normal. Ante el diagnóstico de hipertiroidismo primario autoinmune se inicia tratamiento con metimazol (dosis inicial 0,15 mg/kg/día), con buena respuesta.

Comentario. El hipertiroidismo, aunque infrecuente (< 3% de los sujetos con SD), es más prevalente en estos pacientes que en la población general, siendo también su etiología habitualmente autoinmune (enfermedad de Graves Basedow). Por este motivo es fundamental prestar atención a posibles signos de hipertiroidismo, realizando despistaje sistemático en estos pacientes, incluso en ausencia de sintomatología sugerente.

P-4. NUEVAS ALTERACIONES GENÉTICAS ASOCIADAS CON TALLA BAJA Y TRASTORNOS ESQUELÉTICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO. Paula Gacimartín Valle¹, Amelia Pérez España¹, Miriam Aza Camona², Karen Heath², Pilar Bahillo Curieses¹. ¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Instituto de Genética Médica y Molecular (INGEMM) y Unidad Multidisciplinar Displasias Esqueléticas (UMDE), IdiPAZ. Hospital La Paz. Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción. La creciente disponibilidad de la secuenciación masiva de ADN (*Next Generation Sequencing*, NGS) facilita la identificación de nuevos genes causantes de talla baja y la descripción de nuevos fenotipos relacionados con dichas mutaciones.

Caso clínico. Varón de 15,3 años con talla baja. Somatometría normal al nacimiento. Padre con osteogénesis imperfecta (OI), talla 162 cm. Talla materna 147 cm. Exploración física: talla 152,4 cm (-2,5DS), braza 150 cm, SS/SI 0,84, TS/T = 0,53 (P.50-75). Fenotipo peculiar (pabellones auriculares de implantación baja, mamilas separadas, escleras azuladas). Dentición normal. Escoliosis. Tanner V. Sin fracturas patológicas. Densitometría ósea y audiometría normales. Edad ósea acorde. Fosfatasa alcalina alta. Función tiroidea, IGF-1 y serología celiaca normales. Estudio genético: NGS panel de displasias esqueléticas (SkeletalSeq.V5): Se detectaron una mutación en heterocigosis en *COL1A1*, c.658C>T (p.Arg220*), confirmando que el paciente tiene OI, y una mutación en heterocigosis, c.805C>T (p.Arg269Cys) en el gen *TRPV4*. Dicha mutación se detecta también en el padre. Esta alteración ha sido descrita en pacientes con distintos tipos de neuropatías y en un paciente con neuropatía y displasia esquelética. Estudios funciona-

les han confirmado su patogenicidad. La neuropatía puede debutar desde el nacimiento hasta los 60 años, presentando estas mutaciones penetrancia incompleta, por lo que estaría indicado un seguimiento clínico exhaustivo.

Comentario. La secuenciación masiva de ADN (NGS) permite la detección de nuevos genes asociados con distintas enfermedades y conocer las distintas patologías que pueden estar implicadas en dicha mutación, permitiendo orientar las sucesivas consultas hacia la búsqueda de distintas complicaciones asociadas a dicha alteración genética.

P-5. PANCREATITIS AGUDA POSTRAUMÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO. Juan Salvador Membrives Aparisi, Olga García Lamata, Sara González Uribebarrea, Pablo López Casillas, Rebeca Garrote Molpeceres, Elena Urbaneja Rodríguez, Verónica Alonso Arroyo, Óscar Gómez Beltrán. *Servicio de Pediatría. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La pancreatitis aguda consiste en una inflamación pancreática causada por liberación de enzimas, con autodigestión progresiva de la glándula. La incidencia es de 3,6 a 13,2 caso/100.000 niños. Sus causas son variables, siendo un 20% de los casos secundarios a traumatismos.

Caso clínico. Varón de 8 años con antecedente de traumatismo abdominal no penetrante días antes que presenta dolor y distensión abdominal, deposiciones líquidas y febrícula. Exploración física: edema y lesiones purpúricas en dorso de ambos pies. Abdomen distendido, protrusión umbilical. Análítica sanguínea: leucocitos 19.980/mm³ (neutrófilos 86,9%), albúmina 2,99 g/dl, amilasa 5.079 U/L, lipasa 10.355 U/L, PCR 263,7 mg/L. Ecografía abdominal: abundante líquido peritoneal. TC abdominal: sugestiva de pancreatitis postraumática con digestión de la grasa mesentérica. Se pauta fluidoterapia y analgesia. A las 24 h se inicia nutrición parenteral. Al 5º día de ingreso se inicia nutrición enteral, objetivándose empeoramiento clínico, incremento de lipasa y derrame pleural en la TC, por lo que se suspende. Ante la sospecha de fístula pancreática, se realiza laparotomía y colocación de drenajes, objetivándose un débito con alto contenido en lipasa y amilasa en descenso durante las semanas posteriores, que mejora tras iniciar perfusión de octreótido.

Comentario. La pancreatitis aguda es una patología con elevada mortalidad, por lo que su diagnóstico cobra importancia en aras del tratamiento precoz. Una posible complicación es la fístula pancreática, cuyo manejo es controvertido. Debido al escaso número de casos descritos en la edad pediátrica, existe controversia sobre el uso de la CPRE, así como del empleo de octreótido.

P-6. PATRÓN DE INGESTA ALIMENTARIA EN UNA COHORTE DE LACTANTES DEL NORTE DE ESPAÑA. ¿SE SIGUEN LAS RECOMENDACIONES DE INTRODUCCIÓN DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA? Laura Monje Pardo¹, María Jesús Cabero Pérez². ¹Universidad de Cantabria-Universidad de Zaragoza. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos. Evaluar los patrones de alimentación de los niños durante los primeros 18 meses de vida.

Material y métodos. Estudio longitudinal prospectivo de lactantes sanos reclutados a los 6 meses y seguidos hasta 18 meses. Se registró la ingesta diaria de alimentos (lactancia materna, fórmula, cereales, frutas, yogur, verduras y carne o pescado) a los 6, 9, 12, 15 y 18 meses de edad, mediante cuestionarios de alimentación.

Resultados. Participaron 246 niños. A los 6 meses predominó la ingesta de fórmula y cereales, seguido de papilla de frutas junto con el puré de verduras de carne y pescado. A los 9 meses destacó el aumento de las cantidades ingeridas y la mayor variedad de alimentos. A los 12 meses se mantuvo el patrón similar con un mayor consumo de yogur, incorporando a la dieta los alimentos sólidos. A los 15 meses se observó que la ingesta de fórmula y de cereales se mantuvo constante, aumentando la cantidad de niños que tomaron yogur con aumento de comida en trocitos, en detrimento del consumo de purés.

Esta tendencia se mantuvo a los 18 meses, junto con un descenso en la ingesta de cereal en la cena. La ingesta de fórmula disminuyó ligeramente y la papilla de frutas (en papilla y en trocitos) se mantuvo con respecto a los 15 meses.

Conclusiones. En contra de las recomendaciones pediátricas, un 89% a los 6 meses tomó fórmula y cereal, en vez de lactancia materna hasta los 6 meses. Si se ajustó a las recomendaciones la ingesta de papilla de frutas, el puré o la introducción de alimentación sólida. Destacó la precocidad en la introducción del yogur.

P-7. QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO LINGUAL: UN SUBTIPO INFRECUENTE. Laura Fernández García, Cristina Pérez Costoya, Belén Pontón Martino, Agnes Molinar, Ángela Gómez Farpón, Cristina Granell Suárez, Diana Carolina Lara Cárdenas, Sarah Barnes Marañón. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Los quistes del conducto tirogloso de localización lingual son infrecuentes y suelen pasar desapercibidos en una exploración física rutinaria. Cursan de forma sinto-

mática con mayor frecuencia que los de localización cervical siendo la disfagia el síntoma de presentación más frecuente.

Caso clínico. Exponemos el caso de una paciente de 13 años que es derivada a nuestra consulta por el hallazgo incidental, en una RMN craneal realizada en el contexto de un cuadro de cefaleas, de una lesión quística de $12 \times 9 \times 8$ mm en línea media de base de la lengua compatible con quiste del conducto tirogloso como primera posibilidad diagnóstica. A la exploración se palpa con dificultad una lesión profunda suprahioidea en línea media que se moviliza con la deglución, no siendo visible la lesión dentro de la cavidad oral. Se realiza una ecografía cervical en la que se visualiza una glándula tiroides ortotópica de tamaño y ecogenicidad adecuada y un estudio gammagráfico de Tc99-Perfecnetato dentro de límites normales. Se interviene de forma programada realizándose exéresis completa de la lesión mediante la técnica de Sistrünk tras administración de profilaxis antibiótica intravenosa. La lesión es informada anatomopatológicamente como quiste del conducto tirogloso. Al año de seguimiento la paciente se mantiene asintomática sin presentar signos de recidiva.

Conclusiones. El diagnóstico y tratamiento de los quistes del conducto tirogloso linguales debe individualizarse dependiendo de su presentación y localización anatómica. La

técnica de Sistrünk es el procedimiento ideal para la exéresis de estas lesiones cuando están próximas al hueso hioides.

P-8. RELACIÓN ENTRE HÁBITOS DE SUEÑO Y OBESIDAD EN UNA MUESTRA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SOBRECARGA PONDERAL. Ricardo Lanza Saiz, María Dolores Prieto Salceda¹, Luis Gaité Pindao², Laura Monje Pardo³, María José Noriega⁴, Beatriz Payá González², José Antonio del Barrio Campo³, María Jesús Cabero Pérez². ¹Observatorio de Salud Pública de Cantabria. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. ³Centro Médico de Asturias. ⁴Universidad de Cantabria.

Objetivo. Estudiar cómo influyen los hábitos de sueño sobre el índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal (PA) de una población de pacientes con sobrecarga ponderal.

Material y métodos. Se examinaron el IMC y PA de 118 sujetos, de 6 a 16 años inclusive, atendidos por sobrecarga ponderal según las tablas de Cole (2.000) entre mayo 2012 a junio 2016. Los datos de sueño se obtuvieron mediante cuestionario, distinguiendo entre semana y fines de semana. Se utiliza la prueba de Kruskal-Wallis para establecer la relación entre las variables.

Resultados (Tabla I).

TABLA I. (P-8).

	n	%	IMC			PA		
			Mediana	IQR	p*	Mediana	IQR	p*
Duración sueño					0,374			0,118
< 9 horas	32	27,10	28,20	4,90		98,75	10,32	
9 horas	41	34,75	28,23	4,81		94,50	15,00	
> 9 horas	45	38,15	25,97	4,57		87,00	12,00	
Hora acostarse entre semana					0,377			0,226
≤ 21 horas	14	11,90	26,09	4,60		87,00	14,25	
21 a 23 horas	57	48,30	26,61	4,88		90,50	13,85	
≥ 23 horas	47	39,80	28,46	4,79		100,00	15,50	
Hora despertar entre semana					0,358			0,236
< 8 horas	45	38,10	27,53	4,63		94,50	10,25	
8 horas	62	52,50	27,14	5,15		90,50	17,18	
> 8 horas	11	9,30	27,07	8,27		91,00	20,00	
Hora acostarse fin de semana					0,434			0,308
≤ 22 horas	13	11,00	25,83	6,20		87,00	12,00	
22 a 24 horas	40	33,90	26,07	4,96		90,25	12,88	
≥ 24 horas	65	55,10	28,21	4,66		98,50	13,75	
Hora despertar fin de semana					0,404			0,038
< 10 horas	31	26,30	25,97	4,46		89,00	11,00	
10 a 11 horas	34	28,80	26,43	4,06		92,00	17,55	
≥ 11 horas	53	44,90	28,21	4,88		98,50	13,90	

Conclusiones. En este grupo de estudio se observa un mayor grado de obesidad en los que: a) Duermen menos horas. b) Entre semana, se acuestan más tarde y se levantan más pronto. c) En fines de semana, se acuestan más tarde y se levantan más tarde.

Debería considerarse la influencia de los hábitos de sueño sobre la sobrecarga ponderal.

P-9. SÍNDROME ESPINO-CEREBELOSO POR DÉFICIT DE VITAMINA B₁₂. LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA. María del Carmen Poza del Val, María Isabel Vega Martín. C.S. Cotolino. Castro Urdiales. Cantabria.

La anemia por déficit de vitamina B₁₂ no es frecuente en pediatría, pero debemos tenerla en cuenta ante cierta sintomatología neurológica y antecedentes personales.

Acude a consulta un paciente de 10 años por inestabilidad de la marcha en últimos 15 días. Mal apetito habitual. Alguna deposición diarreica asociada. A la exploración presenta ataxia con test de Romberg positivo. Delgadez. Leve palidez cutánea. Peso y talla $p < 3$.

Antecedentes personales: gemelo pretérmino. Enterocolitis necrotizante. IQ (ileostomía descarga + resección íleon terminal-colon) Desarrollo psicomotor normal.

Antecedentes familiares: madre fallecida por cáncer de colon.

Analítica: hemoglobina 9,3; hematocrito 29,3%; VCM 72; HCM 22,6; plaquetas 709, leucos 4.400 con fórmula normal. Reticulocitos 2,11%. Frotis sanguíneo: predominio microcitosis e hipocromía. Anisopiquilocitosis, anulocitos esquistocitos dacriocitos. Bioquímica: proteínas totales 6,5, albúmina 3,6, hierro 10, IS 4%, ferritina 7, prealbúmina 13,3, colesterol 126, Zn 72. Sangre oculta en heces negativa. Tóxicos negativos. TAC: atrofia ambos lóbulos frontales y troncoencéfalo. RMN: aumento surcos cerebrales, llamativo para la edad. Hiperseñal en cordones posteriores médula espinal. Degeneración combinada subaguda. Se completa estudio solicitando estudio vitamínico: vitamina A 35, vitamina E 1.423, ácido fólico 36,5, vitamina B₁₂ 90. Se diagnostica de síndrome espino-cerebeloso por déficit de vitamina B₁₂. Malnutrición en paciente con resección intestinal. Ferropenia. Se pauta tratamiento con vitamina B₁₂ de por vida y suplementos nutricionales.

El déficit de vitamina B₁₂, raro en pediatría, es generalmente causado por ingesta insuficiente (dietas vegetarianas). Otra causa es por malabsorción en resecciones ileales. Debemos tener en cuenta la posibilidad de anemias mixtas por malnutrición.

P-10. TALLA BAJA Y HEPATOMEGALIA. Lucía Hernández Peláez, Agustina Alonso Álvarez, Paula Quesada Colloto, Sara Fernández Castiñeira, Lucas Ramón Díaz Anadón, Sara Carnicero Ramos. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La talla baja puede ser una variante de la normalidad, pero deben tenerse en cuenta causas orgánicas. Se deben realizar una detallada anamnesis, exploración física y antropometría.

Caso clínico. Niño de 3 años remitido para estudio de talla baja y hepatomegalia. Segundo hijo de padres no consanguíneos, sanos. Desde atención primaria se observa descenso progresivo de percentiles de talla a partir de los dos años, manteniendo percentiles de peso. Asociaba enlentecimiento en el desarrollo psicomotor, seguido en atención temprana. Exploración: talla 93,5 cm (p2, -2,16 DE), peso 16,4 kg (p52, 0,05 DE). Boca en V invertida. Giba dorsal. Cuello corto. Actitud cifótica. Hepatomegalia a 5 traveses. Ante este cuadro clínico se realizó: analítica en ayunas con hipertransaminasemia (AST 264 U/L ALT 240 U/L), hipertriglicerinemias (220 mg/dl), hipoglucemia (61 mg/dl cetonemia 1,7) y tendencia a acidosis metabólica (pH 7,32 HCO₃ 20,6 E bases -5); chequeo infeccioso negativo y ecografía abdominal con hepatomegalia homogénea hasta cresta iliaca. Valoración cardiológica: discreta alteración en la relajación del ventrículo izquierdo y válvula mitral mínimamente engrosada. Ante sospecha de enfermedad de depósito, se realizó biopsia hepática informada como depósito de material compatible con glucógeno. El estudio genético reveló la variante c.455-2A >G(p.) en hemicigosis del gen *PHKA2* responsable de glucogenosis tipo IXa.

Comentario. Las glucogenosis son enfermedades hereditarias infrecuentes con alteración del metabolismo del glucógeno. La más frecuente, tipo IX, tiene una incidencia de 1:100.000 nacimientos. Nuestro paciente presentaba glucogenosis IXa ligada al X, con alteraciones ecocardiográficas a pesar de que clásicamente este tipo solo suele presentar afectación hepática.

P-11. TIMO ECTÓPICO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE NÓDULO INTRATIROIDEO. Antonia Jesús López López, Ana Rosa Tardáguila Calvo, Isabel Simal Badiola, Inmaculada Fernández Jiménez, Ernesto Matías de Diego García. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. El tejido tímico ectópico puede encontrarse a cualquier nivel a lo largo de la línea de descenso desde la

mandíbula al mediastino. Su localización intratiroidea es rara y suele ser asintomática. Aunque los hallazgos ecográficos son característicos, a menudo su diagnóstico es complicado, precisando de cirugía para biopsia.

Caso clínico. Paciente de 6 años con hallazgo casual en control rutinario por su Pediatra de tumoración en línea media cervical a nivel del tiroides. Sin antecedentes personales de interés, ni clínica asociada. Se realiza estudio de hormonas tiroideas que es normal. En la ecografía se detecta tiroides de morfología, tamaño, ecogenicidad y vascularización normal, con hallazgo en lóbulo tiroideo derecho de nódulo de $0,7 \times 0,6 \times 0,4$ cm, de morfología irregular, bordes definidos y ecogenicidad heterogénea, altamente sugestivo de timo ectópico intratiroideo. Se decide manejo conservador, mediante observación en consultas externas con controles ecográficos seriados. En un período de 4 años el paciente se ha mantenido asintomático y con ligera disminución del tamaño del nódulo, por lo que mantenemos misma actitud.

Comentario. La naturaleza benigna e involutiva del timo ectópico intratiroideo y sus características ecográficas típicas apoyan su manejo conservador mediante controles seriados. Sin embargo, ante un nódulo tiroideo de etiología incierta se recomienda una valoración cautelosa, dado que el riesgo de malignidad es mayor en la población infantil. Por ello, siempre que las pruebas diagnósticas no puedan excluir malignidad, la cirugía debería estar indicada.

P-12. TUMORES OVÁRICOS. UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE EN LA EDAD PEDIÁTRICA. Ízaro Sánchez Hernández, Laura Bertholt Zuber, Khusama Alkadi Fernández, Lucía Pérez Gómez, Sandra Llorente Pelayo. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. Los tumores ováricos son raros en pediatría. Pueden ser epiteliales, estromales y germinales. Describimos dos casos con diferente presentación.

Casos clínicos. *Caso 1:* Niña de 12,9 años. Dolor abdominal y primer sangrado vaginal de 3 semanas de evolución. Desarrollo puberal S3-P3; masa en FID. Ecografía: formación sólido-quística de $117 \times 63 \times 95$ mm, abundante vascularización dependiente de ovario derecho. Analítica: LH $< 0,1$ mUI/ml, FSH $< 0,3$ UI/ml, 17-B-estradiol 156,3 pg/ml, B-HCG < 5 mUI/ml, CA-125 33,3 U/ml (VN $< 17,2$ U/ml), alfa-fetoproteína 1,6 ng/ml (VN < 7 ng/ml), CEA 0,8 ng/ml (VN < 5 ng/ml). RMN: masa pélvica redondeada, sólido-quística dependiente de ovario derecho, compatible

con neoformación, características de malignidad. Cirugía: tumoración dependiente de ovario derecho bien delimitada y encapsulada, sin invasión local. Ooforectomía y ane-xectomía derecha. AP: tumor de células de la granulosa, juvenil del ovario. Seguimiento por Oncopediatría. *Caso 2:* Niña de 9,2 años con pubertad rápidamente evolutiva. Talarquia 8,9 años, pubarquia 1 mes después. Con 9 años, metrorragia escasa. Al mes, sangrado de mayor cuantía (3 días), 17-B-estradiol 204,9 pg/ml con LH $< 0,1$ mUI/ml y FSH $< 0,3$ UI/ml. Ecografía abdomino-pélvica acorde a edad. Edad ósea adelantada 1,5 años. En consulta: S2-3,P2; 17-B-estradiol < 5 pg/ml, LH y FSH prepuberales, marcadores tumorales negativos. Test LHRH: Valores límite. Asintomática los 5 meses siguientes, sin sangrados. Controles ecográficos: crecimiento progresivo ovario izquierdo hasta 23,4 cc. RMN: tumoración hipodensa $3,8 \times 2,1$ cm compatible con fibroma/fibrotecoma. Ooforectomía izquierda (10 años). AP: tumor estromal esclerosante. Posteriormente asintomática, sin sangrados, progresión puberal acorde a edad.

Comentario. Aunque los tumores ováricos son raros en pediatría, sus signos y síntomas pueden ser sutiles, por lo que debemos estar atentos a alteraciones en la cronología del desarrollo puberal. Estrógenos elevados, con gonadotropinas suprimidas deben orientar a este diagnóstico.

P-13. ACTITUD QUIRÚRGICA ANTE UN QUISTE BRAN-QUIAL COMPLICADO. Agnes Molinar, Cristina Pérez Costoya, Belén Pontón Martino, Sara Barnes Marañón, Diana Carolina Lara Cárdenas, Laura Fernández García, Víctor Álvarez Muñoz, Sonia Amat Valero. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El quiste de segundo arco branquial es la malformación congénita más frecuente en las masas laterocervicales en niños. La mayoría de las veces se detectan por primera vez tras una infección y crecimiento rápido, requiriendo tratamiento antibiótico para garantizar la extirpación quirúrgica completa.

Caso clínico. Varón de 11 años que presenta tumoración laterocervical izquierda de reciente aparición sin signos inflamatorios acompañantes al inicio. Se realiza TC en su hospital de referencia donde definen la masa como posible quiste de la hendidura branquial complicado, por lo que se inicia antibiótico oral con amoxicilina-clavulánico; acude a urgencias por dolor, febrícula y aumento de la tumoración de 6 días de evolución que a pesar del tratamiento no mejora. A la exploración física presenta una tumoración laterocervical

izquierda de aproximadamente 10 cm de consistencia dura y enrojecimiento de la piel. Se decide ingreso para tratamiento intravenoso con amoxicilina-clavulánico. Ante la falta de respuesta durante 1 semana, se decide exéresis completa para estudio anatomopatológico y microbiológico. Se confirma la sospecha de quiste branquial sobreinfectado; en el cultivo bacteriológico se identifica *Staphylococcus hominis*, resistente a amoxicilina-clavulánico. A pesar de exéresis, se decide completar el tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol durante 5 días más. El paciente actualmente se encuentra asintomático.

Comentario. Para minimizar el riesgo de complicaciones se debe tratar primero la infección aguda. En aquellos casos en los que no existe respuesta al tratamiento inicial, será indicación de cirugía, con el fin de poder determinar el agente causal y tratar la infección.

P-14. ADENITIS POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS: ¿CUÁL ES EL MANEJO CORRECTO? Sara González Uribealrea¹, Margarita Castro Rey¹, Laura Fraile García¹, Pablo López Balboa¹, Elena Urbaneja¹, Rebeca Garrote Molpeceres¹, Hermenegildo González García¹, Sara Puentes Montes². *Servicio de Pediatría. ¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Hospital Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. La adenitis cervical unilateral es la forma clínica más frecuente de infección en niños por micobacterias no tuberculosas (MNT), con pico de incidencia entre 2 y 4 años. Actualmente representan el 10-20% de las adenitis de curso subagudo-crónico y su frecuencia ha aumentado en los últimos años. El agente etiológico más frecuente es *M. avium complex*. Su diagnóstico está basado en la sospecha clínica junto con un Mantoux positivo e IGRAS negativos, precisando confirmación posterior mediante biopsia, siendo fundamental un diagnóstico diferencial con *M. tuberculosis*. No existe consenso sobre cuál es su manejo más adecuado, aunque la escisión quirúrgica completa precoz parece posicionarse como tratamiento de elección inicial, relegando la antibioterapia a casos seleccionados.

Casos clínicos:

(Véase Tabla I).

Comentarios. Según las últimas recomendaciones y en base a nuestra serie de casos, el tratamiento inicial quirúrgico con escisión completa de la adenitis cervical por MNT realizado de forma precoz presenta mejores resultados, siendo la antibioterapia un tratamiento combinado que se puede plantear en casos seleccionados.

TABLA I. (P-14).

	Caso 1	Caso 2
Sexo/edad	Niña 4 años y 6 meses	Niña 2 años y 5 meses
Enfermedad de base	Inmunodepresión	Sana
Clínica	Adenopatía submandibular izquierda	Adenopatía submandibular izquierda
Mantoux	Positivo	Negativo
IGRAS	Negativos	Negativos
Actitud inicial	Biopsia escisional completa	PAAF sin resección
Microbiología	<i>M. avium</i>	<i>M. avium</i>
Manejo posterior	Tratamiento coadyuvante con antibioterapia 4 meses (azitromicina + ciprofloxacino)	Antibioterapia 4 meses (azitromicina + ciprofloxacino)
Evolución	Resolución completa con cicatrización normal y sin recidiva	Persistencia + complicaciones (cicatrización patológica, absceso retrofaringeo → drenaje)

P-15. COLECISTITIS ACALCULOSA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS A. Estíbaliz Garrido García, Mikel Díaz Zabala, Covadonga Tomé Nestal, Helena Aparicio Casares. *Hospital del Oriente de Asturias.*

Introducción. La colecistitis aguda en el contexto de una hepatitis A aguda, ya ha sido previamente descrita. Sin embargo, se conoce muy poco acerca de esta manifestación de la infección por el virus de la hepatitis A (VHA).

Caso clínico. Paciente de 10 años llegada de República Dominicana hacía una semana, que acude a Urgencias por dolor abdominal intermitente y vómitos alimenticios de 3 días de evolución. Fiebre no termometrada. Deposiciones normales. Como antecedentes: vacunación incompleta e ingreso en país de origen hacía cuatro meses por "inflamación hepática", según la madre. Al examen físico presenta ictericia conjuntival y dolor a la palpación en reborde hepático y epigastrio. En las pruebas complementarias presenta un aumento de marcadores de función hepática (AST-GOT 1.829 UI/L, ALT-GPT 1.308 IU/L, GGT 166 U/L, FA 409 U/L, BiT 3,06 mg/dl-BiD 3 mg/dl) con Ac. Anti-VHA IgM positivo. Con diagnóstico de hepatitis A, ingresa para analgesia y fluidoterapia. A las 48 horas se solicita ecografía abdominal por persistencia de

vómitos y exploración patológica con Murphy positivo, con hallazgo de colecistitis aguda alitiásica con infiltrado derecho hepático pericolecístico, añadiéndose al tratamiento cobertura antibiótica. Buena evolución posterior, descenso progresivo de las PFH, con normalidad del resto del estudio.

Comentario. La colecistitis aguda acalculosa pese a ser una complicación rara, ha de tenerse en cuenta a la hora de valorar a un paciente con hepatitis A. La escasa literatura al respecto genera controversias en cuanto al manejo y seguimiento.

P-16. COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO TÓPICO EN EL GRANULOMA PIÓGENO. Belén Pontón Martino, Laura Fernández García, Diana Carolina Lara Cárdenas, Sarah Barnes Marañón, Agnes Molnar, Cristina Pérez Costoya, Ángela Gómez Farpón, Cristina Granell Suárez. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El granuloma piógeno es un tumor benigno compuesto por una proliferación angiogénica de capilares que suelen aparecer en zonas de roce o traumatismos. Suele tener apariencia pediculada con una coloración roja intensa. En muchas ocasiones un tratamiento conservador lleva a su curación.

Caso clínico. Niño de 8 años diagnosticado hace 8 meses de papiloma a nivel de falange distal del 3^{er} dedo del pie derecho, iniciándose tratamiento con fórmula magistral, observando disminución del tamaño, pero no resolución completa. Hace 2 meses presentó infección y aparición de granuloma piógeno que fue tratado en otro hospital con resección superficial. Reaparición del granuloma los días posteriores con importante dolor asociado así como impotencia funcional. A su llegada a nuestro centro se observa una lesión granulomatosa subungueal a nivel del 3^{er} dedo del pie derecho con componente inflamatorio perilesional, de 1,5 cm, compatible como primera posibilidad con granuloma piógeno, con base sobre exóstosis. Se realiza radiografía de la zona sin observar claramente exóstosis en falange distal del 3^{er} dedo. Se realiza cura con nitrato de plata.

Ante la mala evolución de las lesiones, se decide exéresis quirúrgica, con curas ambulatorias posteriormente. En revisión en consulta se aprecia buen resultado tanto estético como funcional.

Comentario. Aunque el tratamiento tópico con nitrato de plata es una opción muy válida en caso de lesión compatible con granuloma piógeno, no es así en el caso de otras fórmulas, pudiendo conllevar a una mala evolución de las lesiones que lleven a requerir un tratamiento quirúrgico para su curación definitiva.

P-17. ERITEMA NODOSO, ¿DEBO SIEMPRE PREOCUPARME? Jorge Suárez Alonso¹, Joan Capellades Llopart¹, Jesús Garde Basas, Maialen Ramos Oñate¹, Sara Barbarin Echarri¹, Eva Peña Sainz Pardo¹, María Jesús Cabero Pérez¹, Ana Suárez Alonso². ¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El eritema nodoso (EN) es un síndrome caracterizado por una erupción cutánea nodular, eritematosa, caliente y dolorosa, que se localiza preferentemente en la región pretibial, aunque también en ocasiones en muslos, brazos, antebrazos y otras áreas corporales. En la infancia es más frecuente a partir de los dos años y afecta por igual a ambos sexos. Cuando las diagnosticamos siempre debemos buscar un proceso desencadenante, bien sea una infección, un fármaco inductor o una enfermedad subyacente, aunque en un 35-50% de los casos no se llega a conocer la causa.

Caso clínico. Niño de 2 años y medio sin antecedentes personales de interés que acude por presentar lesiones en area pretibial bilateral de 3 días de evolución, sin otra sintomatología asociada. Afebril. Su madre se encuentra en tratamiento antibiótico actualmente por amigdalitis. A la exploración llama la atención nódulos marronáceos en ambas regiones pretibiales, dolorosos a la palpación, y leve hiperemia faríngea sin otras alteraciones. Se realiza analítica con hemograma y fórmula normales, sin aumento de reactivos de fase aguda; y frotis faríngeo con antígeno rápido de *S. pyogenes* positivo. Se da de alta con antibioterapia oral con amoxicilina, impresionando eritema nodoso en contexto de faringoamigdalitis por SBHGA. Buena evolución posterior.

Comentario. Aunque la presencia de EN debe hacernos pensar en la existencia de una enfermedad subyacente, las causas más frecuente en nuestro medio en la edad pediátrica son las infecciones respiratorias de vías altas por estreptococo β -hemolítico del grupo A, seguida de tuberculosis, gastroenteritis por *Yersinia* y *Salmonella enteritidis*.

P-18. ERITROBLASTOPENIA TRANSITORIA DE LA INFANCIA. Paula Aguiar Jar¹, Marina Ginesa Sánchez Moreno¹, Sara Puente Montes¹, Nuria Díez Monge¹, José Luis Fernández Arribas¹, Ana María Vegas Álvarez¹, Alberto Cantalapiedra Díez², Fernando Centeno Malfaz¹. ¹Servicio de Pediatría. ²Servicio de Hematología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. La etiología de la anemia en pediatría es muy variable. Para orientar el diagnóstico, además de una buena anamnesis y exploración física, se requiere un estudio analítico completo.

Caso clínico. Paciente de 26 meses derivado desde Atención Primaria por anemia severa en el contexto de astenia y palidez de un mes de evolución. Refieren varias infecciones intercurrentes los tres meses previos. Exploración con palidez cutáneo-mucosa marcada, sin organomegalias ni signos de sangrado. Se confirma la anemia en nueva analítica. Hemoglobina 4,2 g/dl y hematocrito 12%, plaquetas y leucocitos normales con ausencia de reticulocitos y sin signos de hemólisis. Perfil férrico, vitamina B₁₂ y ácido fólico normales, electroforesis de hemoglobina normal. Serologías negativas, incluido Parvovirus B19. Precisa una transfusión sanguínea a lo largo del ingreso. Se realiza aspirado de médula ósea, confirmando ausencia de precursores eritroides sin otras alteraciones. Mejoría progresiva de la anemia e inicio de reticulocitosis, con descenso puntual de la hemoglobina coincidiendo con infección respiratoria de vías altas. Control cuatro semanas después del ingreso con hemoglobina 10,9 g/dl y hematocrito 33,7%.

Comentario. La eritroblastopenia transitoria de la infancia es una patología frecuente entre los 12 meses y 4 años, cursando con anemia y reticulocitopenia en pacientes previamente sanos. De causa adquirida y resolución espontánea en 1-2 meses sin tratamiento, es necesario realizar diagnóstico diferencial con otras entidades como la anemia de Blackfan-Diamond, aplasia eritroide congénita que se presenta en menores de 1 año, asociada a malformaciones y aumento de la hemoglobina fetal.

P-19. ESPONDILODISCITIS L1-L2. A PROPÓSITO DE UN CASO. María Montserrat Barba, Marcos Noé Madrid, Pedro José Pascual Blasco, Patricia Bahillo Cagigal, Rosana Taipe Sánchez. C.S. Dr. Morante. Santander.

Introducción. La espondilodiscitis es una entidad relativamente infrecuente en la infancia, que cursa con una sintomatología poco específica y requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico. Es importante hacer un diagnóstico precoz, para instaurar el tratamiento adecuado y evitar complicaciones.

Caso clínico. Niña de 19 meses de edad que acude al servicio de urgencias por presentar dificultad para la deambulación, sedestación y movimientos de flexión del tronco de varias semanas de evolución. Pico febril de 38° hace 7 días. Los padres creen que la niña tiene dolor en zona lumbar. En las semanas previas consulto por dolor abdominal de tipo cólico siendo diagnosticada de estreñimiento y adenitis mesenterica. La Rx AP y lateral de columna lumbosacra fue normal. No rechazo de la ingesta no síntomas respi-

tratorios ni urinarios. Como antecedente personal destacar celulitis en pie izquierdo a los 7 meses de vida. *Exploración y pruebas complementarias:* Peso: 9,8 kg. Talla: 68 cm. TAX: 36,7°. TA: 104/60 mmHg. FC: 108 lpm. Buen estado general, bien nutrida e hidratada, normocoloreada cutaneomucosa, ACR: normal. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación ligeramente distendido, no se palpan masas ni megalias. Cavidad orofaringe normal. No lesiones cutáneas. Exploración neurológica: fuerza y sensibilidad normal, rechazo para la marcha con dificultades para la sedestación y evitación de movimientos de flexión del tronco. Hemograma y bioquímica: sin alteraciones y VSG: 35 mm. Rx lumbosacra 2 P: pérdida del espacio intervertebral L1-L2, mala definición de la cortical del platillo vertebral superior de L2 se completa estudio con RM que confirma diagnóstico de espondilodiscitis. *Juicio clínico:* espondilodiscitis L1-L2. *Diagnóstico diferencial:* absceso lumbar, osteomielitis, sinovitis transitoria de cadera.

Comentario final. La espondilodiscitis representa el 2% de todas las infecciones osteoarticulares en los niños. El tratamiento se realiza con antibióticos y antiinflamatorios no esteroides para disminuir el dolor asociado y reposo en fases iniciales. Si la respuesta no es favorable se debe replantear el diagnóstico o valorar complicaciones asociadas. Un 80% pueden tener síntomas a largo plazo como dolor lumbar crónico o limitaciones de los movimientos vertebrales.

P-20. HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE CEREBELITIS AGUDA POSTINFECCIOSA. Marta Andrés de Álvaro¹, Antonio Hedrera Fernández¹, María Cristina Valencia Soria², Lucía Palacio Tomás¹, Ramón Cancho Candela¹, Paula Aguiar Jar¹, Patricia Bolívar Ruiz¹, Fernando Centeno Malfaz¹. ¹Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Complejo Asistencial de Zamora.

Introducción. La cerebelitis aguda postinfecciosa es una patología neurológica frecuente en niños. Suele ser un proceso benigno autolimitado que origina un cuadro de ataxia aguda. Se presenta el caso de un paciente con hipertensión intracraneal como única manifestación de una cerebelitis aguda.

Caso clínico. Niño de 8 años con antecedente de gastroenteritis aguda. A las dos semanas, inicia cefalea bifrontal continua, progresiva, de predominio matutino, que irradia a región occipital y asocia vómitos, fotopsias, fotofobia y sonofobia. El dolor interfiere con su actividad diaria e interrumpe el sueño nocturno. No presenta ataxia, dismetría, nistagmus, temblor ni disidiadocinesia. Se realiza TC craneal donde

no se objetiva inicialmente patología. Ante la persistencia de los síntomas y empeoramiento del estado general, se realiza RM craneal al cuarto día de ingreso, observando alteración de la morfología y señal cerebelosa en contexto de cerebelitis aguda, originando efecto masa sobre el acueducto y cuarto ventrículo, con descenso de amígdalas cerebelosas. Ante estos hallazgos se inicia corticoterapia intravenosa durante diez días, continuando posteriormente con tratamiento oral. Presenta mejoría clínica progresiva, con resolución de los síntomas de forma completa en 10 días, con mejoría radiológica en RM craneal de control.

Conclusión. Ante un paciente con cefalea refractaria y signos de alarma es fundamental descartar patología orgánica. En este caso, la persistencia de cefalea, el empeoramiento clínico y la aparición de síntomas sugerentes de HTIC, justificaron la realización de RM craneal, permitiendo finalmente llegar al diagnóstico de cerebelitis aguda postinfecciosa.

P-21. MALARIA NO COMPLICADA: A PROPÓSITO DE UN CASO. Carlos Romero García, Laura Martínez Figuera, Almudena González Prieto, Yolanda Áurez García Salamanca, José Manuel Marco Sánchez, Ana Martínez Pereira, Pilar Aparicio Ríos, Noelia Arévalo Martín. *Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

Introducción. La malaria, causada por parásitos del género *Plasmodium* y transmitida a través del mosquito *Anopheles* es una enfermedad importada que ha elevado su frecuencia en nuestro medio por el aumento de la población inmigrante (505 casos en 2011 en España). En el mundo es la cuarta causa de muerte infantil, produciendo más de 500.000 muertes al año. La clínica varía desde el más grave y frecuente (*P. falciparum*) a otros más leves, y consiste en fiebre elevada asociada a cefalea y/o esplenomegalia, pudiendo dar complicaciones neurológicas o anemia intensa.

Caso clínico. Escolar de 10 años procedente de Guinea Ecuatorial que acude a Urgencias por fiebre de 48 horas de evolución (hasta 39,7°C), acompañado de cefalea holocraneal y odinofagia. No refieren clínica neurológica acompañante. Refiere haber llegado hace 4 días de su país de origen, por lo que se extrae analítica y se solicita inmunocromatografía para *Plasmodium* con resultado positivo para *P. falciparum*. Se ingresa para tratamiento atovacuona-proguanil durante tres días y sueroterapia i.v. Presenta buena evolución con buena respuesta al tratamiento sin alteraciones neurológicas, pudiendo ser dado de alta tras finalizar el tratamiento.

Comentarios. La malaria es una enfermedad de fácil diagnóstico con las técnicas que disponemos en nuestro

medio (analítica y confirmación del parásito). La dificultad en su diagnóstico radica en sospecharla en los pacientes con fiebre procedentes de áreas endémicas. Se debe iniciar tratamiento precoz según el parásito aislado y las resistencias del lugar de procedencia para evitar las posibles complicaciones generadas de la enfermedad.

P-22. PANDIAFISITIS SUBAGUDA COMPLICADA. Sandra Llorente Pelayo¹, María Jesús Caldeiro Díaz¹, Carmelo Arbona Jiménez², Mónica Rubio Lorenzo², Laura Alonso Viana², Ana Isabel Pastor Tudela¹, Luis de la Rubia Fernández¹, Beatriz Jiménez Montero¹. ¹Servicio de Pediatría. ²Servicio de Traumatología. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.*

Introducción. Las osteomielitis se clasifican según el tiempo de evolución. Las agudas son las más frecuentes pero ocasionalmente se presentan casos de evolución subaguda con comportamiento particular. El patógeno más frecuente es *S. aureus* y afecta generalmente a diáfisis de huesos largos. El diagnóstico se apoya en estudios analíticos, microbiológicos y de imagen. El tratamiento de elección es la antibioterapia prolongada reservando el desbridamiento quirúrgico para casos seleccionados.

Caso clínico. Varón de 14 años con dolor a nivel de tibia distal izquierda tras traumatismo hace 20 días. Refiere dolor mecánico y nocturno que cede con antiinflamatorios, afebril. Presenta edema y dolor a la palpación ósea, sin eritema, ni calor. La radiografía muestra dos imágenes radiolucidas de 14 y 21 mm en diáfisis tibial con reacción perióstica. RMN confirma imágenes compatibles con osteomielitis y absceso intraóseo. Hemograma normal, PCR y VSG normales. Hemocultivo negativo. Se inicia cloxacilina endovenosa 3 semanas continuando vía oral. Mejoría del dolor persistiendo tumefacción por lo que se repite RMN a las 6 semanas objetivando aumento del absceso intramedular y absceso subperióstico. Se realiza limpieza quirúrgica con ventana cortical y se inicia clindamicina endovenosa. En muestra microbiológica crece *Staphylococcus aureus* meticilin sensible. Evolución tórpi-da con drenaje de material hemopurulento. Se programa reintervención 6 días después con lavado quirúrgico y aplicación de vancomicina al foco. Buena evolución posterior.

Comentarios. Las osteomielitis generalmente evolucionan adecuadamente con antibioterapia endovenosa. No obstante, cuando la evolución no es favorable o existen colecciones o secuestros sin respuesta a tratamiento antibiótico es necesario el drenaje quirúrgico.

P-23. PARASITOSIS INTESTINAL EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

Patricia Bolívar Ruiz, Beatriz Salamanca Zarzuela, Paula Aguiar Jar, Marta Andrés de Álvaro, Marina Ginesa Sánchez Moreno. *Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. Las parasitosis intestinales constituyen una enfermedad frecuente, con importante morbimortalidad y prevalencia en países tropicales. Sin embargo, factores como la inmigración, los viajes internacionales o la adopción han hecho que su incidencia esté en aumento en los países desarrollados.

Caso clínico. Paciente de dos años que consulta por hallazgo de un parásito en una deposición del pañal. Cuadro catarral febril hace dos semanas, con deposiciones diarreas sin productos patológicos. Prurito anal y vómitos en las últimas 48 horas. Antecedente de viaje a Paraguay hace 12 meses. A la exploración física, abdomen distendido y globuloso, sin dolor a la palpación y sin hepatoesplenomegalia. Aportan parásito que impresiona de *Ascaris lumbricoides*, por lo que se realiza radiografía de tórax, con resultado normal. Se administra tratamiento con mebendazol con buena evolución. No se observaron larvas en el coprocultivo.

Comentarios. El *Ascaris lumbricoides* es el nematodo con capacidad de infestación humana de mayor tamaño. Los huevos se ingieren a través de alimentos contaminados. Las larvas eclosionan y atraviesan la pared intestinal, pudiendo migrar al pulmón. Durante esta fase, los pacientes pueden presentar fiebre y clínica respiratoria, en un cuadro conocido como síndrome de Loeffler o neumonitis eosinofílica. Mediante la tos y la deglución, reaparecen en el intestino delgado en su forma adulta, pudiendo dar síntomas gastrointestinales, aunque más frecuentemente permanecen asintomáticos. El diagnóstico se realiza por visualización del parásito o los huevos en heces, o bien de las larvas en el esputo. El tratamiento se realiza con mebendazol.

P-24. PEDICULOSIS PALPEBRAL, ¿SIMPLEMENTE DESINFECTACIÓN?

María Garmendia Amunarriz, Sandra Llorente Pelayo, Diana Gutiérrez Buendía, Ana Pastor Tudela, Raquel Aguado Antón, Alicia González de la Rosa, Rocío Cuesta González, Maite Leonardo Cabello. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La pediculosis en pediatría es frecuente, sin embargo la afectación de las pestañas es poco común. La mayoría de las ocasiones la infestación de las pestañas se produce por *P. pubis*, aunque en casos de gran parasitación de la cabeza es posible aislar la variedad capitis. El diagnós-

tico es microbiológico a través de la visualización directa. El tratamiento de elección es la retirada directa.

Casos clínicos. *Caso 1:* Varón de 4 años, acude por blefarorconjuntivitis persistente. A la exploración se observa eritema y descamación en reborde palpebral, visualizándose liendres y un parásito en base de pestañas. No infestación capilar. Se desparasita manualmente y se envía a microbiología, indentificándose *P. pubis*. Se inicia estudio de situación social. *Caso 2:* Varón de 5 años, consulta por hiperemia conjuntival y lesiones costrosas en base de pestañas. A la exploración se observa hiperemia conjuntival y lesiones nacaradas en base de pestañas, compatibles con liendres. Presenta además múltiples liendres en cuero cabelludo. Reconocen infestación reciente por piojos. *Caso 3:* Mujer, 1 año y medio, acude por prurito en cuero cabelludo habiendo objetivado parásitos. A la exploración se objetivan parásitos en cuero cabelludo, retroauricular y pestañas que impresionan de *P. pubis*. Se extraen y se analizan en microbiología donde confirman la sospecha por lo que se realiza consulta a trabajadora social.

Comentarios. Destacar la importancia del estudio de la variedad de parásito de la pediculosis palpebral puesto que el hallazgo de *P. pubis* obliga a descartar la posibilidad de contagio a través de abuso sexual.

P-25. ANILLOS VASCULARES: REGURGITACIÓN Y TOS NO SIEMPRE SON POR REFLUJO.

Ana Rosa Tardaguila Calvo, Antonia Jesús López López, Isabel Simal Badila, Ernesto de Diego García, Inmaculada Fernández Jiménez. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. Reflujo gastroesofágico y anillo vascular son dos entidades muy diferentes entre sí, tanto en su etiología, frecuencia como manejo, pero con un debut clínico similar.

Caso clínico. Varón de 12 años con síndrome de DiGeorge, arco aórtico derecho, con regurgitaciones y tos persistente con diagnóstico y tratamiento desde los 8 meses de reflujo y asma. Remitido a nuestra consulta para valoración de cirugía antirreflujo por empeoramiento clínico. Realizamos pHmetría no concluyente y tránsito en el que se objetiva una muesca en tercio esofágico superior sin episodios de reflujo. Ante la sospecha de compresión extrínseca se realiza angioRMN en la que se aprecia una arteria subclavia izquierda aberrante con nacimiento en el divertículo de Kommerell aneurismático, que condiciona un desplazamiento anterior del esófago y la traquea. Se confirma la sospecha de anillo vascular sintomático, decidiéndose conjuntamente con Cirugía cardiovascular observación y corrección quirúrgica,

consistente en resección del aneurisma y reimplante de la subclavia en la carótida, si empeoran los síntomas o aumenta la dilatación aneurismática.

Conclusiones. En un pequeño porcentaje de pacientes los anillos vasculares pueden condicionar una compresión de la tráquea y esófago clínicamente significativa, que frecuentemente se confunde con reflujo gastroesofágico o asma. Dado su tratamiento tan distinto, debemos pensar en esta rara posibilidad antes de tomar una decisión en un paciente con reflujo, pues una funduplicatura empeoraría el problema. El arco aórtico derecho con arteria subclavia izquierda aberrante desde el divertículo de Kommerell es un tipo muy infrecuente y que generalmente es sintomático en edad adulta.

P-26. FÍSTULA DEL SENO PIRIFORME (FSP). UN NUEVO ENFOQUE TERAPÉUTICO. Antonia Jesús López López, Isabel Simal Badiola, Ana Rosa Tardáguila Calvo, Ernesto Matías de Diego García, Inmaculada Fernández Jiménez, Sergio Obeso Aguera. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. Las FSP son malformaciones poco frecuentes del 3^{er} o 4^o arco branquial, que suelen manifestarse como abscesos cervicales y tiroiditis aguda supurativa recurrente. La exéresis completa del trayecto fistuloso ha sido el tratamiento clásico. Sin embargo, en la edad pediátrica, presenta un elevado número de complicaciones y una alta tasa de recidiva.

Caso clínico. Paciente varón de 6 años derivado a nuestra consulta tras presentar varios episodios de inflamación cervical izquierda en los meses previos, que cedieron con antibioterapia oral. Presenta nuevo episodio asociado a fiebre, por lo que se realiza ecografía cervical compatible con tiroiditis aguda supurativa. Se solicita TC con hallazgo de absceso cervical, requiriendo drenaje quirúrgico urgente. Tras la resolución del cuadro inflamatorio se realiza esofagograma que confirma la sospecha diagnóstica de FSP izquierdo. Se decide tratamiento conjunto con el Servicio de ORL, realizándose mediante microlaringoscopia directa por suspensión cauterización con pinza bipolar endoscópica del borde de la fistula, de las paredes circundantes del seno piriforme izquierdo y del primer centímetro de trayecto fistuloso. Es dado de alta a las 24 horas y controlado en consulta por un período de 10 meses, sin haber presentado complicaciones ni recidiva hasta el momento actual.

Comentario. El tratamiento endoscópico mediante electrocauterización del orificio fistuloso ofrece una alternativa segura y efectiva, con una tasa de recurrencia comparable al manejo quirúrgico abierto, y menor tasa de complicaciones.

P-27. HIPERPLASIA DE CÉLULAS NEUROENDOCRINAS, UNA NEUMOPATÍA INTERSTICIAL PROPIA DE LA INFANCIA. Sandra Llorente Pelayo, Ízaro Sánchez Hernández, Lucía Pérez Gómez, Elena Pérez Belmonte, María Jesús Cabero Pérez, Diana Álvarez González, Eva García Valle, Rocío Sancho Gutiérrez. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. Las enfermedades pulmonares intersticiales son un grupo de enfermedades infrecuentes de etiología variable incluida genética e infecciosa. En la infancia se suelen presentar en el primer año de vida y se manifiestan con taquipnea, dificultad respiratoria e hipoxemia. El pronóstico es variable, desde formas letales en neonatos hasta cuadros con resolución completa. Los corticoides son el tratamiento más utilizado. Es una indicación de trasplante pulmonar si presentan insuficiencia respiratoria grave dependiente de oxígeno o ventilación mecánica sin respuesta a otros tratamientos.

Caso clínico. Lactante varón de 4 meses, sin antecedentes de interés, con taquipnea y distrés de 1 mes de evolución. Exploración normal incluida cardiopulmonar. Saturación oxígeno 91%. Pruebas complementarias normales incluida Rx tórax. TACAR pulmonar con aéreas de consolidación parenquimatosa en lóbulos superiores. Cuadro compatible con hiperplasia de células neuroendocrinas. Actitud conservadora, no se realiza biopsia pulmonar. Precisa oxigenoterapia convencional en domicilio. No reagudizaciones respiratorias, crecimiento adecuado. A partir del año, disminución progresiva del distrés, retirada del oxígeno a los 2 años y exploración normal a los 3.

Comentarios. La hiperplasia de células neuroendocrinas es una forma no letal de neumopatía intestinal propia de la infancia, con edad media de aparición a los 3 meses. Se presenta como distrés respiratorio persistente, TACAR pulmonar con lesiones "en vidrio esmerilado" y biopsia pulmonar con hiperplasia de células neuroendocrinas en los bronquiolos (inmunohistoquímica). El pronóstico es bueno con persistencia de taquipnea y necesidad de oxígeno durante unos meses tras lo cual se consigue la resolución completa del proceso.

P-28. INFECCIÓN RESPIRATORIA POR MÚLTIPLES GÉRME- NES CAUSANDO HIPOXEMIA GRAVE. María Luisa Palacios Loro, Silvia Álvarez, Pilar de Ponga López, Corsino Rey Galán, Juan Mayordomo Colunga, José Andrés Concha Torre. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La insuficiencia respiratoria hipoxémica puede obedecer a múltiples causas, requiriéndose en ocasiones estrategias de ventilación agresivas, no exentas de

riesgos. Presentamos un caso clínico de infección respiratoria por múltiples gérmenes con una evolución tórpida y un manejo ventilatorio dificultoso.

Caso clínico. Niña de 16 meses trasladada a UCIP desde hospital comarcal por laringitis grave (Westley > 7). A su llegada se inicia tratamiento con adrenalina nebulizada, corticoides y ventilación no invasiva con heliox 70/30. Presenta aumento progresivo de dificultad respiratoria con hipoxemia grave, por lo que precisa ventilación mecánica. La radiografía de tórax muestra imagen de neumonía retrocardíaca y se inicia antibioterapia. En el aspirado traqueal se aíslan 6 gérmenes, 3 virus y 3 bacterias. A pesar de mejoría descenso de reactantes de fase aguda mantiene hipoxemia persistente (P/F < 100), con mala tolerancia a la manipulación, precisando sedoanalgesia y parálisis neuromuscular. Se estrategia ventilatoria de reclutamiento pulmonar con aumento de PEEP a 15 cmH₂O y ventilación en prono pasando a P/F > 200. Tras 24 horas se pasa a supino y se realizan maniobras de reclutamiento alveolar, que no son efectivas. Ausencia de mejoría en la oxigenación en los siguientes días por lo que se realiza TC torácico, que muestra enfisema intersticial en pulmón derecho, con atelectasias basales posteriores. Se modifica estrategia de ventilación, descendiendo presiones, presentando mejoría respiratoria progresiva hasta extubación al 15º día.

Comentarios. El manejo ventilatorio de esta paciente resultó muy dificultoso, respondiendo parcialmente a medidas típicas en el SDRA aunque no cumplía criterios radiológicos y mejorando tras varios días de soporte respiratorio y descenso de las presiones administradas. No está claro el papel jugado por la infección por múltiples gérmenes en el mantenimiento de la hipoxemia.

P-29. USO DE PALIVIZUMAB ENDOVENOSO EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA GRAVE POR VRS. Sandra Llorente Pelayo, Ízaro Sánchez Hernández, Mónica López Duarte, Elena Pérez Belmonte, María Jesús Cabero Pérez, Diana Álvarez González, Eva García Valle, Rocío Sancho Gutiérrez. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La infección por VRS en pacientes hemato-oncológicos se relaciona con elevada morbimortalidad. En estos casos está aprobado el tratamiento con ribavirina aunque su eficacia es controvertida. La administración endovenosa de palivizumab, anticuerpo monoclonal anti-VRS utilizado como profilaxis en pacientes de alto riesgo, es otra opción de tratamiento.

Casos clínicos. *Caso 1:* Niño de 3 años con leucemia aguda linfoblástica pre-B, en primera remisión completa y en fase de reinducción-1. Presenta fiebre y tos seca. EF normal incluida pulmonar. Cifra absoluta de 40 neutrófilos/ μ l. Rx de tórax normal. Antibioterapia con cefepime y fluconazol. Cultivos negativos. PCR VRS positiva en frotis nasal. A las 48 h, persiste fiebre y tos. ACP subcrepitantes bibasales. Cambio de antibiótico por meropenem y anfotericina B, asociando nebulizaciones. TAC pulmonar: lesiones en vidrio deslustrado en bases. Se administra palivizumab endovenoso sin incidencias. A las 24 horas, desaparición de la fiebre y disminución de la tos. *Caso 2:* Niña de 2 años con leucemia aguda linfoblástica pre-B, en fase de inducción. Presenta fiebre, tos y rinorrea. Exploración normal incluida pulmonar. Cifra absoluta de neutrófilos 300/ μ l. Rx tórax normal. Antibioterapia con cefepima, teicoplanina y micafungina. Cultivos negativos. PCR VRS positiva en lavado nasofaríngeo. A las 48 h, persiste fiebre. Se administra pavilizumab intravenoso. Desaparición de la fiebre en las siguientes horas, mejoría del cuadro respiratorio.

Comentario. Diferentes estudios han demostrado la eficacia y seguridad del palivizumab endovenoso en el tratamiento de la infección por VRS en pacientes hemato-oncológicos con resolución precoz de los síntomas y reducción de la estancia hospitalaria.

P-30. HALLAZGO DE QUILO EN CANAL INGUINAL DE PACIENTE INTERVENIDO POR SOSPECHA DE ESCROTO AGUDO. Carlos Hernández Díaz¹, Jacobo Montero García¹, Rosa Muguera Vellibre¹, Yaiza Galvan Féliz¹, Marta Ortega Escudero¹, Cristina Ruiz Hierro¹, Juan Valencia Ramos², José Manuel Gutiérrez Dueñas¹. ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. ²Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. Presentamos caso clínico de paciente intervenido por cuadro de escroto agudo en el que se evidenció líquido de aspecto quiloso en canal inguinal procedente de cavidad abdominal.

Caso clínico. Varón de 37 días de vida, antecedente de cólicos del lactante, trasladado por sospecha de hernia inguinal izquierda incarcerada. Cuadro de 4 horas de evolución de irritabilidad, rechazo de las tomas y aumento súbito del volumen escrotal bilateral. En Urgencias se redujo tumorción inguinal izquierda con persistencia de afectación del estado general y dolor a la palpación testicular izquierda.

Ante la persistencia de clínica de escroto agudo, se realizó exploración de canal inguinal izquierdo encontrando conducto peritoneo-vaginal permeable con salida de líquido

blanquecino-lechoso, teste izquierdo con datos de isquemia y agenesia de deferente. Se realizó laparotomía exploradora evidenciando gran cantidad de líquido blanquecino intrabdominal, malrotación intestinal con bandas de Ladd y linfangiectasia intestinal. Se realizó procedimiento de Ladd y herniotomía sin incidencias.

Se inicio nutrición parenteral total y 72 horas después, nutrición enteral con leche materna y fórmula con triglicéridos de cadena media presentando tolerancia y tránsito intestinal normales. Se dio de alta al 9º día con misma pauta de alimentación.

Conclusiones. La ascitis quilosa es un hallazgo poco común y se suele asociar con hernia inguinal incarcerada, malrotación intestinal, quistes mesentéricos y malformaciones linfáticas intrabdominales.

La presencia de quilo en canal inguinal podría ser indicación de exploración quirúrgica abdominal, ya que el tratamiento etiológico de la ascitis quilosa, es curativo en la mayoría de los casos.

P-31. AGENESIA DE VENA CAVA SUPERIOR DERECHA. Patricia Bolívar Ruiz, Beatriz Salamanca Zarzuela, Carlos Alcalde, Fernando Centeno Malfaz, Paula Aguiar Jar, Marta Andrés de Álvaro. *Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. La agenesia de alguna de las venas cavas supone una patología poco frecuente y con frecuencia asintomática. La agenesia de vena cava superior derecha (VCSD) con frecuencia se asocia con alteraciones del situs cardíaco, y su diagnóstico suele ser prenatal.

Caso clínico. Varón remitido a la consulta de Cardiología Pediátrica por diagnóstico prenatal de agenesia de vena cava superior. Período neonatal inmediato normal. Asintomático desde el punto de vista cardiovascular. Desarrollo ponderal normal hasta los 20 meses normal. No patología de índole vascular a ningún nivel. En ecocardiograma Doppler se confirma situs solitus con agenesia de VCSD con vena cava superior izquierda predominante drenando a seno coronario que se encuentra dilatado. Resto de exploración cardíaca normal. Se solicitan ecografías abdominal y de troncos supraórticos normales.

Conclusiones. La gran mayoría de los casos agenesia de VCSD, son pacientes asintomáticos y en caso de aparecer clínica esta es dependiente de anomalías asociadas. Las malformaciones más frecuentemente asociadas son la persistencia de VCSI (presente en la mayoría de ellos), anomalías del drenaje venoso y del situs (influyendo asplenia o poliesplenia y su repercusión inmunológica).

P-32. CIERRE PERCUTÁNEO DE COMUNICACIONES INTER-VENTRICULARES (CIVS) PERIMEMBRANOSAS MEDIANTE DISPOSITIVO NIT-OCCLUD (N-O). Jorge Suárez Álvarez¹, Iosune Alegría Echaury², María Teresa Viadero Ubierna¹, Jesús Garde Basas¹, Natalia Fernández Suárez¹, Ízaro Sánchez Hernández¹, Eva Peña Sainz-Pardo¹, Estíbaliz Alegría Echaury¹. *Servicio de Pediatría. ¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.*

Introducción. Las CIVs perimembranosas grandes suelen precisar cierre, habitualmente quirúrgico. El cierre percutáneo con dispositivos tipo Amplatzer se desestimó hace años por aparición de complicaciones graves (BAVC). Recientemente se diseñó un nuevo dispositivo (N-O) con el que hay publicados > 350 casos cerrados sin complicaciones. Son candidatos: pacientes > 10 kg con CIV perimembranosa < 8 mm y Qp/Qs > 1,3 sin IAo ni extensión posterior. Describimos 3 pacientes nuestros tratados con esta técnica en el Gregorio Marañón.

Casos clínicos. *Caso 1:* Niño de 4 años. RNPT de 29 sem con tetralogía de Fallot. 14 m: corrección completa, quedando CIV residual de 4-6 mm. Con 29 meses (25/11/15) (P: 9,5 kg) se decide cierre percutáneo de esta con dispositivo N-O (8 × 6 mm) por sobrecarga de cavidades izquierdas. *Caso 2:* Niña de 2,5 años. Síndrome de Down. ERGE. Estancamiento ponderal. CIV perimembranosa 6 mm moderadamente restrictiva, con dilatación progresiva de cavidades izquierdas. Cierre de la misma (9/10/17) (P: 8 kg) con dispositivo N-O (10 × 6 mm). *Caso 3:* Niña de 3 años. Síndrome de Down. SAHS. Retraso ponderal. CIV perimembranosa 6-8 mm moderadamente restrictiva, con dilatación progresiva de cavidades izquierdas. Cierre de la misma (2/3/18) (P: 12 kg) con dispositivo N-O (12 × 8 mm).

El segundo caso presentó una trombosis arterial femoral que se resolvió con anticoagulantes e.v. No hubo otras complicaciones y ninguno muestra *shunt* residual.

Comentarios. En los 3 pacientes con CIV perimembranosa que cumplían los criterios requeridos para cierre percutáneo con el nuevo dispositivo N-O el procedimiento fue técnicamente posible y eficaz. Hasta el momento no han presentado arritmias por lo que parece una alternativa segura a la cirugía.

P-33. DENERVACIÓN SIMPÁTICA CARDÍACA EN NIÑA CON TAQUICARDIA VENTRICULAR DE MAL CONTROL. María Teresa Viadero Ubierna¹, Iosune Alegría Echaury², Jesús Garde Basas¹, Natalia Fernández Suárez¹, Jorge Suárez Alonso¹, Ízaro Sánchez Hernández¹, Eva Peña Sainz-Pardo¹, Luis Capa García³. *Servicio de Pediatría. ¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ³Centro de Salud El Sardinero. Santander.*

Introducción. La denervación simpática cardíaca (simpatectomía) es un tratamiento de segunda línea para canalopatías adrenalina-sensibles refractarias a fármacos. Existen pocas series publicados en la edad pediátrica. Presentamos un caso tratado eficazmente mediante esta técnica.

Caso clínico. Niña de 5 años con diagnóstico casual de extrasístoles ventriculares (EV) polimorfas frecuentes durante un proceso de faringoamigdalitis estreptocócica. Sin antecedentes de interés ni historia familiar de muerte súbita. La ecocardiografía muestra un corazón estructuralmente normal. El holter-24 h: EV frecuentes de dos morfologías distintas, con dobletes, tripletes, bigeminismo, taquicardia ventricular no sostenida (TVNS) y sostenida (TVS) bidireccional. La ergometría: rachas de TVS con el esfuerzo físico y las emociones. El estudio genético posterior confirmó una mutación en *KCNJ2* (QT largo tipo 7). A pesar de tratamiento médico con nadolol y flecainida a dosis altas no se consigue control de la arritmia, por lo que se remite a la Unidad de referencia de arritmias pediátricas (HSJD. BCN). Allí se realiza simpatectomía izquierda por video-laparoscopia, sin presentar complicaciones. Con ello se consigue por fin control de la arritmia con desaparición de la extrasístolia y alta al domicilio de la paciente. En el seguimiento actual, después de 2 años, permanece asintomática, con alguna EV aislada (sin formas complejas) coincidiendo con bajada de dosis de la medicación con ganancia ponderal.

Comentarios. La simpatectomía es una técnica efectiva y segura en pediatría como coadyuvante al tratamiento de arritmias graves por canalopatías, tanto en pacientes intolerantes como resistentes a la medicación. En nuestro caso no hubo complicaciones y resultó eficaz.

P-34. EPISODIO APARENTEMENTE LETAL Y ARRITMIA VENTRICULAR EN PERÍODO NEONATAL. Paula Gacimartín Valle, María Cristina Tobar Mideros, Marta Palomares Cardador, César Villa Francisco, Asunción Pino Vázquez, María Miñambres Rodríguez, Vanesa Matías del Pozo, Sara Rellán Rodríguez. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La taquicardia ventricular (TV) es una entidad infrecuente en pediatría. En un primer momento es fundamental valorar la repercusión hemodinámica y afinar el diagnóstico para adoptar la actitud terapéutica más adecuada.

Caso clínico. Recién nacida a término de peso adecuado para la edad gestacional. Hermana con CIA *ostium secundum*. Embarazo controlado. No se puede constatar antecedente infeccioso periparto. Cesárea en semana 37 por arritmia

fetal. Ingreso en neonatología, con estudio ecocardiográfico normal y detección electrocardiográfica de extrasístolia ventricular monomorfa, con origen en ventrículo derecho. Ingreso en UCI neonatal a los 6 días de vida por episodio aparentemente letal, constatándose episodios de taquicardia ventricular no sostenida (TVNS). Exploración física: peso 2,5 kg (-0,8 DS), FC 142 lpm. Normotensa. Buen estado general, color normal. Pulsos palpables y simétricos. ACP: ruidos cardíacos arrítmicos, sin soplos. Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica normales. PCR y PCT negativas. ProBNP 12.087 pg/ml, troponina T 152 pg/ml. Estudio microbiológico de infección por virus cardiotropos negativo. Holter: episodios frecuentes de TVNS. Radiografía de tórax normal. RM cardíaca: cavidades cardíacas y función normales, con realce tardío no valorable. Controles ecocardiográficos seriados sin alteraciones. Preciso tratamiento con amiodarona y esmolol a dosis altas para un control adecuado.

Comentario. La TV puede identificarse en diferentes patologías cardíacas o, como en nuestro caso, en un corazón normal, con buen pronóstico una vez superada la fase aguda. El comportamiento clínico ha sido muy similar al de las miocarditis, a pesar de no haber podido confirmar un claro antecedente infeccioso.

P-35. MARCAPASOS ENDOCAVITARIO COMO TRATAMIENTO DE "CONVULSIONES FEBRILES". María Luisa Palacios Lobo, Laura Carreras Ugarte, Sara Gutiérrez Alonso, José María Pérez Roldán, David Calvo Cuervo, Ana Vivanco Allende. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Los episodios paroxísticos son cuadros heterogéneos, habitualmente de origen neurológico (epilépticos y no epilépticos), aunque en ocasiones de causas diferentes. Es importante identificar signos de alarma que orienten hacia otras patologías que pueden requerir tratamiento urgente.

Caso clínico. Niña de 8 años trasladada en helicóptero desde hospital comarcal por convulsiones en contexto febril. Tres días antes del ingreso había iniciado fiebre, disminución de ingesta y dolor torácico, por lo que ingresa en hospital de origen. Doce horas antes del traslado inicia episodios paroxísticos de corta duración, consistentes en desconexión del medio, revulsión ocular, respiración profunda y rigidez, con buena recuperación neurológica posterior y amnesia, sin período postcrítico.

A su llegada a nuestro centro presenta Glasgow de 7/15, frialdad acra y pulsos muy lentos. En la monitorización ini-

cial se objetiva bloqueo AV completo con ritmo de escape a 20-30 lpm y tensión arterial de 80/30 mmHg. Se procede colocación urgente de marcapasos intracavitario programado con frecuencia de 80 lpm, mejorando presión arterial y perfusión periférica. Tras estabilización se traslada a Hospital de referencia. Se realizaron serologías sanguíneas (incluyendo borrelia y tripanosoma), recibiendo resultado positivo para herpes virus 7.

Comentario. El cuadro clínico, inicialmente diagnosticado como convulsiones, tras el diagnóstico de bloqueo aurículo-ventricular completo impresiona de síncope provocados por bajo gasto cardíaco.

La causa principal de bloqueo AV agudo en la infancia es la lesión del sistema de conducción secundaria a cirugía cardíaca, también puede producirse como complicación infrecuente de miocarditis infecciosa, enfermedad de Lyme o en el contexto de algunas enfermedades sistémicas.

P-36. REVISIÓN DE LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN 17 AÑOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO. Ízaro Sánchez Hernández, María Teresa Viadero Ubierna, Iosune Alegría Echauri, Jorge Suárez Alonso, Jesús Garde Basas, Natalia Fernández Suárez. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivos. 1) Revisar y describir los casos de enfermedad de Kawasaki (EK) diagnosticados en los últimos 17 años en un hospital terciario, centro de referencia de nuestra Comunidad. 2) Comparar los datos con lo descrito en la literatura.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos ingresados por EK entre septiembre de 2000 a septiembre de 2017. Analizamos: distribución por años, estación, sexo, edad, forma de presentación, manifestaciones clínicas, alteraciones analíticas, tratamiento y afectación cardiovascular (CV).

Resultados. 50 pacientes fueron diagnosticados de EK (media: 3 casos/año). En 2015 hubo 9 casos. El 48% se presentaron en invierno. No hubo diferencias significativas por sexo (52/48%). El 70% tenían entre 6 meses y 5 años, el 10% menos de 6 meses. Mediana: 36 meses. Forma de presentación: 70% EK completo, 28% incompleto y 2% atípico. No hubo recurrencias. El criterio diagnóstico más presente fue la fiebre (98%) y el que menos la adenopatía (18%). Otras manifestaciones frecuentes fueron irritabilidad y clínica gastrointestinal. El 90% tuvieron elevación de PCR/VSG y leucocitosis. El 96% recibió tratamiento con gammaglobulina (IVIG) (96% 1 dosis, 4% 2 dosis) y el 100% con AAS. 5 pacientes (10%) necesitaron fármacos adicionales: corticoide (2), infliximab (1) o clopidogrel (4). Encontramos lesiones

coronarias en 10 casos (20%): 8 ectasia transitoria –media hasta resolución 1,8 meses– y 6 aneurismas (AC) –28% no se resolvieron–. No tuvimos AC gigantes ni otras manifestaciones CV significativas. Los días hasta recibir tratamiento fueron, en toda la serie: media 6,9 días/ mediana 5 días y en los que presentaron AC: 7,5/5 respectivamente.

Conclusiones. Nuestra serie es similar a lo descrito en la literatura en cuanto a epidemiología, clínica y hallazgos analíticos. El 20% de los pacientes presentaron lesiones coronarias, sin diferencias por edad o días hasta tratamiento. La mayoría se resolvieron en el primer año.

P-37. SÍNDROME DE QT LARGO ASINTOMÁTICO DE DIAGNÓSTICO CASUAL. LA IMPORTANCIA DE HACER UN ECG. Jorge Suárez Álvarez¹, Iosune Alegría Echauri², María Teresa Viadero Ubierna¹, Jesús Garde Basas¹, Natalia Fernández Suárez¹, Ízaro Sánchez Hernández¹, Eva Peña Sainz-Pardo¹, Estívaliz Alegría Echauri¹. Servicio de Pediatría. ¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

Introducción. El síndrome de QT largo (SQTL) es una canalopatía arritmogénica caracterizada por una alteración en la repolarización ventricular. Tiene una presentación clínica variable, desde asintomático hasta síncope recurrentes o muerte súbita. El diagnóstico genético permite orientar específicamente el tratamiento y hacer *screening* en familiares asintomáticos. Presentamos dos casos de diagnóstico casual de SQTL, remarcando la importancia de una práctica tan sencilla y poco invasiva como el ECG

Casos clínicos. *Caso 1:* Niño de 10 años, sin antecedentes familiares (AF) de interés, remitido a consulta tras detección de intervalo QT de 550 ms en ECG del reconocimiento deportivo. El estudio genético, confirmó mutación en KCNQ1 (SQTL1). Se completó estudio a familiares de primer grado resultando también portadores su madre y un hermano. *Caso 2:* Niña de 12 años que acude a Urgencias tras episodio autolimitado de dolor torácico inespecífico. El ECG muestra un QTc de 540 ms sin otras anomalías. Sin AF de interés. El estudio genético confirmó mutación patogénica en KCNH2 (QTL2), ausente en sus padres.

En ambos pacientes el ECOCG descartó cardiopatía estructural y Holter 24 h y ergometría fueron normales. Se indicó tratamiento betabloqueante, evitación de fármacos prolongadores del QT y restricción de ejercicio físico. En la primero se contraindicaron especialmente los deportes acuáticos y en la segunda los sustos/sobresaltos.

Comentarios. El diagnóstico precoz de este tipo de canalopatías es fundamental para prevenir desenlaces arritmias

malignas o MS. El ECG es una prueba sencilla e inocua que creemos se debe realizar de rutina en el reconocimiento deportivo o ante cualquier clínica cardiovascular.

P-38. SORPRESA EN EL ELECTROCARDIOGRAMA. Iraia Doval Alcalde, Sara Corral Hospital, Gema Serena Gómez, Gracia Javaloyes Soler, María Cabanillas Boto, María Teresa Cantero Tejedor, María del Carmen Ureña Leal, Jesús María Andrés de Llano. *Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA).*

Introducción. El flutter auricular neonatal es una taquiarritmia de etiología desconocida, con incidencia de 1/50.000 nacidos vivos. Prenatalmente puede asociar hidrops fetal, mientras que en neonatos puede evolucionar a insuficiencia cardíaca congestiva. Se diagnostica mediante EKG y el tratamiento consiste en restablecer el ritmo sinusal.

Caso clínico. Recién nacido mediante cesárea a las 36+1 semanas gestación, tras registro obstétrico de taquicardia fetal. No factores de riesgo prenatales. Apgar 9/10. REA 1.

Al nacimiento, ante el hallazgo electrocardiográfico de taquicardia a 250 lpm de QRS estrecho, se monitoriza y se canaliza vena umbilical. Según protocolo, se administra adenosina intravenosa a 100 µg/kg y 200 µg/kg. Tras la segunda dosis se evidencia registro sugestivo de flutter. En ausencia de reversión a ritmo sinusal, es trasladada a UCI Neonatal del hospital de referencia. El ecocardiograma previo al traslado confirmó la normalidad estructural del corazón y ausencia de disfunción sistólica.

Se traslada con CPAP nasal (PEEP 5 mmHg y FiO₂ 0,23) por distrés respiratorio. En UCI Neonatal, previa sedación, se realiza cardioversión eléctrica a 1 J/kg que resulta efectiva, manteniéndose en ritmo sinusal hasta el alta.

Comentario. Solo el 7% de las taquiarritmias supraventriculares corresponden al flutter auricular. El estudio ecocardiográfico es necesario ya que suelen asociar cardiopatías estructurales. Una vez establecido el ritmo sinusal, con el objetivo de evitar la insuficiencia cardíaca congestiva, no suele ser necesaria profilaxis farmacológica por la baja frecuencia de recidivas.

P-39. TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR (TPSV) E INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC): RELACIÓN POCO FRECUENTE PERO ESPERABLE. Diana Katherine Segura Ramírez, Ana Vivanco Allende, María Luisa Palacios Loro, Silvia Álvarez Álvarez, Andrés Concha Torre, José María Pérez Roldán, Aleida Ibáñez Fernández. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La TPSV es la arritmia más frecuente en niños; prolongada en el tiempo puede ocasionar *shock* cardiogénico e IC, como en el caso que se describe a continuación.

Caso clínico. Niña de 3 años de edad que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) por TPSV que no revierte tras maniobras vagales, 3 dosis de adenosina y una dosis de amiodarona administradas en hospital comarcal de origen. Asociaba tos, decaimiento y vómitos de 4 días de evolución a tratamiento con salbutamol. A su llegada, tras acceso de tos, revierte la taquicardia a ritmo sinusal (RS); iniciándose tratamiento con flecainida. A las 12 horas de ingreso presenta disnea súbita, taquicardia de 130 lpm, auscultación con ritmo de galope, crepitantes bilaterales y hepatomegalia. En ecografía y radiografías torácicas se objetivan signos compatibles con edema pulmonar agudo; discreta hipertransaminasemia, troponina T normal y elevación de NTProBNP. En ecocardiograma se observan fracción de eyección de 50%, disfunción diastólica e insuficiencia mitral leve-moderada. Ante IC aguda se administra furosemida, restricción de líquidos al 60% y se suspende flecainida. Posteriormente nuevo episodio de TPSV que revierte a RS finalmente con amiodarona. Mejoría clínica que permite cambio a flecainida en las 24 horas previas al alta.

Comentario. Aunque la mayoría de los pacientes con TPSV tienen un curso leve, es conveniente recordar en los cuadros prolongados y con factores de riesgo (uso de antiarrítmicos, aporte de líquidos), la posibilidad de complicaciones para garantizar su diagnóstico y manejo precoces.

P-40. TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA (TRC) EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC) AVANZADA. María Teresa Viadero Ubierna¹, Iosune Alegría Echauri², Jesús Garde Basas¹, Natalia Fernández Suárez¹, Jorge Suárez Alonso¹, Izaro Sánchez Fernández¹, Eva Peña Sainz-Pardo¹, Víctor Manuel Balbás Liaño³. ¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. ²Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ³Hospital Comarcal Sierrallana. Torrelavega.

Introducción. La TRC constituye uno de los principales avances en el tratamiento reciente de la IC. Se trata de contrarrestar eléctricamente de forma artificial, las alteraciones mecánicas secundarias a trastornos de activación eléctrica que suelen observarse en pacientes con IC y que condicionan un empeoramiento de esta, para evitar/retrasar la necesidad de trasplante cardíaco (TC). Presentamos una niña tratada satisfactoriamente con TRC.

Caso clínico. Diagnóstico prenatal (semana 25) de BAVC (45 lpm) + MCD con disfunción severa. Recibe tratamiento

transplacentario con simpaticomiméticos. Cesárea programada en semana 35 en Hospital Gregorio Marañón. Implante precoz de marcapasos (MCP) VVI (electrodo en VD) y necesidad de soporte en ECMO 72 horas. Progresiva mejoría y alta con tratamiento médico de IC (digoxina, diuréticos, IECAS, betabloqueantes). A los 9 meses, inestabilización grave por proceso infeccioso requiriendo ventilación mecánica e inotrópicos e.v.: adrenalina, noradrenalina, dopamina, milrinona y levosimendán (ciclos). Se discute necesidad de inclusión en lista de TC pero, destacando ECG con BRI (QRS > 120 ms) y en la eco datos de asincronía inter e intraventricular, se decide intentar TRC implantando electrodo epicárdico en VI. Alta 4 meses después tras mejoría progresiva. Actualmente, con 4 años de edad, está en clase funcional I con solo IECAS y betabloqueantes, cifras de BNP bajas, ECG con QRS de 100 ms, FEVI 55% y normalización de los parámetros ecográficos previos de asincronía,

Comentarios. La TRC en nuestra paciente fue segura y factible, ayudando a mejorar la clase funcional, el remodelamiento inverso del VI y permitiendo retrasar la indicación de TC.

P-41. USO DE INTERFERÓN-BETA (IFN-1B) SUBCUTÁNEO EN NIÑO CON MIOCARDITIS VIRAL. María Teresa Viadero Ubierna¹, Iosune Alegría Echauri², Jesús Garde Basas¹, Natalia Fernández Suárez¹, Jorge Suárez Alonso¹, Ízaro Sánchez Fernández¹, Eva Peña Sainz-Pardo¹. *Servicio de Pediatría. ¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.*

Introducción. El IFN-1B posee propiedades antivíricas, antiproliferativas e inmunomoduladoras estando indicado como tratamiento específico de algunas miocarditis virales; si bien su uso aun está fuera de ficha técnica.

Caso clínico. Lactante de 17 meses que acude a urgencias en *shock* cardiogénico. Se evidencia miocardiopatía dilatada con disfunción biventricular severa. Ingresado durante 5 semanas, presenta mejoría progresiva pudiendo ser dado de alta con tratamiento médico para la insuficiencia cardíaca (IC). Presenta una FEVI del 30-35% con cifras de BNP altas y carga viral de parvovirus B19 (PVB19) en ascenso a pesar de tres dosis de gammaglobulina, por lo que se plantea la necesidad de biopsia endomiocárdica para confirmación etiológica y tratamiento específico. Se confirma infiltrado linfocitario y PCR positiva para PVB19, iniciando tratamiento con corticoides e IFN-1B sc durante 6 meses (4 millones de unidades, 3 días/semana), sin presentar reacciones adversas al mismo. Recibe además varios ciclos periódicos de levosi-

mendan e.v. La evolución a los 9 meses ha sido muy buena: mejoría de la FEVI (50%), normalización de las cifras de BNP y ausencia de descompensaciones.

Comentarios. El diagnóstico definitivo de miocarditis es histológico, siendo la biopsia endomiocárdica la técnica diagnóstica de elección. En caso de confirmarse etiología vírica el tratamiento específico puede mejorar el pronóstico. Debido a su alta invasividad y riesgos se limita su realización a casos de evolución tórpida, como fue el nuestro. El IFN-1B está indicado en caso de infección confirmada por PVB19. Nuestro paciente lo toleró bien y creemos que ayudó a su mejoría.

P-42. VENTANA AORTO-PULMONAR DIAGNOSTICADA EN UNA LACTANTE. María Teresa Viadero Ubierna¹, Iosune Alegría Echauri¹, Jesús Garde Basas¹, Jorge Suárez Alonso¹, Ízaro Sánchez Fernández¹, Eva Peña Sainz-Pardo¹, Teresa Cantero Tejedor², Elena Güemes Veguillas³. *Servicio de Pediatría. ¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Hospital Río Carrión. Palencia. ³C.S. El Astillero.*

Introducción. La ventana aorto-pulmonar (VAP) es una anomalía rara. Representa únicamente el 0,2-0,6% de las cardiopatías congénitas con menos de 400 casos reportados desde su descripción. El diagnóstico ecográfico es difícil, precisando un alto nivel de sospecha y siendo en ocasiones necesario confirmarlo mediante cateterismo. La mayoría de los casos se presenta de forma aislada, sin otras malformaciones cardíacas ni extracardíacas. Presentamos una lactante afecta de esta infrecuente patología.

Caso clínico. Lactante de 1 mes de edad remitida a la consulta de cardiología infantil por soplo cardíaco. Clínicamente se encontraba asintomática. Las ecografías prenatales fueron normales y no tenía otras anomalías. En la ecocardiografía inicial presentaba ligera dilatación de cavidades izquierdas y un shunt izquierda-derecha (ID) a nivel aorto pulmonar no restrictivo compatible con VAP, sin otras malformaciones asociadas. En los siguientes controles muestra dilatación progresiva de cavidades izquierdas y datos clínicos de IC a pesar de tratamiento médico (diuréticos e IECAs). Se remite al H. Gregorio Marañón de Madrid donde es intervenida quirúrgicamente a los 3 meses de edad (cierre con parche del defecto). No hubo complicaciones postoperatorias con evolución posterior: normalización de la dilatación de cavidades izquierdas y retirada del tratamiento médico.

Comentarios. La VAP es una patología que debe sospecharse ante sobrecarga de cavidades izquierdas no explicada por *shunts* ID a otro nivel. En nuestro caso no fue necesario el cateterismo para el diagnóstico. Es fundamental la corrección

quirúrgica precoz antes de los 6 meses de vida para evitar el desarrollo de vasculopatía pulmonar irreversible.

P-43. ABORDAJE DE LA ATRESIA ESOFÁGICA LONG-GAP. A PROPÓSITO DE UN CASO. Yaiza Galván Félix, Jacobo Montero García, Carlos Hernández Díaz, Marta Ortega Escudero, Cristina Ruiz Hierro, Rosa Muguerza Bellivre, José Manuel Gutiérrez Dueñas. *Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. Presentamos el caso de una AE long-gap corregida mediante la técnica de Collis-Nissen. A pesar de que el esófago nativo es el conducto de elección para la reconstrucción, en ocasiones son necesarias técnicas de sustitución esofágica.

Caso clínico. Varón pretérmino de 34 semanas de gestación con sospecha antenatal de atresia esofágica tipo I. En la exploración física al nacimiento fenotipo sindrómico (posteriormente se confirma síndrome de disostosis mandibulofacial con microcefalia) y radiografía de tórax con presencia de aire distal. A la semana de vida se realizó fibrobroncoscopia flexible, hallándose fístula tráqueo-esofágica a nivel de la carina y medición de la distancia entre cabos esofágicos de 5 cm, confirmando el diagnóstico de AE long-gap con fístula. Optamos por una anastomosis tardía, realizándose cierre de la fístula más gastrostomía. Tras un período de 3 meses y ante la persistencia de una distancia entre cabos de 4 cuerpos vertebrales, se decidió sustitución esofágica mediante la técnica de Collis-Nissen: se creó un tubo con la curvatura menor del estómago, utilizando el fundus gástrico restante para realizar una funduplicatura. En el tránsito realizado a la semana de la cirugía, paso adecuado de contraste a través de la anastomosis y no se apreciaban fugas. Se mantuvo con alimentación enteral de forma exclusiva y al mes y medio postoperatorio se inició alimentación por boca.

Conclusiones. La técnica de Collis-Nissen es un procedimiento seguro que permite realizar una anastomosis libre de tensión con una vascularización excelente, previene el reflujo gastroesofágico y presenta buenos resultados funcionales.

P-44. CECOURETEROCELE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA INTERLABIAL NEONATAL. Isabel Simal, Ana Rosa Tardáguila, Antonia J. López López, Inmaculada Fernández, Ernesto M. de Diego García. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. El diagnóstico diferencial de una masa interlabial de aparición espontánea en un neonato puede ser

complicado, especialmente si tenemos en cuenta su escasa frecuencia.

Caso clínico. *Caso 1:* Niña de 9 días de vida que acudió a Urgencias por aparición de una masa violácea blanda entre ambos labios mayores, en el contexto de hábito estreñido. Se identificó el introito vaginal (posterior e independiente de la masa) de apariencia normal, y se realizó sondaje uretral por la zona anterior sin incidencias. La ecografía abdominal realizada reveló un riñón derecho normal y un riñón izquierdo dúplex con uréter ectópico y ureterohidronefrosis del pielón superior (a tensión). Con el diagnóstico de cecooureterocele o ureterocele ectópico obstructivo, se realizó punción y drenaje del mismo consiguiendo su retracción y la disminución de la ureterohidronefrosis en la ecografía posterior. *Caso 2:* Recién nacida a término con sospecha prenatal de riñón derecho atrófico que presentó al nacimiento tumoración blanda que protruye por introito vaginal con maniobras de Valsalva. La ecografía no identificó riñón derecho, pero sí una estructura tubular retrovesical ipsilateral. Se realizó drenaje de la masa con salida de orina y desaparición de la misma. El estudio de imagen objetivó un riñón derecho displásico no funcionando sin reflujo vesicoureteral.

Comentario. El diagnóstico diferencial de una masa interlabial en período neonatal debe hacernos pensar en esta infrecuente presentación de ureterocele ectópico, que precisa realización de pruebas de imagen para completar el estudio, así como tratamiento para la resolución de la obstrucción.

P-45. EL GRAN DESAFÍO: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN PLANTA DE MATERNIDAD EN EL PREMATURO TARDÍO. Carolina Santos Lorente, Daniel Pérez González, Rocío Cuesta González, Andrea Gómez Arce María Justel Rodríguez, Ana Orizaola Ingelmo, Estíbaliz Alegría Echaury, Pilar Gortázar Arias. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivos. Analizar las tasas de lactancia materna en los prematuros tardíos atendidos en la Planta de Maternidad de un Hospital Tercer Nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de recién nacidos prematuros tardíos (RNPT) atendidos en Planta de Maternidad de nuestro hospital entre 01/01/2017 y 31/12/2017.

Resultados. De 3.204 RN en 2017, 2.865 (89%) fueron a Planta de Maternidad; 69 (2,4%) eran prematuros tardíos entre 35+0 y 36+6 semanas; peso medio nacimiento 2.638 g; 16% fueron embarazos gemelares. Estancia media en Maternidad 89,4 horas. Pérdida ponderal media al alta: 4,4%. Deseo materno amamantamiento al nacimiento

80%. Administración suplementos fórmula artificial 65% (73% prescripción médica: pérdida peso (36%), lactancia ineficaz (27%), hipoglucemia (18%) y patología materna (15%); 22% suplementos por decisión materna. Al alta de Maternidad, tasa de lactancia materna exclusiva del 18% (11,5% no recibieron ningún suplemento), lactancia mixta 55% y lactancia artificial 28% (75% por deseo materno desde el nacimiento).

Conclusiones. La lactancia materna exclusiva es infrecuente en Prematuros tardíos atendidos en Planta de Maternidad, a pesar de ser esta la opción más deseada por las madres. Es necesario la formación de los profesionales implicados en la atención a la madre y al RN prematuro para conseguir una lactancia materna eficaz: contacto piel con piel precoz; valoración diaria de la toma; suplementos bajo prescripción médica, preferiblemente de LM; extracción periódica de LM en primeras horas; seguimiento programado y apoyo tras el alta hasta conseguir lactancia eficaz con ganancia de peso adecuada.

P-46. EL IMPORTANTE MANEJO POSTNATAL DE UNAS VÁLVULAS DE URETRA POSTERIOR. Agnes Molnar, Belén Pontón Martino, Cristina Pérez Costoya, Sarah Barnes Maraño, Diana Carolina Lara Cárdenas, Cristina Granell Suárez, Víctor Álvarez Muñoz, Ángela Gómez Farpón. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Las válvulas de uretra posterior (VUP) son la causa más frecuente y grave de uropatía obstructiva bilateral en la edad pediátrica. Afecta exclusivamente al varón, y como consecuencia del daño retrógrado prenatal que se produce, hasta el 40% acabará en enfermedad renal crónica. Aunque el diagnóstico suele ser prenatal, los casos menos severos pueden pasar desapercibidos.

Caso clínico. Lactante varón de 3 semanas de vida diagnosticado prenatalmente de ureterohidronefrosis derecha. En la ecografía postnatal de 2 semanas de vida se confirma una dilatación ureteral derecha, riñón derecho con buena diferenciación corticomedular y un riñón izquierdo atrófico. Se solicita CUMS para estudio de RVU, apreciando una vejiga de lucha, con uretra posterior dilatada e imagen de VUP, sin objetivando RVU. La bioquímica preoperatoria muestra una función renal dentro de la normalidad, por lo que se sonda al paciente y bajo profilaxis antibiótica se programa una cistoscopia en la que se confirman las VUP, que se resecan, y se aprecia una vejiga trabeculada con pseudopólipos. En el postoperatorio presenta una infección urinaria febril por *E. coli*. En el seguimiento se confirma la ausencia de VUP

en la CUMS sin RVU que se correlaciona con la cistoscopia de control, con mejoría evidente de la trabeculación vesical en la misma.

Comentario. Las VUP pueden presentar un espectro clínico variable, con diferentes grados de gravedad. En el neonato varón con dilatación unilateral y displasia contralateral, uno de los diagnósticos que debemos tener en cuenta son las VUP, pues el diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales.

P-47. ENFERMEDAD METABÓLICA. UN RETO DIAGNÓSTICO. Estíbaliz Garrido García¹, Alberto de Juan Álvarez², Marta Telenti¹, María José Ordiz¹, Covadonga Tomé Nestal¹, Cristina Rodríguez Rodríguez³. ¹Hospital del Oriente de Asturias. ²Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³Hospital San Agustín. Asturias.

Introducción. El diagnóstico de las alteraciones de la betaoxidación de los ácidos grasos requiere un alto índice de sospecha. Sus diferentes formas de presentación un reto diagnóstico.

Caso clínico. Neonato mujer de 20 horas de vida, pretérmino tardío de 35 semanas, que debuta de forma brusca, estando en el nido y en horario de guardia, en parada respiratoria. Antecedentes familiares, gestacionales y parto: Madre de 33 años, hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina. Grupo sanguíneo/Rh: AB Positivo. Gestaciones 5, partos por cesárea 3, abortos 1 (G5/P3/A1), hijos vivos de otra pareja. Serologías y cultivo estreptococo grupo B (SGB) materno negativos. Amniorrexia < 12 h. Parto por cesárea, por cesárea anterior. Apgar 9/10. PRN 2,8 kg. Se inician maniobras de resucitación cardiopulmonar neonatal (RCP-N) según *European Resuscitation Council* (ERC) durante hora y media, permitiendo la presencia de los progenitores, presentando un total de una parada respiratoria y tres PCR. Intentando abarcar todos los posibles diagnósticos diferenciales causantes de la parada, se le administró antibioterapia empírica con cefotaxima i.v y prostaglandinas i.v, sin éxito. Última analítica: gasometría venosa pH < 6,8, pCO₂ 54 mmHg, pO₂ 73 mmHg. Hemograma normal y PCR 4,34 mg/L. Tras el fallecimiento, se realiza necropsia, en el que se informa de error congénito del metabolismo, déficit de ácidos grasos de cadena larga.

Comentario. Los trastornos del metabolismo han demostrado ser cuantitativamente poco frecuentes dentro de las causas de muerte súbita inesperada (3-5%). Sin embargo, su diagnóstico es fundamental no solo para explicar la muerte, sino para la planificación de futuros embarazos.

P-48. LA FOCOMELIA NO ES SOLO SINÓNIMO DE TALIDOMIDA. SÍNDROME DE TAR, DESCRIPCIÓN DE UN CASO. Laura Merayo Fernández, Silvia Arriola Rodríguez-Cabello, Ana Orizaola Ingelmo, María Garmendia Amunarriz, Sonia Vilanova Fernández, David González Pérez, Diana Gutiérrez Buendía, Jorge Suárez Alonso. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. El síndrome de trombocitopenia y aplasia radial (TAR) se caracteriza por la ausencia de radio bilateral con presencia de pulgares y trombocitopenia congénita o de inicio temprano que tiende a resolverse. Afecta a menos de 1/100.000 nacidos vivos. Puede asociar otras anomalías esqueléticas, renales y cardíacas y dismorfias faciales. Es muy frecuente la alergia a las proteínas de la leche de vaca. El desarrollo cognitivo no suele estar afectado. La causa exacta es desconocida. Recientemente se ha encontrado la microdelección del cromosoma 1q21.1 en las personas afectas pero se desconoce cómo esta alteración cromosómica se relaciona con la etiología.

Caso clínico. RNAT, PAEG, mujer. Focomelia de extremidades superiores de diagnóstico prenatal (ausencia de radio, presencia de pulgares y húmero hipoplásico). Talla baja y macrocefalia relativa. Frente ancha y orejas de implantación baja, rotadas hacia atrás. Genu varo y ausencia de rótulas. Comunicación interventricular. Hipoplasia del útero sin otras malformaciones genitourinarias. El hemograma de las primeras horas de vida no se visualizan plaquetas. Aparición progresiva de petequias sin otros signos de sangrado por lo que recibe transfusión de plaquetas. Reacción leucemoide sin datos de infección. Hallazgos clínicos compatibles con síndrome de TAR. Solicitado estudio genético CGH para confirmar microdelecciones.

Comentario. La focomelia no es sinónimo de talidomida. En la actualidad la causa genética de esta enfermedad prima sobre la teratógena con un diagnóstico diferencial amplio (síndromes de Holt-Ora, Roberts, Rapalidino, anemia de Fanconi...). La plaquetopenia es altamente sugestiva de síndrome de TAR, un hemograma debe incluirse en el estudio inicial.

P-49. SECUESTRO PULMONAR GIGANTE: DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL AL MANEJO POSTNATAL. Ana Rosa Tardaguila Calvo, Antonia Jesús López López, Isabel Simal Badiola, Inmaculada Fernández Jiménez, Ernesto de Diego García, Elena Pérez Belmonte, Sonia Vilanova. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La evolución de las técnicas de diagnóstico prenatal unida al desarrollo de la cirugía fetal han llevado

a una sorprendente mejoría en el pronóstico de las malformaciones pulmonares gracias a una coordinación de manejo pre y postnatal.

Caso clínico. Feto varón, a las 20+6 semanas presenta masa microquistica pulmonar izquierda con crecimiento progresivo, condicionando en la 27 desplazamiento mediastínico, derrame pleural e hidrops, motivo por el que se remite a un hospital de referencia en cirugía fetal. Se coloca un shunt toracoamniótico, con desaparición progresiva del compromiso pulmonar. Nace por cesárea a las 40 semanas, hemodinámicamente estable, sin precisar soporte respiratorio, retirándose el drenaje torácico sin reacúmulo de líquido pleural. Los estudios de imagen que demuestran una masa pulmonar izquierda sugestiva de secuestro pulmonar extralobar que desplaza mediastino por lo que se decide intervención quirúrgica programada a los 21 días de vida. En la cirugía se objetiva un secuestro extralobar gigante que comprime un pulmón bilobulado de aspecto sano, con irrigación procedente de la aorta abdominal. La evolución postoperatoria fue excelente. Actualmente no presenta ningún grado de hipoplasia pulmonar (tras un período de seguimiento de casi 4 años).

Conclusiones. En nuestro caso el *shunt* toracoamniótico no dificultó en manera alguna la cirugía posterior. A pesar del gran tamaño de la masa, el bebé permaneció respiratoriamente estable, con una evolución sorprendentemente favorable a pesar del mal pronóstico inicial dada su presentación en forma de hídrops fetal y podemos afirmar que no ha habido secuelas pulmonares a largo plazo.

SÁBADO 28 DE ABRIL DE 2018

Zona Exposición Comercial

P-50. ANEMIA Y RETRASO METAL ¿COINCIDENCIA? Sara Corral Hospital, Iraia Doval Alcalde, Gema Serena Gómez, Gracia Javaloyes Soler, Sara Martín Armentia, Alfonso Peña Valenceja. *Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA).*

Introducción. El síndrome ATR-16 (alfa talasemia-déficit intelectual ligado al cromosoma 16) se debe a deleciones en región 16p13.3, con pocos casos descritos. Es una enfermedad congénita con rasgos de alfa talasemia y discapacidad intelectual, que puede asociar rasgos dismórficos, microcefalia y estatura baja. Se diagnostica mediante citogenética o array de hibridación genómica comparada (aCGH).

Caso clínico. Niño con antecedentes de amenaza de aborto, tratado con hierro a los 2 años por anemia, estra-

bismo controlado por oftalmología e ingreso por fiebre al mes de vida. Consulta a los 3 años por retraso madurativo. En la exploración destaca: Facies adenoidea y cráneo dolicocefalo. Torpeza motora global sin clara lateralidad y motricidad fina inmadura. No alteraciones conductuales. Lenguaje inmaduro. Cociente intelectual (CI) 66 puntos, discapacidad mental leve. En revisiones leve mejoría, siendo diagnosticado de malformación de Arnold-Chiari tipo I mediante resonancia magnética. A los 7 años CI de 94 puntos (no limitación intelectual). Persistencia de lenguaje inmaduro y torpeza motora global. Se realiza CGH-arrays de alta resolución con detección de delección terminal de aproximadamente 544 kb en brazo corto del cromosoma 16 con afectación de 16p13.3; hallazgo relacionado con síndrome ATR-16.

Comentario. El empleo en los últimos años de los aCGH para el diagnóstico etiológico en algunos déficits intelectuales ayudará a no infradiagnosticar este y otros síndromes. Además su diagnóstico permitirá el consejo genético familiar. El tratamiento es sintomático y el abordaje multidisciplinar, siendo el pronóstico dependiente de la capacidad intelectual.

P-51. ANOMALÍA DE LA TRANSICIÓN LUMBO-SACRA: A PROPÓSITO DE UN CASO. Sara González Uribe, Laura Fraile García, Margarita Castro Rey, Pablo López Casillas, Pablo López Balboa, Rebeca Garrote Molpeceres, María Asunción Pino Vázquez, Elena Urbaneja Rodríguez. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La anomalía de transición lumbo-sacra es una patología congénita espinal frecuente pero no bien conocida, con una prevalencia del 5-35% de la población general, con predominio en sexo masculino, que consiste en una lumbarización de S1 o sacralización de L5. Se ha considerado tradicionalmente como hallazgo radiológico casual, aunque existen contradicciones respecto a su asociación con el dolor lumbar, más establecido con los tipos II y IV (clasificación Castellvi). Su tratamiento suele ser conservador, con AINES y rehabilitación.

Caso clínico. Niña de 13 años que ingresó para estudio de dolor lumbo-sacro de más de 3 meses de evolución sin respuesta a antiinflamatorios. No traumatismo previo. No ritmo inflamatorio. No despertar nocturno, pero aumento de limitación de actividades de vida cotidiana. No artritis ni otros síntomas asociados. No antecedentes familiares de interés. *Exploración aparato locomotor:* no tumefacción articular ni puntos dolorosos. Maniobras sacroilíacas negativas. No

entesis ni dactilitis. Fuerza conservada. Marcha normal. *Pruebas complementarias:* analítica sanguínea con reactantes de fase aguda y estudio inmunológico normales. Ecografía de caderas, rodillas y abdominal sin alteraciones. En radiografía y RMN lumbosacra se apreció una *anomalía de la transición lumbosacral, con sacralización de L5 con discopatía degenerativa leve de L5-S1.* Manejo: tratamiento conservador con ejercicio físico potenciador de musculatura espinal, rehabilitación y seguimiento en consultas externas.

Comentario. Aunque en muchas ocasiones las anomalías de transición lumbo-sacra son un hallazgo radiológico casual, se pueden relacionar con el dolor lumbar, e incluso asociar cambios degenerativos discuales, que pueden empeorar su pronóstico.

P-52. CIERRE MEDIANTE SUTURA TRANSFASCIAL EN EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA DE MORGAGNI (HM). Antonia Jesús López López, Isabel Simal Badiola, Ana Rosa Tardáguila Calvo, Inmaculada Fernández Jiménez, Ernesto Matías de Diego García, Noelia Ruiz Castellano, María Caunedo Jiménez. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La HM es un defecto retroesternal del diafragma. Su tratamiento es el cierre quirúrgico, mediante cierre primario y/o colocación de malla. Como en muchos procedimientos quirúrgicos la laparoscopia ha demostrado ventajas, sin embargo, la situación tangencial del defecto al eje de los instrumentos y la deficiencia de tejido retroesternal dificultan la sutura intracorpórea.

Caso clínico. Niña de 7 meses valorada en Urgencias por disnea y fiebre, realizándose radiografía de tórax con hallazgos sugestivos de hernia diafragmática. Completamos el estudio con ecografía y tránsito esófagogastroduodenal, con diagnóstico de HM derecha. Se decide intervención quirúrgica programada mediante laparoscopia, con colocación de 3 trócares de 5 mm (óptica 0°, 2 puertos de trabajo). Encontramos un defecto retroesternal derecho de 5 cm, con colon transversal incluido. Se seccionó ligamento falciforme y cauterizaron los bordes de la hernia, tras reducción del contenido. El borde del defecto se suturó a la musculatura abdominal utilizando puntos transfasciales. Para ello realizamos incisión subcostal derecha (1,5 cm), introduciendo por ella sutura no reabsorbible, y recuperándola por la misma con un dispositivo *EndoClose (AutoSuture)*. Se realizó anudado en el plano subcutáneo, comprobando mediante visión laparoscópica el cierre del defecto. El paciente presentó correcta evolución, siendo alta a las 48 horas, sin recidiva tras 1 año de seguimiento.

Comentario. La reparación laparoscópica de la HM utilizando suturas transfasciales es una opción fácil y eficaz. Permite un cierre fuerte y seguro, al incluir todo el espesor muscular de la pared, y facilita la técnica de anudado al realizarse extracorpóreo.

P-53. CONSULTA POR GONALGIA Y HALLAZGO DE QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO GIGANTE: CUANDO LA ANAMNESIS PREVALECE SOBRE LA EXPLORACIÓN FÍSICA. Lucía Cueli del Campo¹, Estíbaliz Alegría Echaury², Iosune Alegría Echaury, Ana García Albalá³, Carmelo Arbona Jiménez², Mónica Rubio Lorenzo², Lucía Pérez Gómez², Laura Merayo Fernández². ¹C.S. Alto Asón. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. ³C.S. La Barrera. Castro Urdiales. Hospital Pamplona.

Introducción. El quiste óseo aneurismático es un pseudotumor localmente destructivo y expansivo de la vascularización ósea. Localizado en metáfisis de huesos largos y en vértebras, los pacientes, de predominio adolescentes, presentan dolor y aumento de volumen; a diferencia del quiste óseo simple que suele debutar como fractura patológica o hallazgo casual.

Caso clínico. Niño de 11 años, de raza asiática, obeso, consulta en urgencias de hospital por dolor de rodilla izquierda de diez días de evolución sin traumatismo previo. Ante exploración física normal, no se realizan pruebas complementarias y se da alta con analgesia. Dos meses después acude a SUAP por dolor de rodilla izquierda tras caída en colegio. Puesto que la flexo-extensión está conservada y no presenta derrame articular ni signos inflamatorios locales, se pauta reposo e ibuprofeno. Semanas después consulta por dolor de mismas características; la exploración sigue siendo normal. Dada la recurrencia del dolor se solicita radiografía de rodilla que es normal y pelvis con hallazgo de lesión osteolítica intramedular en metáfisis femoral izquierda, de 10 cm de diámetro longitudinal, que adelgaza ligeramente la cortical, con algún septo fino en su interior. La RMN muestra la estructura multiquística-multitabuada de la lesión, semiológicamente benigna y sugestiva de quiste aneurismático. El paciente ingresa de forma programada para curetaje del quiste, relleno con material osteoestimulativo y estabilización con placa.

Comentario. Ante un dolor recurrente de rodilla es necesario descartar patología ósea. No es infrecuente que el dolor de cadera se refiera en rodilla, por lo que el estudio radiológico no debería limitarse a esta, pensando además en un posible Perthes, epifisiolisis o displasia de cadera.

P-54. DEHISCENCIA DE GLANDE EN HIPOSPADIAS DISTAL. UNA COMPLICACIÓN NADA DESDEÑABLE. Ángela Gómez Farpón, Belén Pontón Martino, Diana Carolina Lara Cárdenas, Cristina Granell Suárez, Sarah Barnes Maraño, Agnes Molnar, Laura Fernández García, Víctor Álvarez Muñoz. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La dehiscencia de glande es una complicación descrita en la cirugía del hipospadias. Normalmente sucede por una glanduloplastia a tensión en un glande pequeño o con las alas poco disecadas, y suele evidenciarse en los primeros meses de postoperatorio.

Caso clínico. Paciente de 12 años intervenido a los 10 meses de hipospadias distal, con el meato localizado en el surco balanoprepucial, al que se realizó MAGPI con colgajo de Byars. Presentó edema glandular en el postoperatorio inmediato, con dehiscencia de glande. A los 3 años se sometió a una orquidopexia derecha por un testículo derecho no descendido y nueva técnica de MAGPI y Byars para corrección del hipospadias, con nueva dehiscencia de la glanduloplastia. A los 8 años se reintervenido nuevamente del testículo por reascenso. Finalmente el paciente acude a consulta por no estar satisfecho con el aspecto estético del pene, con glande hendido y cicatricial, y meato en su posición original. Se procedió a realizar una uretroplastia de Snodgrass sobre sonda de 12 Fr, tras extirpar la mucosa cicatricial, con doble capa, colocando un colgajo rotacional de dartos dorsal. Actualmente el paciente presenta un glande correctamente cicatrizado, con un meato amplio localizado a nivel de la punta.

Conclusiones. Los hipospadias distales no están libres de sufrir complicaciones. Es importante no sobreindicar la técnica de MAGPI para evitar complicaciones. Todos los pacientes con hipospadias distales deben tener un seguimiento mínimo de 6 meses para poder descartar las complicaciones más frecuentes.

P-55. DERMATITIS ARTEFACTA EN PEDIATRÍA: DESCRIPCIÓN DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. Ana Paola Jiménez Jiménez, Elena Urbaneja Rodríguez, Rebeca Garrote Molpeceres, Hermenegildo González García. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. Las autolesiones en Pediatría son cada vez más frecuentes y constituyen todo un problema de salud. Así, en la última década, se ha observado un aumento exponencial en el número de lesiones autoprovocadas en adolescentes, siendo el tegumento cutáneo el principal órgano

TABLA I. (P-55).

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Sexo	Femenino	Masculino	Femenino
Edad (años)	13	12	12
Clase social	Media	Media	Media
Descripción lesiones	Máculas eritemato-purpúricas, posteriormente ampollas (quemaduras por spray o succión)	Máculas eritemato-purpúricas, posteriormente ampollas (quemaduras por spray o succión)	Lesiones equimóticas dolorosas (succión)
Zona lesiones	Brazo izquierdo	Brazo izquierdo	Brazo izquierdo y pecho
Biopsia cutánea	Sí (2)	No	No
Negación de autoría	Sí	Sí	Sí
Motivación	No	No	No
Evolución	Desaparición tras vendaje oclusivo y explicación de su posible origen	Desaparición tras explicación de su posible origen	Desaparición tras explicación de su posible origen
Valoración psiquiatría	Sí (no patología)	No	Sí (detección de problemas en ámbito familiar)

diana, ocasionando una dermatitis artefacta, en ocasiones, de difícil diagnóstico.

Material y métodos. Descripción de serie de casos de dermatitis artefacta ocurridos recientemente en nuestro centro, analizando características clínico-epidemiológicas, tipo de lesiones y evolución de las mismas.

Resultados. Se describen los casos en la tabla I.

Conclusiones. Coincidiendo con lo descrito en la literatura, nuestros casos de dermatitis artefacta ocurrieron siempre en zonas de fácil acceso y afectaron sobre todo a niñas adolescentes de clase media, sin aparentes problemas de base. En todos ellos se negó la autoría de dichas lesiones y no se encontró una clara motivación.

P-56. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA GÁSTRICA EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO. Pablo López Casillas, Rodrigo Burgueño Rico, Nazaret Sánchez Sierra, Elena Urbaneja Rodríguez, Rebeca Garrote Molpeceres, Raquel Herráiz Cristóbal, Hermenegildo González García, Alberto Sánchez Abuín. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. El hallazgo de una masa abdominal de origen gástrico en Pediatría requiere un estudio urgente, realizando un amplio diagnóstico diferencial entre malformaciones, tumores y otras lesiones inflamatorias.

Caso clínico. Varón de 9 años, sin antecedentes de interés, que consultó por abdominalgia epigástrica y en hipocostrio izquierdo desde hace 1 mes. En las últimas semanas

asoció vómitos, hiporexia y pérdida de peso. A la exploración se palpó masa indurada y sólida en epigastrio de 4-5 cm. La ecografía abdominal mostró una lesión quística junto a la curvatura mayor del estómago de pared gruesa que comunicaba con estómago. En la TC se observaron además adenopatías y afectación difusa de la grasa local. La RMN objetivó una imagen de contenido heterogéneo, de predominio quístico, con solución de continuidad en cara anterior que comunicaba con luz gástrica. Ante las dudas diagnósticas entre quiste de duplicación gástrica vs lesión tumoral se realizó laparotomía con resección de la lesión, con diagnóstico anatomopatológico final de linfoma de Burkitt.

Comentarios. La mayoría de masas abdominales en Pediatría corresponden a organomegalias (50-60%), siendo el resto malformaciones congénitas y tumores (neuro/nfroblastomas, hepatoblastomas y linfomas), por lo que será necesario un estudio amplio de la lesión para poder orientar su diagnóstico e iniciar un tratamiento precoz.

P-57. GRANULOMA DE PACCHIONI: UNA VARIANTE DE LA NORMALIDAD. María Isabel Vega Martín, María del Carmen Poza del Val. C.S. Coto. Castro Urdiales. Cantabria.

Introducción. La detección de una prominencia craneal en un niño genera gran ansiedad a la familia y nos obliga a realizar exámenes complementarios.

Caso clínico. Niño de 12 años que consulta por presentar una pequeña prominencia en cuero cabelludo de varios años

de evolución. Refiere que los últimos 15 días le duele incluso sin palpar y creen que ha aumentado un poco de tamaño. No refiere traumatismo previo. Exploración clínica: Buen estado general. Pequeña prominencia en vértex craneal, doloroso a la palpación, no edematoso, no eritematoso y sin cambio de coloración. Resto de exploración física incluida exploración neurológica completa normal. Como procedimientos diagnósticos se realiza una Rx craneal, en la que se observa que la prominencia en partes blandas del vértex craneal se encuentra condicionada por una granulación de Pacchioni profunda pero característica, que corresponde a una variante de la normalidad, en la que se aprecia un abombamiento de la tabla externa craneal y adelgazamiento de la tabla interna sin cambios erosivos. Se valoran con ecografía las partes blandas suprayacentes que son ecográficamente normales.

Comentario. Debemos familiarizarnos con las variantes normales, de esta manera estaremos evitando el sobrediagnóstico y disminuyendo la realización de exámenes innecesarios y de alto costo, que solo llevan a aumentar la ansiedad de nuestros pacientes y el gasto sanitario.

P-58. LA HIPERTERMIA MALIGNA NOS LLEVÓ AL DIAGNÓSTICO. Carmen Mangas Sánchez, Noelia García González, Laura Carreras Ugarte, Aida Fidalgo Alonso, Silvia Álvarez Álvarez, Pablo Alonso Rubio Mónica Díaz Viejo. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La hipertermia maligna es un cuadro consistente en rigidez muscular, taquicardia e hipercapnia que se da en sujetos predisponentes cuando son expuestos a un agente anestésico volátil o succinilcolina como consecuencia de una acumulación de calcio en el citoplasma muscular. El gen *RYR1* (cromosoma 19q13.1), codifica el canal de liberación de calcio del retículo sarcoplásmico de manera que alteraciones en el mismo provocan susceptibilidad para desarrollar hipertermia maligna así como miopatías congénitas.

Caso clínico. Varón de 14 años que presenta cuadro compatible con hipertermia maligna (rigidez de maseteros, diaforesis, hipertermia e hipercapnia con acidosis mixta) durante la inducción anestésica con Sevoflurano para intervención quirúrgica programada. Hijo de padres no consanguíneos sin antecedentes familiares de interés. Estudiado desde los 3 años por expresividad facial muy reducida y debilidad muscular. Determinaciones seriadas de CPK y aldolasa elevadas, electromiograma con patrón mixto neuromiopático, biopsia de deltoides normal y estudio negativo para distrofia muscular facio-escapulo-humeral y distrofia muscular de Becker. En la exploración física actual destaca

ptosis palpebral, microstomía y paladar ojival. Ante la sospecha de alteración del gen *RYR1* se realiza secuenciación del mismo detectándose mutación en heterocigosis (c.7522C>T) (p.Arg2508Cys).

Comentarios. Ante un cuadro de hipertermia maligna es conveniente realizar estudio del gen *RYR1* dado que es el más frecuentemente asociado a esta patología. También se relaciona con el desarrollo de miopatías, tal y como ocurre en nuestro paciente. La detección de una mutación permite además de confirmar el diagnóstico, identificar individuos susceptibles de presentar estos episodios y tomar las medidas preventivas adecuadas.

P-59. LO QUE LA APENDICITIS DESENMASCARA. Iraia Doval Alcalde, Sara Corral Hospital, Gema Serena Gómez, Gracia Javaloyes Soler, Mariana Rodríguez Salanova, Fernando Arranz Arija, Fernando Labarga Rodríguez, Jesús María Andrés de Llano. *Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA).*

Introducción. Los tumores apendiculares representan el 0,2-0,5% de los tumores digestivos, estando presentes en el 0,1-0,7% de apendicectomías. Aunque infrecuente, el tumor carcinoide apendicular es el tumor maligno gastrointestinal más frecuente en pediatría. La mayoría son asintomáticos pero el 1% presenta síndrome carcinoide (rubefacción, diarreas, broncoconstricción y cianosis).

Caso clínico. Niña de 13 años con antecedentes de talla baja en seguimiento por endocrinología, tía paterna diagnosticada de cáncer de mama a los 42 años y abuelo paterno de próstata a los 88. Acude a Urgencias por abdominalgia de 12 horas de evolución, febrícula y náuseas. A la exploración abdominal destaca dolor a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha con defensa localizada y Blumberg positivo. Analítica: PCR 4 mg/L, 16.500 leucocitos y 83,8% de neutrófilos, resto normal. La ecografía abdominal evidencia hallazgos compatibles con apendicitis aguda, por lo que se realiza apendicectomía sin incidencias. El estudio anatomopatológico del apéndice muestra un tumor carcinoide de 0,4 x 0,2 cm sin sobrepasar muscular propia y bordes libres. Ante la extirpación de la totalidad del tumor y el tamaño milimétrico del mismo, no se requiere tratamiento adicional.

Comentario. Este caso refuerza la importancia del seguimiento de los apendicectomizados hasta el resultado anatomopatológico, ya que la mayoría de estos tumores no dan clínica. En casos como este, la apendicectomía es suficiente, mientras que los de mayor tamaño requieren hemicolectomía derecha por riesgo de metástasis.

P-60. OSTEOMA OSTEOIDE: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR CRÓNICO EN LA MUÑECA. Andrea Álvarez Álvarez, Sandra Rodríguez Fernández, Laura Míguez Martín, Helena Higuelmo Gómez, Elvira Barrio Traspaderne, Manuela Riera Campillo, Ana Rosa Meana Morís, Carlos Pérez Méndez. *Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.*

Introducción. El osteoma osteoide es un tumor osteoblástico benigno con unas características clínicas y radiológicas particulares. Suele aparecer en la segunda década de la vida y afecta fundamentalmente a los huesos largos. La afectación de los huesos del carpo es rara.

Caso clínico. Niña de 10 años remitida por dolor en la muñeca izquierda de 10 meses de evolución. *Antecedentes familiares:* su madre presentó un cuadro similar en la infancia que cedió espontáneamente. *Antecedentes personales:* dolores intermitentes y erráticos de las piernas desde los 4 años. El dolor es preferentemente vespertino y nocturno y mejora con ibuprofeno: lo localiza en la cara palmar de la muñeca y en ocasiones se irradia al brazo; tumefacción de la muñeca coincidiendo con el dolor. No otros síntomas. Numerosas visitas a Urgencias de su Centro de Salud, pero solo una a su pediatra hasta las últimas semanas. Exploración: dolor y limitación a la dorsiflexión de la muñeca; leve aumento de temperatura local, no edema. Rx inicialmente interpretada como normal. Hemograma y reactantes de fase aguda normales. TAC y RM: lesión intraósea lítica con borde escleroso en el hueso grande, compatible con osteoma osteoide con nidus central no mineralizado. La niña está programada para tratamiento con radiofrecuencia.

Comentario. Debe sospecharse osteoma osteoide ante un dolor óseo de predominio nocturno que responde a antiinflamatorios no esteroideos. La localización atípica del tumor y la discontinuidad en la atención pediátrica contribuyeron al retraso en el diagnóstico de este caso.

P-61. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADOLESCENTES INTERVENIDOS DE HIPOSPADIAS PROXIMALES EN LA INFANCIA. Laura Fernández García, Belén Pontón Martino, Cristina Granell Suárez, Ángela Gómez Farpón, Diana Carolina Lara Cárdenas, Sarah Barnes Marañón, Agnes Molinar, Cristina Pérez Costoya. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivo. Evaluar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adolescentes con hipospadias proximales corregidos quirúrgicamente durante la infancia.

Materiales y métodos. Se realiza un estudio descriptivo y observacional. Se entrevistó telefónicamente a un grupo de pacientes con edades comprendidas entre los 14 y los 19 años intervenidos en la infancia por hipospadias proximales en nuestro centro entre los años 2000 y 2006 y se administraron dos cuestionarios (EuroQoL-5D y un cuestionario no validado).

Resultados. Se entrevistó a 10 pacientes con edad media de 16,8 años. La edad media de la primera intervención fue de 3,5 años. En cuanto al EuroQoL-5D, en la dimensión referida a las actividades cotidianas un 20% referían dificultades moderadas. Un 30% refieren dolor o malestar en algún grado. Y un 60% afirman presentar ansiedad o depresión en alguna medida. Un 40% de los pacientes consideran que su patología supone una desventaja en su vida. Un 40% se operaría de nuevo, sobretodo buscando mejorar la apariencia de sus genitales. Un 70% de los mismos no han recibido apoyo psicológico en ninguna parte del proceso.

Conclusiones. Los pacientes adolescentes con hipospadias proximales refieren una peor percepción de calidad de vida. Un alto porcentaje de estos pacientes no se encuentra satisfecho con la apariencia o tamaño de sus genitales. Debemos identificar precozmente aquellos casos que a lo largo del seguimiento precisen apoyo terapéutico psicológico.

P-62. TESTÍCULO NO PALPABLE: ABORDAJE ERRÓNEO Y SUS CONSECUENCIAS. Antonia Jesús López López¹, Ana Rosa Tardáguila Calvo¹, Isabel Simal Badiola¹, Inmaculada Fernández Jiménez¹, Ernesto Matías De Diego García¹, Ricardo López Almaraz². ¹*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.* ²*Hospital Universitario de Cruces. Bilbao.*

Introducción. La asociación criptorquidia-cáncer testicular es bien conocida. En los casos de testículos intraabdominales el riesgo es aún mayor, por lo que es crucial su descenso para poder explorarlos correctamente.

Caso clínico. Paciente de 2 años con hallazgo de masa abdominal en control rutinario por su Pediatra. Como antecedente destaca exploración quirúrgica inguinal al año por teste derecho no palpable, con hallazgo de restos del cordón, confirmado mediante biopsia. Se realizan ecografía y TC objetivando masa abdomino-pélvica, bien delimitada, de 8,5 × 6 × 6 cm, con calcificaciones y múltiples vasos, sin afectación linfática retroperitoneal ni pulmonar. Con la sospecha de tumor de células germinales se determinan marcadores tumorales (AFP: 50.291 ng/ml, BHCG < 5 ng/ml, LDH 479 U/L). Se decide intervención quirúrgica para exéresis completa mediante laparotomía. El estudio anato-

mopatológico confirma el diagnóstico de tumor germinal no seminomatoso de tipo TSV (puro), con necrosis e infiltración vasculo-linfática, identificándose tejido testicular. Para el estadiaje se consideró como un TSV extragonadal, dada su localización abdominal, correspondiendo a un estadio II por persistencia de AFP elevada tras cirugía. Se realizaron 6 ciclos de tratamiento quimioterápico JEB (carboplatino, etopósido y bleomicina), con descenso progresivo de la AFP hasta su negativización. Actualmente se encuentra en seguimiento por Oncología en remisión completa.

Comentario. El abordaje laparoscópico debería ser el elegido en los testículos no palpables, ya que permite descartar la presencia de teste, incluso ante el hallazgo de cordón espermatóico inguinal. En nuestro paciente no haber realizado este abordaje determinó un diagnóstico más tardío y un cambio en el estadiaje y manejo.

P-63. TIÑA INCÓGNITO: CUANDO UN DIAGNÓSTICO ERRÓNEO ENMASCARA UNA INFECCIÓN DERMATOFÍTICA. Lucía Cueli del Campo¹, Ana García Albalá², Estíbaliz Alegría Echauri³, Iosune Alegría Echauri⁴, Marina Lacalle Calderon³, David González Pérez³, Jorge Suárez Alonso³, María Garmendia Amunarriz³. ¹C.S. Alto Asón. ²Servicio Cántabro de Salud. ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. ⁴Complejo Hospitalario de Navarra.

Introducción. Las dermatofitosis o tiñas son infecciones por hongos filamentosos que actúan sobre capas queratinizadas o epitelios muertos. En la piel producen lesiones redondeadas eritematoescamosas, a veces anulares, denominadas herpes circinado. La aplicación de corticoides tópicos origina una modificación en su presentación clínica conocida descriptivamente como tiña incógnita.

Caso clínico. Niña de 3 años que consulta por nódulos palpables, de consistencia aumentada, en cara externa de brazo izquierdo, ligeramente eritematosos y descamativos, con pústula central. Su hermana de 6 años presentó un cuadro similar hace un mes que mejoró parcialmente con una combinación de antibiótico, antifúngico y corticoide en ungüento. Con la sospecha de piodermitis/ectima se pauta tratamiento antibiótico oral y limpieza cutánea. Se cita a la paciente una semana después, las lesiones se presentan menos eritematosas y tumefactas pero permanecen del mismo diámetro, con apariencia algo descamativa. Al revisar a la hermana se encuentran nódulos eritemato-parduzcos en cara anterior de antebrazo izquierdo relacionados con el cuadro referido hace un mes. Se deriva a las dos a Derma-

tología, que toma muestra en moqueta. El examen directo de las escamas con KOH al 10% muestra abundantes hifas entre las células desprendidas. El cultivo de hongos fue negativo. Las lesiones de ambas niñas curaron con terbinafina oral.

Comentario. En pacientes con una dermatosis inusual o irreconocible, que haya sido tratada previamente con antiinflamatorios tópicos como los corticoides o los inhibidores de la calcineurina, deberemos pensar en una tiña que ha perdido sus características clínicas típicas.

P-64. TÚ PUEDES SALVAR UNA VIDA. Estíbaliz Garrido García, Silvia Sánchez Menéndez, Rubén Alonso García, Fátima Álvarez Salazar, Noelia Blanco Martínez, Alfonso Rodríguez Suco, Alejandra Iglesias Prieto. *Hospital del Oriente de Asturias.*

Objetivos. Valorar los resultados del grupo de trabajo "Maratón de RCP-TÚ PUEDES SALVAR UNA VIDA", encaminado a universalizar la difusión de las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica en la población general mediante su enseñanza en las escuelas de Enseñanza Secundaria Obligatoria.

Material y métodos. El estudio se realizó en dos Institutos públicos de Educación Secundaria de Asturias: IES Llanes, IES El Sueve, durante el tercer trimestre lectivo del curso 2014-2015. La población estuvo formada por 454 alumnos de 1º a 4º de ESO.

El Maratón de RCP, se desarrolla durante 40 minutos en el propio centro educativo, por cursos. En primer lugar, se proyecta un video explicativo (9 min) subdividido en tres partes: curva de Drinker, cadena de supervivencia y secuencia básica de RCP. Tras el video, se procede al entrenamiento práctico sobre maniqués (30 min), en grupos de 8-10 alumnos por instructor (profesionales sanitarios).

Resultados. La puntuación media total obtenida (sobre 10 puntos) antes del Maratón fue de 5,44. Tras la realización del mismo, esta puntuación aumentó hasta 7,54. Los alumnos que habían recibido formación previa en RCP (35,2%), obtuvieron puntuaciones previas al Maratón significativamente más altas que el resto, diferencias que se mantienen tras la realización del mismo.

Conclusiones. El "Maratón de RCP" supone una herramienta de utilidad para la formación en RCP-B en la población general. La formación continuada en RCP podría ser el mejor modo de enseñanza en contraste con la formación transversal de los adolescentes, y más si tenemos en cuenta la buena acogida en la comunidad educativa.

P-65. TUMORES CEREBRALES PEDIÁTRICOS: CASUÍSTICA EN ASTURIAS. Laura Nonide Mayo, Ana De Lucio Delgado, José Antonio Villegas Rubio, Sandra Navarro Campo, Silvia Martín Ramos, Alba Megido Armada, Virginia Ainhoa Oreña Ansorena. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Revisar los tumores cerebrales infantiles diagnosticados en Asturias en los últimos 11 años.

Material y métodos. Se realizó estudio descriptivo retrospectivo de tumores cerebrales tratados en nuestro Hospital desde enero de 2006 a diciembre de 2017 mediante revisión de historias clínica informatizadas y digitalizadas. Se recogieron datos referentes a clínica de debut, pruebas complementarias, tratamiento y evolución.

Resultados. Del total de 160 tumores sólidos diagnosticados entre 2006 y 2017, 32 pacientes (59,4% niñas) presentaron tumoración cerebral (mediana de edad de 6,5 años). La localización más frecuente fue la fosa posterior (40,6%) y hemisferios cerebrales (25%). Los vómitos fueron la clínica al debut más frecuente (40,6%) seguidos de cefalea (34,3%). Solo en 2 casos estaba presente la tríada típica. En 6 pacientes el hallazgo fue casual durante estudio de otra patología.

Se realizó fondo de ojo en el 62,5%, presentando papiledema el 25% (5 casos). Todos ellos menos uno en región supratentorial. En el 50% la prueba diagnóstica inicial fue la RM y en un 40,6% TC. En cuanto a la histología, los tumores gliales de bajo grado supusieron el 25% del total. La cirugía inicial fue de elección en el 56,2% de los pacientes. En 4 casos se añadió quimioterapia y en 6, quimioterapia y radioterapia. Del total de casos, fallecieron el 31,2% (10 casos). 30% primeros seis meses y 70% al año. 60% de los éxitos fueron debidos a progresión.

Conclusiones. Nuestros datos son similares a los descritos en anteriores revisiones de tumores cerebrales infantiles en cuanto a localización, forma de presentación y evolución.

P-66. VARIANTES DE LIQUEN PLANO EN DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS. Lucía Cueli del Campo¹, Estíbaliz Alegría Echauri¹, Iosune Alegría Echauri², Ana García Albalá³, Cristina López Obregón⁴, Khusama Alkadi Fernández⁴, Ízaro Sánchez Hernández⁴. ¹C.S. Alto Asón. ²Hospital de Pamplona. ³Servicio Cántabro de Salud. ⁴Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. El liquen plano es una enfermedad inflamatoria de la piel que cursa con pápulas aplanadas poligonales de pequeño tamaño con una estriación lineal blanquecina

característica. El liquen striatus, variante lineal por afectación de las líneas de Blaschko, y el liquen nitidus, con lesiones puntiformes y brillantes que tienden a agruparse; son más típicos de la infancia.

Casos clínicos. *Caso 1:* Niño de 19 meses que consulta por aparición de numerosas pápulas planas eritematosas dispuestas linealmente en cara interna de muslo izquierdo. Con la sospecha de liquen striatus, Dermatología realiza punch de una de las lesiones, con hallazgo de infiltrado linfocítico en banda en la unión dermoepidérmica. Ante la ausencia de prurito y pronóstico favorable del cuadro, se deja sin tratamiento y evoluciona hacia su completa resolución. *Caso 2:* Niña de 9 años con lesiones pruriginosas en dorso de manos y cara posterior de codos y rodillas de un mes de evolución. El padre refiere que el año anterior presentó un brote similar que también inició en verano con resolución total en octubre. A la exploración presenta pápulas pequeñas, de 1 a 2 mm cada una, de superficie lisa y brillante, color piel normal, con signos de escoriación. Dermatología diagnostica liquen nitidus y pauta corticoide tópico de potencia alta. Ha presentado nuevos brotes que se resuelven completamente.

Comentario. Liquen striatus y liquen nitidus son dermatosis de causa desconocida y curso benigno, con tendencia a la remisión espontánea, al contrario que sus diagnósticos diferenciales principales: NEVIL y queratosis pilar respectivamente.

P-67. ¿DISNEA EN URGENCIAS? NO TODO ES ASMA. Alba Megido Armada, Laura Nonide Mayo, Lucía Hernández Peláez, Sara Carnicero Ramos, Ana De Lucio Delgado, José Antonio Villegas Rubio. *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 pétreo 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), trom-

bocitosis (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 cervical, 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.

P-68. ABDOMEN AGUDO: ¿SIEMPRE SE ENCUENTRA LO ESPERADO? Ízaro Sánchez Hernández, María Teresa Viadero Ubierna, Iosune Alegría Echaury, Jorge Suárez Alonso, Jesús Garde Basas, Natalia Fernández Suárez. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. El divertículo de Meckel es la malformación más frecuente del tracto gastrointestinal con una incidencia de 2%. Aunque la mayoría son asintomáticos, su inflamación puede ser causa de abdomen agudo quirúrgico de difícil diagnóstico.

Caso clínico. Niño de 9 años, síndrome de Down, que ingresa por dolor abdominal tipo cólico de 24 horas de evolución asociando a vómitos y fiebre hasta 38,5°C. A la exploración física destaca el abdomen doloroso a la palpación generalizada con defensa, pero es difícil de valorar por falta de colaboración por parte del paciente. Análítica: 17.320 leucocitos con desviación izquierda y PCR de 18,7 mg/dl. Ecografía abdominal: apéndice retrocecal con signos inflamatorios. Laparotomía urgente objetivando abundante líquido purulento; apéndice cecal hiperémico sin signos de perforación. Se revisa el abdomen indentificando un divertículo de Meckel perforado a nivel de ileon. Resección intestinal de segmento afectado e ileostomía. El postoperatorio cursa sin incidencias. Reconstrucción del tránsito intestinal dos meses después. El paciente actualmente está asintomático.

Comentario. El diagnóstico de diverticulitis de Meckel es difícil y aún más si el paciente tiene un trastorno que nos dificulte la exploración física. Recalamos la importancia de revisar el abdomen siempre que los hallazgos intraoperatorios difieran de lo esperado.

P-69. ARTERIA POLAR RENAL COMO CAUSA DEL SÍNDROME DE LA UNIÓN PIELOURETERAL. María Lucía Álvarez Fernández, Roger Benavent Torres, Soraya González Martínez, Olga Caballero del Campo, José María Pradillos Serna, Erick Ardelá Díaz, Sara Fuentes Carretero. *Complejo Asistencial Universitario de León.*

Introducción. La obstrucción ureteropielica es la causa más frecuente de hidronefrosis en la edad pediátrica. Suele deberse a una estenosis intrínseca de la porción proximal del uréter, sin embargo, no nos podemos olvidar de la estenosis por un vaso accesorio o aberrante, como causa.

Caso clínico. Mujer de 13 años con cuadro de dolor en hemiabdomen derecho de 72 horas de evolución, con un vómito alimentario al inicio del cuadro, sin otra clínica. En la exploración, presenta masa indurada dolorosa a la palpación en esa zona. Tira de orina y analítica sin hallazgos relevantes. En la radiografía presenta ausencia de asas intestinales en hemiabdomen derecho. En la ecografía el riñón derecho presenta dilatación de la vía excretora, sin que sea posible esclarecer su causa. En la TAC se identifica una arteria polar inferior, rama de la arteria iliaca primitiva derecha, como causa. La paciente es ingresada para realización de pielo-plastia laparoscópica mediante la técnica "vascular Hitch".

Comentarios. Si en el recién nacido, la causa más frecuente de obstrucción pieloureteral es la intrínseca, en niños mayores debemos pensar en una estenosis extrínseca por un vaso accesorio o aberrante. Aunque, suele ser asintomática, se puede manifestar como una masa renal palpable, ITU de repetición o cólico renal. La ecografía es la prueba diagnóstica inicial de elección. Si es asintomática, se opta por un manejo conservador con controles ecográficos periódicos, mientras que si tiene repercusión clínica, se opta por el abordaje quirúrgico, que ha demostrado tener buenos resultados.

P-70. CUANDO NO ES LO QUE PARECE. Estíbaliz Garrido García¹, David Herrero Morín², Helena Aparicio Casares¹, Covadonga Tomé Nestal¹, Mikel Díaz Zabala¹. ¹Hospital del Oriente de Asturias. ²Centro de Salud de Infiesto. Asturias.

Introducción. En España, la forma más frecuente de presentación clínica de la enfermedad celíaca es la forma clásica (70,9%), diagnosticándose la mayoría de los casos durante los 2 primeros años de vida (39,5%). Sin embargo las manifestaciones clínicas pueden ser muy diversas.

Caso clínico. Paciente de 4 años derivado desde primaria por distensión abdominal de instauración brusca y un vómito copioso, deposiciones normales. No presenta antecedentes

de interés, buena curva pondero-estatural. A la exploración llama la atención abdomen a tensión, con RHA ausentes e irritabilidad. En las pruebas complementarias presenta alteración de la coagulación con una tasa de protrombina de 37%, un tiempo de protrombina de 23,2 seg e INR de 2,08. Se observa una dilatación generalizada de asas de delgado y colon en la radiología simple, confirmada ecográficamente, disminuyendo la sensibilidad del estudio el importante meteorismo. Ante la sospecha de abdomen agudo, se traslada a hospital de referencia para ser valorado por cirugía pediátrica. A su llegada se administra dosis de vitk, sondaje rectal y nasogástrico y reposo gástrico. Con buena evolución posterior, se decide alta hospitalaria y control por pediatría.

Se amplía estudio de forma ambulatoria objetivándose un hierro de 17,63 $\mu\text{g}/\text{dl}$, ferritina de 3,68 ng/ml , con marcadores de enfermedad celiaca positivos. Genética: HLA DQ2 en posición cis. Resto normal. Ante la confirmación diagnóstica de enfermedad celiaca, se inicia dieta sin gluten con excelente evolución.

Comentario. En el trascurso de una enfermedad celíaca no tratada, pueden desarrollarse complicaciones, desde la presencia de íleo obstructivo hasta crisis celíacas.

P-71. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL GRANULOMA UMBILICAL. Isabel Simal, Antonia J. López López, Ana Rosa Tardáguila, Inmaculada Fernández, Ernesto M. de Diego García. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. Debido a su desarrollo embriológico, las anomalías en el ombligo pueden ser la forma de presentación de multitud de patologías diferentes.

Caso clínico. Neonata de una semana de vida que acude a Urgencias por drenaje espontáneo por ombligo. Entre sus antecedentes solo destaca cauterización de granuloma umbilical. Durante la exploración se canaliza el ombligo con una sonda comprobando permeabilidad hasta salida de orina. La ecografía confirmó la existencia de un uraco persistente. Durante el seguimiento cesó el drenaje espontáneo manteniendo la imagen radiológica. Al año de vida se realizó exéresis del remanente uracal con resección de cúpula vesical debido a la potencial malignidad, mediante laparoscopia asistida por ombligo, permitiendo así una mejor visibilidad. No hubo complicaciones y la paciente se encuentra asintomática y con un resultado estético excelente.

Comentario. Debemos pensar en remanentes uracales u onfalomesentéricos ante la presencia de una lesión de aspecto mucoso en ombligo en un neonato. La resección se puede realizar de forma segura por vía laparoscópica.

P-72. DISTONÍA AGUDA FARMACOLÓGICA POR CLEBOPRIDE. Pablo López Balboa, Rodrigo Antonio Burgueño Rico, Margarita del Carmen Castro Rey, Pablo López Casillas, Enrique Martínez Pías, Francisco Joaquín Villagómez Hidalgo, Jorge Carranza Ferrer, Patricia Justo Vaquero. *Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario Valladolid.*

Introducción. Las distonías son un trastorno del movimiento que causa contracciones involuntarias de los músculos; son consideradas un síntoma extrapiramidal que puede ser causado por muchos agentes, suelen ser debidas a un descenso de dopamina en los ganglios basales.

Caso clínico. Varón, 12 años, acude al servicio de urgencias por presentar de forma aguda dolor en mejilla izquierda y desviación de la comisura bucal hacia la derecha. No otros síntomas asociados. Administración de Flatoril® (clebopride (100 $\mu\text{g}/\text{ml}$) + simeticona (40 $\mu\text{g}/\text{ml}$) 5 ml/8 h en las últimas 24 horas. En la exploración neurológica presenta desviación de la comisura bucal hacia el lado derecho en reposo, con corrección y leve asimetría al sonreír, cierre palpebral completo sin asimetrías en musculatura frontal; disartria, reflejo corneal presente. Resto de exploración física normal. A los pocos minutos comienza a presentar apertura bucal completa de forma involuntaria, temblor fino en el cuerpo, clonus de 3 batidas e hiperreflexia, incapacidad para elevar ambas cejas y exantema maculopapuloso. Tras ceder los clonus, realizar movimiento de las manos hacia la boca introduciendo los dedos, con dificultad en la apertura mandibular y desviación de la comisura bucal hacia el lado izquierdo con dolor en lado derecho. Se administró 3 mg i.v. de biperideno (anticolinérgico) con mejoría y desaparición completa de la sintomatología.

Conclusión. Los derivados de las benzamidas son fármacos antidopaminérgicos procinéticos gastrointestinales. El antagonismo de los receptores D2 centrales puede producir el efecto procinético y como efecto adverso los extrapiramidalismos. La realización de una buena anamnesis, preguntando nuevos fármacos es fundamental para diagnosticar estos casos.

P-73. DOLOR ABDOMINAL, ¿SIEMPRE UNA PATOLOGÍA BANAL? María Justel Rodríguez, Alba Manjón Herrero, Ana Belén Barba Arce, Raquel Aguado Antón, María Ansó Mota, Daniel Pérez González, Carolina Santos Lorente, Ana Cristina Peñalba Citores. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

La asociación de dolor abdominal agudo e hidronefrosis en un niño en edad escolar obliga a descartar patología de la vía urinaria.

Paciente de 9 años de edad valorada por dolor abdominal en flanco derecho de 2 semanas de evolución, asociando un vómito, sin fiebre ni clínica miccional. En el estudio ecográfico se evidencia dilatación pielocalicial derecha por síndrome de la unión pieloureteral en relación con arteria polar inferior, agravada de forma aguda por detritus con obstrucción ureteral.

Realizadas ecografías seriadas con resolución de la obstrucción, persistiendo dilatación pielocalicial. El renograma diurético MAG-3 Tc99m, presenta un riñón derecho con obstrucción funcional (buena respuesta al diurético), con una función renal global del 51%. Pendiente realización ecocistografía.

A su ingreso se establece fluidoterapia endovenosa, analgesia y cobertura antibiótica; buena respuesta, cediendo el dolor, siendo dada de alta con seguimiento posterior en consulta Cirugía Infantil.

La causa más frecuente de hidronefrosis grave en niños es la estenosis pieloureteral congénita, detectada habitualmente por ecografía prenatal; sin embargo, en un niño escolar es más frecuente la obstrucción extrínseca del uréter secundaria a vaso polar aberrante. En estos casos la hidronefrosis no está presente al nacimiento y se hace necesaria la sospecha clínica (las formas de presentación son dolor abdominal, asociando o no vómitos, infección urinaria y hematuria macroscópica) y la confirmación mediante pruebas de imagen.

El interés y el diagnóstico y/o tratamiento es conseguir minimizar el daño renal, así como una recuperación de la función renal tras la cirugía.

P-74. EPIPLOITIS AGUDA: LA APENDICITIS QUE NO SE OPERA. Sandra Rodríguez Fernández¹, Andrea Álvarez Álvarez¹, Belén Gómez González¹, Ana González Acero¹, Noelia Valverde Perez¹, Begoña Fernández Martínez¹, Javier González García¹, María Elena Reimunde Seoane². ¹Servicio de Pediatría. ²Servicio de Radiología. Hospital Universitario de Cabueñes. Asturias.

Introducción. La epiploitis o apendicitis epiploica está causada por la torsión de un apéndice epiploico, y/o la trombosis de los vasos que lo irrigan, derivando en isquemia tisular. Es una entidad rara en pediatría, asociada a factores de riesgo como: obesidad, hernias, o ejercicio intenso.

La clínica puede asemejarse a otras causas de abdomen agudo como la apendicitis, diverticulitis, problemas ováricos, etc. El diagnóstico debe basarse en la sospecha clínica y las pruebas de imagen. La ecografía abdominal permite la sospecha, confirmando posteriormente con tomografía computarizada.

El tratamiento es conservador con reposo y analgesia; recurriendo a cirugía en caso de complicaciones. El pronóstico es excelente con resolución rápida.

Caso clínico. Niña de 9 años, obesa, sin antecedentes de interés, que acude por dolor tipo cólico en hipocondrio derecho de 48 horas de evolución. Afebril, sin vómitos ni clínica miccional. Exploración abdominal dolorosa a la palpación en hipocondrio derecho, Blumberg positivo, sin otros signos de irritación peritoneal. Analítica con leucocitosis leve y PCR de 76,9 mg/L. En la ecografía se visualiza un área pequeña y ovoidea de grasa edematosa con vaso central y líquido locorregional, que se confirma posteriormente por TC. Se decide ingreso para analgesia, buen control del dolor, alta a las 24 horas sin incidencias.

Comentario. Nuestro propósito es describir la epiploitis, destacándola como posible causa, aunque poco frecuente, de abdomen agudo en la infancia. Remarcar su pronóstico, generalmente excelente con reposo y analgesia; siendo necesario el abordaje quirúrgico en muy pocas ocasiones.

P-75. FRACTURA AISLADA DE MANUBRIO ESTERNAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO. Laura Fernández García, Cristina Pérez Costoya, Belén Pontón Martino, Ángela Gómez Farpón, Diana Carolina Lara Cárdenas, Sarah Barnes Marañón, Víctor Álvarez Muñoz, Cristina Granell Suárez. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Las fracturas esternales son infrecuentes en pacientes en edad pediátrica y afectan al manubrio esternal de forma excepcional. Suelen presentarse en traumatismos torácicos directos de alta intensidad asociados frecuentemente a otras lesiones por lo que su presentación de forma aislada es inusual.

Caso clínico. Varón de 11 años con dolor torácico como único síntoma tras accidente de tráfico (choque frontal a baja velocidad). Durante la exploración del paciente se detecta discreta equimosis en la zona de contacto de la banda torácica del cinturón de seguridad siendo dolorosa la palpación a este nivel. La auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal son normales. Mediante pruebas de imagen se descartan lesiones a nivel cervical y abdominal. No se objetivan fracturas costales ni otras complicaciones intratorácicas pero sí se detecta una fractura de la cortical anterior del manubrio esternal en la radiografía lateral de tórax. Se ingresa al paciente para observación y control analgésico tras descartar daño miocárdico mediante análisis de niveles de troponinas en sangre y electrocardiografía, resultando ambos exámenes rigurosamente normales tanto al diagnóstico como

en un control posterior a las 6 horas del ingreso. Es dado de alta a domicilio a las 48 horas tras comprobar buen control del dolor y con la recomendación de evitar esfuerzos físicos y deportes de contacto durante un mes presentando una excelente evolución clínica.

Conclusiones. En todo paciente pediátrico con fractura esternal asociada a traumatismo torácico, aunque esta se presente de forma aislada, debemos descartar de inmediato daño miocárdico y otras posibles complicaciones intratorácicas (hemotórax, neumotórax...).

P-76. HERNIA INGUINAL: NO SIEMPRE ES LO MISMO. Isabel Simal, Antonia López López, Ana Rosa Tardáguila, Inmaculada Fernández, Ernesto M. de Diego García. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La hernia crural es muy poco frecuente en la edad pediátrica (< 1% de las hernias inguinales). Presentamos el caso de un niño con esta patología.

Caso clínico. Niño de 5 años que debuta con la aparición de una tumoración inguinal derecha, lateralizada, al realizar la maniobra de Valsalva. Con la sospecha clínica de hernia crural se solicitó una ecografía que confirmó la existencia de un defecto herbario medial a la salida de los vasos femorales.

La cirugía de reparación se realizó a través de una incisión inguinal oblicua, llevando a cabo una hernioplastia con disección y reducción del saco herniario y colocación de "plug" de malla fijado al orificio herniario con sutura no reabsorbible. No hubo complicaciones intra ni postoperatorias. Un año después el paciente está asintomático.

Comentario. Aunque es infrecuente, debemos incluir la hernia crural en el diagnóstico diferencial de las hernias inguinales y conocer su abordaje quirúrgico.

P-77. IMPACTACIÓN ESOFÁGICA DE CUERPO EXTRAÑO EN PACIENTE CON ESTENOSIS PÉPTICA POR RGE SEVERO. Cristina Perez Costoya, Sonia Amat Valero, Sarah Barnes Maraño, Agnes Molnar, Belén Pontón Martino, Diana Carolina Lara Cárdenas, Ángela Gómez Farpón, Laura Fernández García. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La estenosis péptica, como complicación del reflujo gastroesofágico (RGE) severo con retraso en el tratamiento, ocurre con una incidencia del 0,1%. La técnica empleada para el tratamiento del RGE en la actualidad es la funduplicatura tipo Nissen por laparoscopia, al que se

asocia gastrostomía en aquellos casos en que no es posible garantizar una nutrición adecuada por vía oral.

Caso clínico. Niño de 11 años con antecedente de microcefalia congénita, retraso psicomotor y discapacidad intelectual. Intervenido por RGE severo asociado a estenosis péptica mediante funduplicatura tipo Nissen laparoscópico más gastrostomía. El postoperatorio inmediato cursa sin incidencias, iniciando nutrición continua por gastrostomía y tolerancia con mínimas tomas de líquido por vía oral. Al 5º día postoperatorio presenta aumento de débito por gastrostomía, acompañado de distensión abdominal y ausencia de deposiciones. Se realiza TC abdominal que descarta perforación intestinal y dilatación de asas, pero detecta como hallazgo casual cuerpo extraño, esférico y metálico, endoluminal, a nivel del tercio inferior esofágico. Se realiza endoscopia urgente con extracción de una "canica" impactada en el cardias. Evolución posterior favorable, con buena tolerancia a la perfusión de nutrición por gastrostomía de forma intermitente a lo largo del día.

Conclusión. Una de las posibles complicaciones de la funduplicatura es la realización de un manguito estrecho que fomente la impactación alimentaria. Sin embargo, dicha impactación puede deberse a otras causas concomitantes como es la estenosis péptica derivada de la ERGE, por lo que el tratamiento precoz es fundamental para prevenir complicaciones.

P-78. INFARTO DE OMENTAL, AUMENTO DE SU PREVALENCIA COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL EN NIÑOS. Belén Pontón Martino, Ángela Gómez Farpón, Diana Carolina Lara Cárdenas, Sarah Barnes Maraño, Agnes Molnar, Cristina Perez Costoya, Víctor Álvarez Muñoz, Cristina Granell Suárez. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El infarto omental es una patología que se presenta cada vez más en los niños debido al mayor uso de los estudios de imagen y al incremento del sobrepeso y la obesidad. Clínicamente se caracteriza por dolor en hemiabdomen derecho y puede confundirse con apendicitis, ileítis, adenitis, entre otros cuadros abdominales. Su diagnóstico definitivo requiere la realización de estudios de imagen y su tratamiento puede ser conservador.

Caso clínico. Niño de 8 años que acude a nuestro centro derivado desde otro hospital por cuadro de dolor abdominal tipo cólico, difuso, de unos 3 días de evolución, que en las últimas 48 horas parece localizarse en hemiabdomen derecho. Afebril. Asocia sensación nauseosa. No refiere otra sinto-

matología. A la exploración presenta un abdomen globuloso, doloroso a la palpación sobre todo a nivel de flanco derecho, con dudosa defensa asociada. No presentes signos de irritación peritoneal. Aporta analítica donde se objetiva mínima elevación de reactivos de fase aguda, sin leucocitosis; así como ecografía abdominal en la cual no se observa el apéndice cecal, pero sí se visualiza aumento de ecogenicidad y engrosamiento de la grasa, en flanco derecho. Estos hallazgos sugieren como primera posibilidad un infarto omental, sin poder descartar un origen apendicular de la sintomatología del paciente. Se decide inicialmente mantener al paciente en observación, con control tanto analítico como ecográfico a las 24 horas, sin cambios respecto a estudios previos. Ante la persistencia de la sintomatología del paciente con imposibilidad de descartar patología apendicular, se decide realizar una laparoscopia exploradora, donde se objetiva infarto omental, con apéndice macroscópicamente normal. El paciente presenta buena evolución postoperatoria, con resolución completa de la sintomatología abdominal.

Comentario. El infarto omental debe ser considerado en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo. Su prevalencia como causa de dolor abdominal en niños está en aumento, debido sobre todo al incremento del sobrepeso en estos pacientes, siendo este un factor predisponente frecuente. A pesar de que en muchas ocasiones puede llevarse a cabo un tratamiento conservador, en caso de persistencia de la sintomatología más de 48 horas, o en caso de dudas diagnósticas, sería necesario un tratamiento quirúrgico.

P-79. LESIÓN ÓSEA, ¿BENIGNA O MALIGNA? A PROPÓSITO DE UN CASO. Paula Aguiar Jar, Beatriz Salamanca Zarzuela, Elena Pérez Gutiérrez, Marta Andrés de Álvaro, Patricia Bolívar Ruiz. *Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. La radiografía simple es la prueba más empleada en el despistaje inicial de patología ósea. Siendo el dolor el síntoma principal, otras lesiones se diagnostican por tumefacción, fracturas o pueden ser un hallazgo casual en la imagen. Cuando esto aparece, es fundamental diferenciar signos sugestivos de benignidad y malignidad.

Caso clínico. Varón de 10 años que consulta por gonalgia pretibial derecha de 5 días de evolución, que aumenta con el movimiento, sin antecedente traumático. Afebril, no presenta síntomas constitucionales. En la exploración, el triángulo de evaluación pediátrica (TEP) es normal. No signos inflamatorios ni derrame a nivel pretibial, con exploración funcional normal. Aporta radiografía informada como lesión femoral probablemente maligna. En la imagen se observa una lesión

bien definida, sin reacción perióstica, con cortical ósea íntegra y matriz fibrosa. Se diagnostica de gonalgia inespecífica y displasia fibrosa ósea como hallazgo casual.

Comentario. A la hora de determinar la etiología de las lesiones óseas, es imprescindible una correcta anamnesis en busca de datos de alarma y obtener una radiografía de la zona. A pesar de ser más frecuente la patología benigna, debe realizarse una revisión de la imagen en busca de reacciones óseas sugerentes de malignidad.

P-80. LESIONES GENITALES EN ADOLESCENTE, NO SIEMPRE DE ETIOLOGÍA INFECCIOSA. Cristina García Aparicio, Olga Caballero del Campo, Alia Fernández Rodríguez, Eva Honorata Bautista, Cristina González Miarez, Alba Hevia Tuñón, Soraya González Martínez, Aquilina Jiménez González. *Complejo Asistencial de León.*

Introducción. La úlcera de Lipschütz es una forma poco frecuente de úlcera genital en los labios menores de pacientes adolescentes. Aparecen una o más úlceras dolorosas con fondo purulento y márgenes irregulares. Cursan de forma autolimitada en contexto febril, con síntomas sistémicos propios de una infección viral. La etiología es desconocida, aunque se ha relacionado con la primoinfección por virus de Epstein-Barr.

Caso clínico. Niña de 13 años con úlceras genitales, febrícula y odinofagia. Menarquia a los 11 años y niega haber mantenido relaciones sexuales. En la exploración se objetivan varias úlceras genitales a nivel de introito vaginal y labio menor izquierdo fibrinosas y dolorosas a la palpación. La orofaringe es hiperémica sin exudado, con adenopatías palpables laterocervicales, resto de exploración normal. Analítica sanguínea y sedimento de orina normales. Los cultivos del exudado de la lesión genital y el frotis faríngeo negativos. Las serologías para citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, Brucella, virus de inmunodeficiencia humana y lúes son negativas. La muestra de exudado de la lesión genital para reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para virus herpes simple y detección directa del antígeno para Chlamydia trachomatis negativas. Recibe tratamiento antiinflamatorio y antibiótico tópico y sistémico de amplio espectro, con mejoría clínica significativa a las 72 horas y desaparición de las lesiones por completo a los 15 días.

Comentarios. El diagnóstico de úlcera de Lipschütz se establece por exclusión de otras causas infecciosas, traumáticas o inflamatorias. A pesar de su clínica característica, continúa siendo una gran desconocida y por ello infradiagnosticada en la población pediátrica.

P-81. LO QUE LA CAÍDA ESCONDE, LA EXPLORACIÓN LO DELATA. Sara Corral Hospital, Iraia Doval Alcalde, Gema Serena Gómez, Gracia Javaloyes Soler, Sara Martín Armentia, Alfonso Peña Valenceja, Teresa Cantero Tejedor. *Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA).*

Introducción. El traumatismo craneoencefálico (TCE) constituye la primera causa de morbimortalidad pediátrica con una tasa de mortalidad aproximada de 20/100.000 pacientes. El 60-90% son leves. Ocasionalmente originan lesiones intracraneales como hematomas epidurales y subdurales, cuya prevalencia en los TCE es del 1-5% y 0,5-2,5%, respectivamente.

Caso clínico. Niña de 2 años que acude a Urgencias por vómitos y nivel de conciencia fluctuante de inicio brusco. Dos horas antes TCE contra el suelo desde su altura, sin pérdida de consciencia y con llanto inmediato. A su llegada ante la fluctuación del nivel de conciencia, se monitoriza, se inicia oxigenoterapia en gafas y se canaliza vía venosa. Ante la bradicardia mantenida (70-80 lpm) con tensión arterial elevada, se realiza TAC craneal evidenciándose hematoma epidural de 76 × 26 × 80 mm en región parietal izquierda, desviación de línea media y fractura parieto-temporal izquierda. Dado el deterioro neurológico progresivo, se procede a intubación orotraqueal previa sedación, analgesia y relajación, y se administra una dosis de manitol al 20%. Se traslada a centro de referencia, donde se evacúa el hematoma epidural y otro subdural. Posteriormente, ante la buena evolución tras permanecer varios días en la UCI y en planta, fue dada de alta.

Comentario. Este caso quiere reforzar la importancia de la toma de constantes y de valorar el estado neurológico periódicamente en los TCE ya que, como en el caso actual, orienta el diagnóstico de una patología grave y obliga a una rápida actuación diagnóstico-terapéutica con el fin de reducir la morbimortalidad.

P-82. MANEJO CONSERVADOR DEL TRAUMATISMO RENAL GRADO IV. Sarah Barnes Marañón, Belén Pontón Martino, Cristina Pérez Costoya, Agnes Molnar, Diana Carolina Lara Cárdenas, Ángela Gómez Farpón, Cristina Granell Suárez, Sonia Amat Valero. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Presentación de un caso de traumatismo renal grado IV con preservación del pedículo vascular y estabilidad hemodinámica con posterior aparición de pseudoaneurisma de una rama de la arteria renal.

Caso clínico. Varón de 13 años traído en UVI móvil tras caída en bicicleta con dolor abdominal intenso y diuresis

hematúrica. El paciente presenta regular estado general con una intensa reacción vasovagal y el abdomen es doloroso, con defensa y efecto masa en hemiabdomen derecho. Se realiza TC abdominal objetivándose fractura del tercio medio renal derecho con hematoma perirrenal y retrohemo-peritoneo. Se ingresa en UCI requiriendo transfusiones de hemáties en las primeras 48 horas manteniéndose hemodinámicamente estable. Al sexto día de ingreso presenta aumento brusco del dolor en flanco derecho y de la hematuria, requiriendo de la colocación de sonda vesical de doble luz para lavados continuos. En el angio-TC se detecta un posible pseudoaneurisma de una rama de la arteria renal derecha sin sangrado activo. Se confirma con una arteriografía, procediendo en el mismo acto a su embolización. Mejoría clínica posterior con disminución del dolor y resolución progresiva de la macrohematuria, retirándose sondaje vesical el día dieciocho de ingreso. Tras un mes el paciente es dado de alta satisfactoriamente, con una gammagrafía renal ambulatoria a los seis meses que aprecia una función renal derecha del 34%.

Comentario. El manejo conservador inicial en nuestro paciente y el tratamiento mínimamente invasivo para una complicación vascular diferida ha permitido preservación de función del riñón afecto.

P-83. TETANALGESIA EN EL TRATAMIENTO DE UNA QUEMADURA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. Eva María Trueba Delgado, Cristina Delgado Martínez, Javier González González. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable cuya valoración, previa a la instauración del lenguaje, debe realizarse de forma indirecta mediante la comunicación no verbal. Se define tetanalgesia como el alivio y consuelo del dolor de un bebe cuando está al pecho mientras se le realizan procedimientos dolorosos. El pecho es el mejor chupete y da mucho más que la leche: consuelo, cariño, compañía y seguridad.

Caso clínico. Niña de 20 meses que acude a urgencias pediátricas por quemadura de 2º grado (15% superficie corporal) por contacto con agua caliente, afectando glúteo, brazo y flanco derecho. Presenta intenso dolor y ansiedad por lo que se administra ketamina intramuscular y fentanilo intranasal continuando muy irritable y agitada. Por ello, es imposible realizar la cura. Con tetanalgesia se relaja completamente y se realiza procedimiento con éxito. Asimismo se utilizó la lactancia materna para canalizar la vía venosa.

Comentario. Aplicando la tetanalgesia durante un procedimiento doloroso se reduce tanto el dolor del paciente pediátrico como la ansiedad del paciente y su madre, permitiendo además que el procedimiento sea llevado a cabo por parte del profesional de manera segura y efectiva.

La lactancia materna es un método analgésico no farmacológico superior, efectivo y eficiente que proporciona efectos beneficiosos ante el dolor leve/moderado.

Es necesario sensibilizar a los profesionales de enfermería en prevención y tratamiento del dolor al considerarse un derecho humano esencial.

P-84. VÓLVULO ILEAL POR BRIDA TRAS APENDICECTOMÍA NO COMPLICADA. Cristina Pérez Costoya, Eva María Enríquez Zarabozo, Agnes Molnar, Belén Pontón Martino, Sarah Barnes Marañón, Diana Carolina Lara Cárdenas, Ángela Gómez Farpón, Cristina Granell Suárez. *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La apendicitis aguda es la principal causa de abdomen agudo quirúrgico pediátrico. Aunque las complicaciones postoperatorias precoces son más frecuentes, no está exenta de riesgos a largo plazo. El síndrome adheren-

cial es infrecuente en la infancia, pero debe tenerse presente debido a su potencial gravedad.

Caso clínico. Niña de 6 años intervenida de apendicitis aguda no complicada mediante laparotomía, sin incidencias en el postoperatorio inmediato. Acude a Urgencias 8 meses después por dolor abdominal intenso de 48 horas de evolución, vómitos y mal estado general. A la exploración destaca aspecto séptico, distensión abdominal llamativa con livideces y defensa generalizada. Se realiza una TC abdominal urgente, compatible con obstrucción, perforación intestinal y peritonitis secundaria. Ante estos hallazgos, se realiza laparotomía urgente: vólvulo ileal secundario a brida, necrosis y perforación del asa afecta, y peritonitis. Se realiza una resección ileal e ileostomía a 35 cm de la válvula ileocecal. Buena evolución posterior. Un mes tras el evento se realiza reconstrucción del tracto intestinal. Asintomática actualmente, cuatro meses después.

Conclusiones. Las bridas son la principal causa de complicación en pacientes con antecedente de cirugía abdominal. Pueden ocasionar un vólvulo intestinal y las subsiguientes complicaciones. Es necesario descartar este tipo de patología ante un paciente postquirúrgico con abdomen agudo incluso cuando la patología y cirugía previas son no complicadas.