

## Comunicaciones Orales Viernes 14 de abril

### SALA AUDITORIO

**BENEFICIO DE LA MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA MEDIANTE DISPOSITIVO PORTÁTIL VINCULADO A SMARTPHONE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.** Plata Izquierdo B<sup>1</sup>, Domínguez Manzano P<sup>1</sup>, Álvarez Smith C<sup>1</sup>, Hernández Pinchete S<sup>1</sup>, Pérez Baguena P<sup>1</sup>, Aparicio Fernández de Gatta C<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Vithas Madrid La Milagrosa. Madrid.

**Objetivos.** Evaluar la implantación de la utilización de dispositivos electrocardiográficos portátiles vinculados a *smartphone* en una unidad de Cardiología Infantil, su utilidad para el diagnóstico de arritmias en pacientes pediátricos y la satisfacción de su uso por parte de las familias.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo observacional. Se seleccionaron pacientes atendidos en una unidad Cardiología Infantil con sospecha de arritmia (más de 1 episodio al mes y de más de 3 minutos de duración) a los que se cedió un dispositivo electrocardiográfico portátil. Debían firmar el consentimiento informado. Se analizaron variables antropométricas, la existencia o no de cardiopatía previa, alteración del electrocardiograma basal, número de registros recibidos, calidad de los mismos, tiempo al diagnóstico y diagnóstico alcanzado. Las familias entregaron una encuesta de satisfacción cuyos resultados también fueron incluidos.

**Resultados.** Se incluyeron 13 pacientes de edades comprendidas entre los 6 y los 13 años. Ninguno presentaba cardiopatía estructural ni ECG basal patológico. Todas las

familias incluidas excepto una enviaron varios registros valiosos durante el préstamo. En 10 de ellos se alcanzó un diagnóstico etiológico (9 taquicardia sinusal y 1 taquicardia paroxística supraventricular). El tiempo medio al diagnóstico fue de 2,5 días. La satisfacción general (evaluada de 0 a 5) fue buena (4,3).

**Conclusiones.** La implantación del uso de un dispositivo de registro electrocardiográfico portátil que las familias puedan manejar extrahospitalariamente mediante conexión a un *smartphone* o *tablet* conlleva un acortamiento en el tiempo de diagnóstico, disminuyendo la ansiedad familiar y adelantando, por tanto, la instauración de un tratamiento adecuado.

**ALTERACIÓN DEL INTERVALO QT EN RECIÉN NACIDOS SOMETIDOS A TRATAMIENTO CON HIPOTERMIA ACTIVA.** Plata Izquierdo B<sup>1</sup>, Domínguez Manzano P<sup>1</sup>, Jiménez Domínguez A<sup>1</sup>, Vacas Del Arco B<sup>1</sup>, Alonso Díez C<sup>1</sup>, Aparicio Fernández de Gatta C<sup>2</sup>, Hernández Pinchete S<sup>1</sup>, Martín Balbuena J<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Vithas Madrid La Milagrosa. Madrid.

**Introducción y objetivos.** La encefalopatía hipóxico isquémica tiene una incidencia de 1-3/1.000 recién nacidos vivos en nuestro medio. Es una patología grave y con importantes secuelas neurológicas y el tratamiento de elección es la hipotermia activa, un procedimiento que consiste en enfriar al recién nacido 3 o 4°C. Así se intenta obtener neuroprotección y evitar las secuelas. No está descrita morbilidad importante asociada a la hipotermia activa, si se realiza de

acuerdo a los protocolos establecidos, pero al minimizar el metabolismo cerebral también disminuye en otros órganos, como el corazón, donde se produce una disminución de la velocidad de despolarización del nodo sinusal, lo que induce bradicardia y prolongación del intervalo QT. Los objetivos de este estudio son investigar el impacto de la hipotermia activa sobre el intervalo QT y estudiar las consecuencias clínicas.

**Material y métodos.** Revisión bibliográfica de artículos científicos, estudios randomizados y una serie de casos de nuestro hospital.

**Resultados.** Del total de 10 pacientes sometidos a hipotermia activa (8 varones y 2 mujeres) el 80% sufren prolongación del QTc. La media de intervalo QTc es 504,2 ms. El 70% presenta elevación de troponinas y el 50% precisa administración de inotropos. El 100% de los pacientes recupera un QT normal tras el recalentamiento sin sufrir repercusiones clínicas. No existen diferencias significativas entre el alargamiento del QTc, y la gravedad de los pacientes.

**Conclusiones.** A pesar de ser un fenómeno poco estudiado, de acuerdo a la bibliografía y a nuestra serie de casos, no se han encontrado consecuencias clínicas importantes del alargamiento del intervalo QTc en el contexto de la hipotermia activa, evento que se produce en la inmensa mayoría de los pacientes.

**UTILIDAD DE LA ERGOMETRÍA EN LA CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA ACTUAL.** Pérez Gavilán C, Salamanca Zarzuela B, Bullón González I, Andrés Porras P, Pañeda García C, Centeno Malfaz F, Alcalde Martín C. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Introducción.** La ergometría es la técnica de elección para evaluar la capacidad funcional del sistema cardiovascular. Permite valorar la respuesta clínica, eléctrica, cronotropa y presora, ante un esfuerzo físico. Existen diferentes test de esfuerzo, siendo el protocolo Bruce escalonado en cinta rodante, el más utilizado.

**Objetivo.** Describir las características de las ergometrías realizadas en el servicio de Pediatría de un hospital de tercer nivel.

**Población y métodos.** Estudio retrospectivo de las ergometrías realizadas del 1 de julio de 2021 al 31 de diciembre de 2022.

**Resultados.** Se recogieron 62 pacientes. Media de edad: 11,76 años. Tiempo medio de esfuerzo: 7 minutos. Buena calidad del 100% de las pruebas. Motivo de solicitud (MS): clínica (dolor torácico/palpitaciones, 62,9%), arritmias (17,8%), cardiopatía estructural congénita (11,3%), antece-

dentales familiares de cardiopatía (4,8%) y deformidad torácica (3,2%). Clínica evocada durante la ergometría: 6,5% (MS 100% clínica). ECG alterado durante la ergometría: 12,9% (MS: 62,5% arritmia, 25% clínica, 12,5% deformidad torácica). Buena respuesta presora en el 100% de los casos. Actitud post-ergometría: alta (37%), seguimiento (63%), cambio/inicio tratamiento (6,5%) o ampliación estudios (11,3%).

**Conclusiones.** La ergometría es una prueba de utilidad diagnóstica y pronóstica, pudiendo aportar información relevante para un adecuado manejo del paciente. En ocasiones no permite la exclusión diagnóstica, por lo que es necesario individualizar la toma de decisiones, siendo fundamental una minuciosa anamnesis y valoración de la semiología descrita. Como toda prueba complementaria, es importante valorar previamente la eficiencia de la misma y qué resultados esperamos obtener; ya que los recursos son limitados.

**CORRELACIÓN ENTRE PARÁMETROS GLUCOMÉTRICOS DE LA MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA Y LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN PACIENTES EN EDAD PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.**

Lavandera Gil I<sup>1</sup>, Valladares Díaz AI<sup>1</sup>, Jiménez Vaquero C<sup>2</sup>, Bahillo Curieses P<sup>3</sup>, Mulero Collantes I<sup>4</sup>, Gallego Pérez A<sup>5</sup>, Bartolomé Calvo G<sup>1</sup>, Soler Monerde M<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. <sup>2</sup>Escuela Universitaria de Enfermería de Ávila. <sup>3</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>4</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Río Hortega. Valladolid. <sup>5</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Santa Teresa. Ávila.

**Objetivos.** Evaluar la relación entre tiempo en rango (TIR) y hemoglobina glicosilada (HbA1c), así como la correlación entre indicador de gestión de glucosa (GMI) y HbA1c sanguínea en pacientes pediátricos con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y monitorización de glucosa.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo entre los menores de 16 años con DM1 en seguimiento en consultas externas de Endocrinología Pediátrica. 50% de cada sexo, con una media de edad de  $10,2 \pm 0,6$  años y un tiempo de evolución de la enfermedad de  $43,3 \pm 6,1$  meses. 23 de ellos utilizaban monitorización de glucemia y 6 portaban infusión subcutánea continua de insulina (ISCI). Se analizaron datos de la historia clínica y del perfil ambulatorio de glucosa facilitado por las plataformas de descarga de datos. El análisis estadístico se realizó mediante el programa informático Excel365 y SPSS v.28.

**Resultados.** Se analizó la relación entre HbA1c y GMI mostrando una fuerte correlación positiva ( $R=0,726$ ;  $R^2=0,527$ ;  $p<0,01$ ). La relación entre HbA1c y TIR muestra

correlación negativa ( $R=-0,685$ ;  $R^2=0,469$ ;  $p<0,01$ ). Se realizó un análisis de regresión múltiple ( $R=0,728$ ;  $R^2=0,531$ ,  $p<0,01$ ), considerando como variable dependiente HbA1c, aunque los coeficientes de los predictores no fueron estadísticamente significativos, lo que se puede explicar por la fuerte correlación entre GMI y TIR ( $R=-0,910$ ;  $p>0,01$ ).

**Conclusiones.** Tanto GMI como TIR podrían ser parámetros glucométricos predictores de HbA1c, si bien se necesitan estudios más amplios que confirmen estos datos. Los modelos estadísticos no aportan datos estadísticamente significativos sobre el empleo de uno u otro indicador dada su fuerte correlación.

**SÍNDROME DE HURLER: LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ.** Lavandera Gil I, Valladares Díaz AI, Jiménez Casso S, Domínguez Bernal E, González Martín L, Bartolomé Calvo G, Soler Monterde M, Collada Carrasco M. Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.

**Introducción.** El síndrome de Hurler es la forma más grave de mucopolisacaridosis tipo I. Mutaciones en el gen *IDUA* originan una deficiencia completa del enzima alfa-L-iduronidasa y un acúmulo lisosomal de dermatán y heparán sulfato, generando un fenotipo específico (organomegalias, talla baja, engrosamiento de rasgos faciales o miocardiopatía). El tratamiento consiste en terapia hormonal sustitutiva (TES) o trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH).

**Caso clínico 1.** Niña de 7 años de edad, peso 17,7 kg (-1,84 DE), Talla 105,5 cm (-4,4 DE). Talla diana: 160 cm (-0,69 DE). Retraso psicomotor, hepatomegalia, rasgos toscos, alteración del desarrollo ponderoestatural. Padres consanguíneos. Serie ósea: escoliosis grave, deformidad de costillas y húmeros. Glucosaminoglicanos en orina (GAG): 44,27 mg/mmol de creatinina (VN 0,43-6,09). Elevación de dermatán y heparán sulfato. Análisis enzimático en fibroblastos: alfa-iduronidasa 0,81 (VN 280,5). Diagnóstico: síndrome de Hurler genotipo p.P533R/p.P533R. Se inicia TES. Afectación musculoesquelética severa, SAHOS. Edad actual: 23 años. Talla final: 130,5 cm (-4,79 DE).

**Caso clínico 2.** Recién nacido de 33+5 semanas de edad gestacional, hermano de la paciente anterior. GAG en orina: 141 mg/mml de creatinina (VN 0-50). Alfa-iduronidasa en sangre seca: 0,1  $\mu\text{mol/L/H}$  (VN 2-11,7). Se confirma genéticamente enfermedad de Hurler. Se inicia TES a los 3 meses de vida. Edad actual: 13 años. Talla 168 cm (+0,81 DE). Talla diana: 173 cm (-0,7 DE). Tanner: A3P5testes 15cc. Retraso psicomotor leve, deformidad torácica, no hepatoesplenomegalia.

**Comentarios.** El diagnóstico temprano de la enfermedad es complejo debido a que los primeros síntomas de la enfermedad son inespecíficos. Por ello es importante el conocimiento y sospecha de dicha entidad ya que se ha observado que el inicio temprano de la terapia TES retrasa e incluso previene el desarrollo de algunos rasgos clínicos de esta enfermedad, mejorando la talla final, como en los casos que presentamos.

**HIPERTIROIDISMO EN EDAD PEDIÁTRICA EN LOS ÚLTIMOS NUEVE AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.** Delgado Nicolás S<sup>1</sup>, Rubio Granda A<sup>1</sup>, Martín Pino S<sup>1</sup>, Pérez Pérez A<sup>1</sup>, Pérez Gordón J<sup>1</sup>, Mayoral González B<sup>1</sup>, García Avello N<sup>2</sup>, Riaño Galán I<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Área De Gestión Clínica de Pediatría; <sup>2</sup>Bioquímica clínica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Introducción.** El hipertiroidismo es una alteración muy infrecuente en la infancia y adolescencia, pero suele ser grave. Un 15% comienza antes de los 10 años, siendo la adolescencia la etapa de mayor incidencia. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas y el tratamiento de pacientes menores de 15 años diagnosticados de hipertiroidismo.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo en pacientes menores de 15 años diagnosticados de hipertiroidismo en los últimos nueve años en un Hospital de tercer nivel.

**Resultados.** Desde enero de 2014 hasta diciembre de 2022, 15 pacientes (11 mujeres) fueron diagnosticados de hipertiroidismo con edad media de 11,8 años (rango 4-15). El 80% presentaban síntomas al diagnóstico siendo los más frecuentes palpitaciones, pérdida de peso y nerviosismo (33,3%). En la analítica inicial se objetivó: mediana de TSH 0,01 mU/L [VN 0,25-5,0], triyodotironina (T3) 13,12 pg/ml [VN 2,0-4,40] y tiroxina libre (T4L) 3,8 ng/dl [VN 0,93-1,70]. Los anticuerpos antiperoxidasa (anti TPO) fueron positivos en 8 de 14 y los anticuerpos antirreceptor de TSH (TSI) en 12 de 13 pacientes. La enfermedad de Graves Basedow fue el diagnóstico más frecuente (86,7%). El 93,3% recibieron tratamiento médico, siendo el fármaco más empleado el metimazol. Se controló la enfermedad en el 60%, llegándose a suspender el fármaco en el 53,3%. El 62,5% de los pacientes recayó tras una mediana de 6 meses.

**Conclusiones.** La mayoría de los pacientes pediátricos con hipertiroidismo presentan síntomas al diagnóstico. El tratamiento de elección en nuestro ámbito es médico, logrando el control inicial adecuado, pero con un alto índice de recaídas.

**CRECIMIENTO INTRAUTERINO RETRASADO DISARMÓNICO E HIPOCRECIMIENTO SEVERO: UN DIAGNÓSTICO POCO HABITUAL.** *Lavandera Gil I<sup>1</sup>, Valladares Díaz AI<sup>1</sup>, Domínguez Bernal E<sup>1</sup>, Castrillo Bustamante S<sup>1</sup>, Hortelano López M<sup>1</sup>, Gallego Matey E<sup>1</sup>, Bartolomé Calvo G<sup>1</sup>, Brel Morenilla M<sup>2</sup>.* <sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Centro de Salud La Albuera. Segovia.

**Introducción.** El hipocrecimiento se define como: estatura <-2 desviaciones estándar (DE), estatura <-2 DE respecto a su talla diana, velocidad de crecimiento <-1 DE mantenida o predicción de talla adulta <2 DE respecto a su talla diana.

**Caso clínico.** Recién nacido de 39+3 semanas de edad gestacional. Somatometría al nacimiento: peso 2.100 g (-3,13 DE), longitud 43 cm (-4,2 DE), perímetro craneal 34 cm (P50-75). Padres consanguíneos, talla diana 172 cm (-0,77 DE). Retraso psicomotor, mala velocidad de crecimiento, fenotipo peculiar: frente prominente, cara triangular, pabellones auriculares de implantación baja, cifosis, pulgares de implantación baja, hipoplásicos, clinodactilia de quintos dígitos. Estudio de crecimiento: IGFI <25 ng/ml (VN 49-327), IGBP3 2,5 µg/ml (VN 0,7-3,9). Test de glucagón e insulina para GH: pico de 4,8 ng/ml (VN >7,3). Cariotipo: 46XY12p-. Arrays, estudio genético síndrome Silver-Russell y eje GH-IGFI: negativo. RMN hipofisaria: hipoplasia hipofisaria. Se inicia tratamiento con GHr, sin respuesta. Hemorragia digestiva a los 5 años, diagnóstico de varices esofágicas y cavernomatosis portal hepática. Traslado a hospital de tercer nivel. Se repite cariotipo con visualización de aneuploidías. Estudio genético de aneuploidías: variante c.915\_925dup:p.(Leu309Profs\*9) en homocigosis en el exón 9 del gen CEP57 compatible con síndrome de aneuploidía en mosaico variegada. Padres portadores en heterocigosis.

**Comentarios.** El síndrome de aneuploidía en mosaico variegada es una anomalía cromosómica de herencia autosómica recesiva caracterizada por aneuploidías múltiples en mosaico que dan lugar a variedad de anomalías fenotípicas y predisposición a cáncer. Se caracteriza por retraso del crecimiento de origen prenatal, discapacidad intelectual de grado variable, fenotipo peculiar y a veces anomalías congénitas cardíacas o alteraciones endocrinas (hipotiroidismo o déficit de hormona de crecimiento). En el cariotipo son características la aparición de aneuploidías de forma aleatoria.

**DEBUT DIABÉTICO: ¿CUÁL ES LA TENDENCIA?** *Álvarez Menéndez L, De la Iglesia Rivaya A, Miguens Iglesias P, Baroque Rodríguez S, García Iglesias A, Huidobro Fernández B.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

**Objetivos.** Analizar las características demográficas, clínicas y analíticas de los niños con debut de diabetes tipo 1 (DT1).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los nuevos diagnósticos de DT1 entre los años 2018 y 2022 en un hospital de segundo nivel. Los datos fueron recogidos a través de la historia clínica digital, y analizados mediante el programa estadístico R.

**Resultados.** El número de diagnósticos fue 44 (56% varones). La edad media de presentación fue 8,2±3,1 años (2,4-13,4). La mediana de duración de síntomas previos al debut fue de 30 días. La forma de debut más frecuente fue la cetoacidosis (50% de los pacientes: 40% leve, 27% moderada y 33% grave), seguida de hiperglucemia con cetosis sin acidosis (39%). El 50% de los pacientes recibieron tratamiento inicial con perfusión intravenosa de insulina regular y el resto con análogos de insulina subcutáneos. El 22% de los pacientes fue derivado a la UCIP de referencia. Los principales valores bioquímicos fueron: glucosa 449±143,8 mg/dl; cetonemia 4,1 (1,8-5,8) mmol/L; hemoglobina glicosilada 10,3 (8,9-12,9) %; pH 7,32 (7,20-7,37); HCO<sub>3</sub> 20,4 (11,8-23,8) mmol/L. El 95% presentó anticuerpos de DT 1 positivos (los más frecuentes, los anti transportador 8 zinc). En dos casos se realizó diagnóstico simultáneo de enfermedad celíaca.

**Conclusiones.** Llama la atención la elevada incidencia de cetoacidosis al diagnóstico, lo que sugiere un retraso en el diagnóstico. Nuestras observaciones reflejan datos observados en series previas desde la pandemia COVID-19: mayor retraso diagnóstico, y mayor tendencia a cetoacidosis al debut de DT1.

**¿CÓMO SE COMPORTAN LAS CELULITIS PRESEPTALES Y ORBITARIAS? ANÁLISIS COMPARATIVO DE COHORTES.** *Soler Monterde M<sup>1</sup>, González Martín LM<sup>2</sup>, Bartolomé Calvo G<sup>1</sup>, Lavandera Gil I<sup>1</sup>, Collada Carrasco M<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Residente de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. <sup>2</sup>Adjunto de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.

**Introducción.** Las celulitis orbitarias y preseptales son un motivo de consulta frecuente. Las complicaciones supuradas asociadas pueden conllevar alta morbimortalidad.

**Material y métodos.** Es un estudio retrospectivo observacional de cohortes, que incluye pacientes del intervalo 2018-2022 del Servicio de Pediatría de un hospital secundario, diagnosticados al alta de celulitis preseptal (CP) u orbitaria (CO). Se recogieron datos mediante la historia clínica electrónica. Se dividió la muestra en dos cohortes; cohorte

TABLA I.

Variable	Preseptal	Orbitaria	Significación estadística
Sexo (varón)	16 (59,26%)	2 (20%)	p=0,034
Edad (meses)	24 (19-72)	96 (48-132)	p=0,0156
Ingreso	10 (37,4%)	10 (100%)	p=0,01
Antibioterapia previa	12 (44,4%)	5 (50%)	p=0,76
Leucocitos (cel/mm <sup>3</sup> )	13.650 (16.550)	16.010 (22.209)	p=0,3291
PCR (mg/dl)	1,01 (11,08)	8,48 (22,29)	p=0,0318
PCT (ng/ml)	0,125 (0,13)	0,25 (2,75)	p=0,3144

CP y cohorte CO. La variable resultado fue desarrollo de complicaciones.

**Resultados.** Se analizaron 37 pacientes en total; 27 pacientes en la cohorte "CP", y 10 en la cohorte "CO". Ambas diferían significativamente en la puerta de entrada: puerta cutánea (8, 82%) principalmente en "CP" y sinusitis (8, 89%) en la "CO". En la cohorte "CO" se observaron 8 (80%) complicaciones: 5 (50%) abscesos orbitarios, 1 (10%) absceso subperióstico y 2 (20%) abscesos cerebrales, precisando 6 pacientes (60%), intervención por Neurocirugía. Sin complicaciones en la cohorte "CP". (Tabla I)

**Conclusiones.** La PCR frente otros parámetros analíticos puede ayudar a discriminar ambas celulitis. Las características epidemiológicas difieren entre ambas patologías, aumentando el riesgo de desarrollar celulitis orbitarias en pacientes mayores y con sinusitis. Las celulitis orbitarias suelen asociar más complicaciones.

**¿QUÉ PASA DURANTE Y DESPUÉS DEL SIM-PEDS? REGISTRO AUTONÓMICO.** *Miguens Iglesias P<sup>1</sup>, Rodríguez Lorenzo P<sup>1</sup>, González Calvete L<sup>1</sup>, Mayordomo Colunga J<sup>2</sup>, Calle Miguel L<sup>2</sup>, Los Arcos Solas M<sup>3</sup>, Arroyo Hernández M<sup>4</sup>, González García J<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>3</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Valle del Nalón. Langreo. <sup>4</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario San Agustín. Avilés.

**Objetivo.** Describir las características clínicas y analíticas de los pacientes con diagnóstico de SIM-PedS, durante su ingreso y en los 6 meses posteriores.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, observacional, prospectivo (diciembre 2020-junio 2022). Se incluyeron los pacientes menores de 18 años diagnosticados de SIM-PedS

en nuestra comunidad autónoma. Se recogieron datos demográficos, clínicos y analíticos durante el ingreso y en los 6 meses posteriores.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio, se incluyeron 16 pacientes (68,8% varones, edad media 10,2 años). Todos los pacientes tuvieron fiebre, 12 (75%) clínica gastrointestinal y 12 (75%) exantema. Todos los pacientes presentaron elevación de reactantes de fase aguda (RFA), 13 (81,2%) elevación de ProBNP, 10 (62,5%) linfopenia y 6 (37,5%) trombopenia. En la evaluación cardiológica durante el ingreso se encontraron alteraciones en 6 pacientes (37,5%). Todos los pacientes recibieron inmunoglobulinas, 14 (87,5%) corticoides y 6 (37,5%) inotrópicos. 9 pacientes (56,2%) precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), con una estancia media de 3,5 días. 1 falleció. No se han descrito alteraciones reseñables en la analítica ni en la evaluación cardiaca durante los 6 meses posteriores al alta, y todos han permanecido asintomáticos, aunque 3 pacientes referían cansancio.

#### Conclusiones:

- Durante el ingreso, todos los pacientes presentaron fiebre y, la mayoría, clínica gastrointestinal o exantema. Todos presentaron elevación de RFA. Todos recibieron tratamiento con inmunoglobulinas. La mayoría de los pacientes precisó ingreso en UCI y 1 falleció.
- Durante el seguimiento en los 6 meses posteriores al alta no se han descrito alteraciones reseñables.

**REPUNTE DE CASOS DE BRONQUIOLITIS EN EL TERCER AÑO DE PANDEMIA COVID-19: ¿CUÁNTO DURARÁ LA DEUDA INMUNITARIA?** *Morales Moreno AJ, Aldana Villamañán I, Bermúdez Barrezueta LC, Matías Del Pozo V, Marcos Temprano M, Fernández González S, de Felipe Pérez M, Pino Vázquez A.* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Objetivo.** Analizar la epidemiología de la bronquiolitis aguda durante los 3 años de pandemia COVID-19 en relación con 8 temporadas epidémicas anteriores.

**Metodología.** Estudio observacional, realizado en un hospital terciario, que comparó el perfil epidemiológico clínico de lactantes hospitalizados por bronquiolitis durante dos periodos: pandemia COVID-19 (15 marzo-2020 a 28 de febrero-2023) y pre-pandemia (1 septiembre-2012 a 14 marzo-2020).

**Resultados.** Se incluyeron 673 pacientes (58,5% varones). La mediana de edad fue 2,5 meses (RIQ 1,4-4,9) y peso 5,4 kg (RIQ 4,3-6,9). En pre-pandemia hubo 485 ingresos (media 61 admisiones/temporada epidémica). Durante la pandemia se produjeron 188 ingresos, observamos un único caso en septiembre-2020 y no hubo ningún paciente hospitalizado durante la temporada invernal 2020-2021, registrándose un pequeño brote en verano-2021 (25 ingresos), seguido de un brote moderado en otoño-invierno 2021-2022 (57 ingresos). Se produjo un gran repunte de bronquiolitis en el otoño-invierno 2022-2023 con 106 ingresos, representando un incremento del 74% respecto a la media de admisiones en pre-pandemia, con un aumento significativo de coinfecciones virales en relación al período pre-pandemia (52,8% vs 37,3%;  $p=0,003$ ), así como, más frecuencia de apneas (14,2% vs 5,4%;  $p=0,001$ ), sepsis (8,5% vs 1,9%;  $p<0,001$ ) e ingreso en UCIP (38,7% vs 22,3%;  $p<0,001$ ). No observamos diferencias en la estancia hospitalaria.

**Conclusiones.** Durante la última temporada epidémica observamos un notable aumento en la incidencia de bronquiolitis. Probablemente, el período prolongado de baja exposición a patógenos ha provocado una disminución de la inmunidad poblacional, con un resurgimiento de bronquiolitis, teoría conocida como “deuda inmunitaria”.

**ADENOVIRUS, EL GRAN CONFUSOR.** *Marín Rodero J, Giordano Urretabizkaya MN, Gonzalo Marguello M, Rollano Corroto I, Ramos Cela M, Ruiz Rentería E, Gijón Criado I, Leonardo Cabello MT. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** Los adenovirus son virus ADN bicatenarios sin envoltura. Producen sintomatología variada y también pueden mimetizar enfermedades multisistémicas o infecciones bacterianas lo que conlleva en muchos casos la realización de pruebas complementarias, prescripción de antibióticos e ingresos hospitalarios.

**Objetivo.** Describir las características clínicas, analíticas y el manejo llevado a cabo en un hospital de tercer nivel.

**Metodología y resultados.** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron pacientes menores de 16 años con infección por adenovirus en un hospital de tercer nivel, del 2020 hasta el 2021. Se incluyeron 83 pacientes, siendo varones 65,1%. La mediana de edad fue 19 meses (RIC 11-24 meses). La mediana de evolución de síntomas fue 72 horas (RIC 24-120 horas). La sintomatología predominante: 80,7% fiebre, 51,8% infección de vías aéreas altas, 49,4% diarrea, 32,5% faringoamigdalitis, 24,1% vómitos, 9,6% otitis, 8,4% conjuntivitis, 2 vías aéreas bajas y 2 meningitis. Se extrajo analítica en 56,6%. Las variables analíticas (leucocitos, PCR y PCT) estaban alteradas en más de la mitad. La mediana de obtención de resultado fue de 48 horas (RIC 24-72 horas). Ingresaron 30/83 pacientes. Los motivos fueron: 43,3% fiebre y alteración analítica, 20% sintomatología digestiva, 10% causas respiratorias, 6,7% afectación del estado general y 20% otros motivos. Analizando las diferencias entre el grupo que ingresó y el que no ingresó obtuvimos diferencias en: realización de analítica ( $p=0,00$ ), uso de antibioterapia ( $p=0,014$ ), tipo de prueba Ag/PCR ( $p=0,021$ ). No hubo diferencias en la edad, tiempo de evolución o parámetros analíticos (leucocitos, neutrófilos, PCR, PCT)

**Conclusiones.** El paciente tipo de nuestra muestra fue un varón menor de 2 años que presenta fiebre e infección respiratoria de vías altas. Más de la mitad de los pacientes mostraron alteración de parámetros infecciosos. Esto, junto con el tiempo de obtención de resultado de OCR adenovirus (72 horas en el 75%) conlleva las prescripción de antibióticos.

**TOXOCARIASIS: VARIABLE E INFRECUENTE.** *Salcedo Fresneda O, Mesa Lombardero E, Miranda Montequín S, Santos Gómez L, Alonso Alonso A, Muñoz Lumbreras M, Calle Miguel L. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivo.** Estudiar las características clínicas y analíticas de la infección por *Toxocara* spp. en la población pediátrica.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes pediátricos diagnosticados de toxocariasis en un hospital en los últimos 5 años.

**Resultados.** Se diagnosticaron 5 pacientes (60% niñas, mediana de edad 2 años). Tres residían en medio rural, cuatro tenían contacto con animales y dos presentaban comportamiento de pica. Dos pacientes fueron diagnosticados por urticaria crónica, con eosinofilia leve y estudio de extensión negativo. Recibieron tratamiento con albendazol durante 5 días. Dos pacientes fueron diagnosticados por estudio de

eosinofilia grave mantenida durante más de tres meses en analíticas solicitadas por otro motivo. Presentaban manifestaciones cutáneas, lesiones hepáticas focales en la ecografía y fondo de ojo normal. Recibieron albendazol durante 3 semanas. Un paciente presentó un síndrome febril prolongado con exantema, clínica respiratoria y adenopatías generalizadas. Las pruebas complementarias mostraban una hipereosinofilia grave y afectación hepática y pulmonar. Las serologías fueron inicialmente negativas, con seroconversión el día 21 de ingreso. Recibió varios ciclos de albendazol, ivermectina y corticoides. Todos los pacientes evolucionaron favorablemente.

**Conclusiones.** La infección aguda por *Toxocara* spp. se incluye en el diagnóstico diferencial de la eosinofilia. La mayoría de las infecciones son leves y autolimitadas, pero pueden aparecer cuadros graves. Las manifestaciones clínicas pueden ser variables. El diagnóstico es serológico.

**TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS: UNA COMPLICACIÓN NO TAN INFRECUENTE DE LA OTOMASTOIDITIS.** *Antomil Guerrero B<sup>1</sup>, Blanco Lago R<sup>1</sup>, Hedrera Fernández A<sup>1</sup>, González Acero A<sup>1</sup>, Vega López L<sup>2</sup>, Mesa Lombardero E<sup>2</sup>, Fernández Miaja M<sup>2</sup>, Málaga Diéguez F<sup>3</sup>.* <sup>1</sup>Unidad de Neuropediatría, Servicio de Pediatría; <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>3</sup>Department of Neurology. UT Southwestern Medical Center. Dallas, EE.UU.

**Introducción.** Aunque las complicaciones intracraneales de las mastoiditis suponen el 2% de los casos, la trombosis de senos venosos (TSV) es una de las más habituales y potencialmente graves. La aparición de la clínica neurológica se produce de manera paulatina, conforme al aumento de la presión intracraneal (PIC).

**Casos clínicos.** Se exponen los casos de dos varones de 3 años que debutan con clínica de hipertensión intracraneal (HTIC). Ambos habían presentado en los días previos una otitis media aguda tratada con antibioterapia oral. Se realiza TC, con resultado normal, punción lumbar, objetivándose aumento de presión de apertura, y fondo de ojo, donde se aprecia papiledema bilateral. Se completa estudio con resonancia magnética craneal (RMc) donde se objetiva trombosis de seno sigmoide y vena yugular derechos en el primer caso y de senos sigmoide y transversos derechos en el segundo, en ambos casos secundarias a otomastoiditis ipsilateral. Se inicia antibioterapia, heparina y acetazolamida. El primer paciente desarrolla una HTIC refractaria a tratamiento farmacológico, por lo que finalmente se realiza derivación lumboperitoneal, a pesar de lo cual, su campo visual resulta comprometido.

En el segundo caso, la evolución es favorable, encontrándose asintomático tras inicio de la acetazolamida. En el primer paciente se detecta una trombofilia.

**Conclusiones.** En las HTIC secundarias, además de instaurar el tratamiento etiológico específico, resulta fundamental el alivio rápido de la PIC para evitar complicaciones a nivel neurológico y visual potencialmente irreversibles. La evolución clínica y los controles oftalmológicos guiarán el manejo terapéutico de la HTIC.

**INFECCIONES POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.** *Andrés Porras MP, Pérez Gavilán C, Ferrer Ortíz I, Delgado Lafuente A, Cancho Soto T, Caballero Caballero M, Salamanca Zarzuela B.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Objetivos.** Describir el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con infección por *Streptococcus pyogenes* en el servicio de Urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de faringoamigdalitis aguda (FAA) estreptocócica y escarlatina en el servicio de Urgencias pediátricas entre el 01/10/22 y el 28/02/23.

**Resultados.** Se revisó la historia clínica de 691 pacientes valorados en el servicio de Urgencias con diagnóstico de FAA al alta. En 318 se sospechó etiología bacteriana (edad media 6,95 años), confirmándose en el 76% (243) con prueba microbiológica positiva para *Streptococcus pyogenes* (95% test rápido de antígeno y 5% frotis faríngeo). Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico: amoxicilina (69%), penicilina (28%), otros (3%). De los pacientes con diagnóstico de confirmación, el 81% presentó un score de 4-5 en los criterios de McIsaac. Además, se encontraron 69 pacientes con diagnóstico de escarlatina (edad media 4,3 años). En cuanto a las complicaciones de la infección por *Streptococcus pyogenes* se describieron una glomerulonefritis estreptocócica y un síndrome de pseudoescaldadura con streptotest positivo.

**Conclusiones:**

- En nuestro Servicio de Urgencias se realiza una prueba microbiológica un alto porcentaje de los pacientes con sospecha de FAA de etiología bacteriana.
- En el 97% de los pacientes que recibieron tratamiento antibiótico, la pauta se ajustó a las recomendaciones del documento de consenso de la Asociación Española de Pediatría.

## SALÓN QUINTANAR

**MANEJO INTEGRAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PECTUS EXCAVATUM: COMBINACIÓN DE CAMPANA DE VACÍO JUNTO CON FISIOTERAPIA PEDIÁTRICA.** Gómez Beltrán O<sup>1</sup>, Molina Vázquez ME<sup>1</sup>, Llanos Tranque C<sup>2</sup>, Tejerina López R<sup>1</sup>, Gómez Andrés A<sup>2</sup>, Aguilar Cuesta R<sup>1</sup>, Pradillos Serna J<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>2</sup>Centro Especializado de Fisioterapia Pediátrica Le Petit Kiddo. Valladolid.

**Objetivo.** Presentar nuestra experiencia en el manejo del pectus excavatum en niños y adolescentes con un programa integral de fisioterapia pediátrica asociado a campana.

**Material y métodos.** Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes con pectus excavatum atendidos en nuestro centro en el último año.

**Resultados.** Se atendieron un total de 19 pacientes. La edad media fue de 11 años. La razón hombre-mujer fue de 1,58. Todos los pacientes presentaron cifosis y algunos cursaron con alteraciones odontológicas con mordidas cruzadas y problemas en la pisada. 47% de los casos presentaron escoliosis. En todos los pacientes se efectuó radiografía de columna y ecocardiograma más electrocardiograma. 10% de los pacientes presentaron anomalías cardiológicas. Un paciente cursa con síndrome de Currarino-Silverman y otro presenta pectus excavatum tipo condromanubrial. Una paciente se trató mediante cirugía de toracoscópica con técnica de Nuss por un pectus excavatum severo. En todos los pacientes se ha efectuado manejo conjunto con campana de succión unido a fisioterapia pediátrica de corrección postural consistente terapia de inducción miofacial, movilizaciones de la caja torácica, flexibilización de la columna vertebral y potenciación de la musculatura interescapular. Todos los pacientes han presentado mejoría clara tanto a nivel del pectus como en la corrección de las alteraciones asociadas, salvo en el caso de la paciente con Currarino-Silverman.

**Conclusiones.** El manejo integral de los pacientes con pectus excavatum debe incluir el tratamiento con campana más un programa completo de fisioterapia pediátrica. En todos los casos deben descartarse alteraciones cardiológicas, de la columna, odontológicas y podológicas.

**ATRESIA DE ESÓFAGO: NUESTRA EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE 14 PACIENTES.** Echeverría Carrillo JA, Ferlini RL, Gavañ Félix Y, Montero García J, Hernández Díaz C, Ortega Escudero M, Alonso Arroyo V, Gutiérrez

Dueñas JM. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos.

**Introducción.** La atresia de esófago (AE) tiene una incidencia de 1:2.500-3.000 recién nacidos. Consiste en un grupo de malformaciones digestivas congénitas que se caracterizan por un defecto en la continuidad esofágica. Es incompatible con la vida, requiere un diagnóstico y tratamiento inmediato.

**Objetivos.** Conocer la epidemiología, evolución y tratamiento de los pacientes con AE tratados en nuestro centro.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes ingresados en un Hospital de Tercer nivel en 9 años (2012-2021).

**Resultados.** Se incluyeron 17 recién nacidos, un 64,7% eran varones y un 35,3% eran mujeres (relación de 1,8:1); la media de edad gestacional fue de 36,6 semanas, la media de peso de 2.405 gramos. El 100% correspondían con el tipo C de la clasificación de Gross. Un 35,29% de los pacientes asoció otras malformaciones. En 16 pacientes (94,11%) se realizó cierre de fístula traqueo-esofágica y anastomosis termino-terminal por toracotomía postero-lateral derecha con preservación muscular. En 1 paciente (5,88%) se realizó reconstrucción esofágica mediante técnica de Collis-Nissen. La estenosis esofágica fue la complicación más frecuente (41%), seguida por RGE (17%), refistulización (5%) y dehiscencia de la anastomosis (5%). El 64,7% de los pacientes requirió algún procedimiento posterior; la dilatación neumática fue el procedimiento más común (47%) seguido de la cirugía antirreflujo (17%). La tasa de fallecimientos fue del 5%.

**Conclusiones.** Los resultados de nuestra serie son similares a aquellos reportados en la literatura.

**MANEJO QUIRÚRGICO DE LITIASIS URINARIAS: NUESTRA EXPERIENCIA ACUMULADA.** Tejerina López R<sup>1</sup>, Molina Vázquez ME<sup>1</sup>, Gómez Beltrán OD<sup>1</sup>, Aguilar Cuesta R<sup>1</sup>, Pradillos Serna JM<sup>1</sup>, Garrote Molpeceres R<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica; <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Objetivo.** La litiasis urinaria infantil origina una de cada 4.500 hospitalizaciones en niños. Presenta una tendencia al alza, con un incremento de la incidencia. Mostramos nuestra experiencia, las diferentes técnicas que manejamos y resultados.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de litiasis urinarias intervenidas entre 2011 y 2022, mediante litotricia o acceso endourológico.



**Resultados.** 17 pacientes, edades comprendidas entre 1 y 12 años (media: 6,17). Litiasis única en 12 casos (70%) frente a 5 múltiples, generando 19 unidades renales, 10 en riñón derecho y 9 en izquierdo. Localizadas en uréter (7 casos, 36%); pelvis (7, 36%); cáliz superior (2, 10%) e inferior (3, 15%). Diámetro de litiasis entre 6 y 15 mm (media: 9,7 mm). La clínica predominante fue dolor y dilatación de vía urinaria en 6 pacientes, infección del tracto urinario en 6, 7 presentaron hematuria. Realizamos inicialmente litotricia extracorpórea en 8 unidades (42%) en otra se realizó de rescate tras ureterorrenoscopia fallida. En 11 (57%) optamos por abordaje endourológico de entrada, empleando fragmentación laser de litiasis en 5. 2 unidades fueron tratadas mediante LEOC, siendo rescatadas mediante ureterorrenoscopia. 14 unidades eliminaron litiasis en una sesión, mientras 5 persistieron. Como complicaciones, un paciente precisó retirada urgente del doble J por infección urinaria y colonización del mismo. Otro presentó migración del doble J al interior del uréter, precisando ureterorrenoscopia para su extracción.

**Conclusiones.** Presentamos nuestra experiencia y progresión en la curva de aprendizaje de la endourología. Proponemos centralizar la atención de la litiasis en un mismo centro para mejores resultados.

**ATRESIAS INTESTINALES EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN NUESTRO CENTRO.** *Mañaricua Arnáiz A, Obregón Asenjo M, Zarandona Leguina S, López Salas E, García Miralles LC, Calleja Ibáñez M. Servicio de Cirugía Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

**Objetivos.** Determinar las características de los pacientes con diagnóstico de atresia intestinal, así como las asociaciones y las complicaciones de cada una de ellas según su localización.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo de los casos de atresia de intestino delgado (AID) y atresia anorrectal (AAR) ingresados en periodo neonatal entre enero de 2013 y Marzo de 2023. Revisión de historias clínicas. Cálculo de incidencia.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 17 pacientes. El 52,9% fueron varones, con predominio del género femenino en las AID (71,4%). Las atresias más frecuentes fueron las anorrectales (58,8%) en contraposición con las AID. Estas últimas, se subdividen según su lugar de afectación asociando una prevalencia similar entre ellas, estando las atresias duodenales, yeyunales y yeyunoileales presentes en un 28,5% cada una de ellas siendo minoría las atresias

ileales. La mediana de tiempo hasta la intervención en las AID fue de 2 días mientras que las anorrectales presentaron un periodo mayor. El 41,17% asocian malformaciones, todas ellas relacionadas con la patología anorrectal siendo el 85,2% estructurales (VACTERL, síndrome de Opitz, alteraciones nefrourológicas, malformación de fosa posterior) y el 14,8% cromosómicas (trisomía 21). Todas se intervinieron postnatalmente sin complicaciones a corto plazo. A largo plazo, un caso de obstrucción intestinal tras postoperatorio de atresia yeyunal con evolución favorable.

**Conclusiones.** En las AI analizadas en nuestro centro predominan las AAR y muestran diferencias de género en función de la localización. Las anomalías obtenidas se asocian a la AAR. Las complicaciones postquirúrgicas son mínimas y benignas.

**UTILIZACIÓN DE REALIDAD VIRTUAL PARA PROCEDIMIENTOS: PRIMERAS IMPRESIONES.** *Obregón Asenjo M, Gil Calderón FG, Gonzalo San Esteban A, Gómez Sánchez E, Blanco Gómez I, Calleja Ibáñez M, Luis Barrera C, Iglesias Rodríguez M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

**Introducción.** La realidad virtual puede ayudar a disminuir la ansiedad y el dolor en procedimientos.

**Objetivo.** Describir nuestra experiencia en el uso de gafas de realidad virtual (GRV) durante la realización de procedimientos mínimamente invasivos.

**Material y método.** Estudio observacional descriptivo del uso de GRV durante la realización de procedimientos: antes y durante la infiltración de toxina botulínica con sedación superficial y la canalización de vía venosa previa a sedación profunda. Se recogen datos demográficos epidemiológicos y se valora la satisfacción de pacientes y familiares mediante pregunta directa. También se realiza una encuesta al personal de enfermería.

**Resultados.** Se ofrecieron GRV a 12 pacientes, 75% varones. Mediana de edad 8,5 años. 3 pacientes no quisieron iniciar GRV, 2 de ellos con diagnóstico de TEA. Se empleó en 5 infiltraciones de toxina botulínica y en 5 canalizaciones de vía periférica. En todos los casos excepto en uno ya se había realizado el procedimiento. En el único caso nuevo se repitió el procedimiento, en las 2 ocasiones con GRV. En 77% de los pacientes la experiencia fue satisfactoria, uno de ellos con diagnóstico de TEA. En el resto se retiraron, en un caso tras mareo. Sobre enfermería, se obtuvieron 8 respuestas: un 57,1% valoró positivamente. En ningún caso interfirió en las labores asistenciales.

**Conclusiones.** En nuestra serie, las GRV fueron bien aceptadas por los pacientes y familiares para estos procedimientos. No interfirieron en la técnica, con mínimas complicaciones. Faltan más estudios para confirmar estos hallazgos y seleccionar pacientes.

#### **GASTO DEL MATERIAL FUNGIBLE DEL SOPORTE RESPIRATORIO USADO EN LA BRONQUIOLITIS.**

*Gutiérrez Moreno M<sup>1</sup>, Bartolomé Cano M<sup>2</sup>, del Villar Guerrero P<sup>3</sup>, Medina Villanueva A<sup>4</sup>, Hernández García R<sup>5</sup>, Baz Villoria C<sup>6</sup>, Ochoa Sangrador C<sup>7</sup>, Modesto i Alapont V<sup>8</sup>.*

*<sup>1</sup>Consulta de Pediatría. Centro de Salud Aranda Sur. Aranda de Duero, Burgos. <sup>2</sup>Planta de Pediatría. Hospital Universitario Clínico de Valladolid. <sup>3</sup>Planta de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>4</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>5</sup>Centro de Salud Guijuelo. Salamanca. <sup>6</sup>Centro de Salud Periurbana Norte. Salamanca. <sup>7</sup>Planta de Pediatría. Unidad de Investigación. Complejo Asistencial de Zamora. <sup>8</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

**Objetivos.** Estimar el coste del material utilizado en la oxigenoterapia de alto flujo (OAF), la oxigenoterapia convencional (OC) y la ventilación no invasiva (VNI) en la bronquiolitis.

**Material y métodos.** Descripción del gasto de material usado en el soporte respiratorio de los pacientes ingresados. Se realizó un listado del material necesario, el coste de los fungibles y dispositivos fueron recopilados por los diferentes hospitales colaboradores y/o las principales casas comerciales. Se calculó una estimación del gasto según cada soporte respiratorio. Se añadieron los costes directos de los ingresos en planta y en UCIP según las perspectivas del Sistema Nacional de Salud.

**Resultados.** El gasto derivado de los fungibles necesarios en el soporte respiratorio en un paciente con bronquiolitis, fueron recabados tras la recopilación de los precios a través del servicio de suministros de los hospitales colaboradores y por las casas comerciales. El coste derivado [mediana (p25-p75)] del uso de la OC y de la OAF fue de 3,32€ (0,9175-4,47), 137,71€ (77,18-173,31) respectivamente y en el caso de la VNI con un solo uso de la interfase y arnés fue de 234,48€ (75,965-351,647) y para usos múltiples 81,48€ (39,227-125,574).

**Conclusiones.** En el caso de poder reutilizar el material de VNI hasta en diez ocasiones como recomiendan los fabricantes, el mayor gasto es el de la OAF, ambos muy superiores al de la OC. Es precisa una evaluación económica tipo análisis de coste-efectividad para poder completar este estudio.

#### **IMPACTO EN LA VIDA DIARIA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS Y SUS FAMILIAS.**

*Antomil Guerrero B<sup>1</sup>, Anllo Buznego A<sup>1</sup>, Díaz García P<sup>1</sup>, Fernández López A<sup>1</sup>, Fernández Morán E<sup>1</sup>, García Fernández S<sup>1</sup>, Riaño Galán I<sup>1</sup>, Málaga Diéguez I<sup>2</sup>.*

*<sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>2</sup>Department of Neurology. UT Southwestern Medical Center. Dallas, EE.UU.*

**Objetivo.** Conocer el impacto en la vida diaria de algunas enfermedades crónicas en pacientes pediátricos.

**Material y métodos.** Se evalúa la calidad de vida de pacientes pediátricos con tres patologías crónicas diferentes mediante el cuestionario KIDSCREEN-27, que se realiza además a familiares y a un grupo de controles sanos. Asimismo, se recogen datos sobre tratamiento crónico, grado de control de la enfermedad y rendimiento escolar.

**Resultados.** Se obtiene una muestra de 32 niños (16 varones) con una mediana de edad de 14 años y de tiempo de evolución de la enfermedad de 8,5 años, presentando la siguiente distribución: 10 con epilepsia, 9 con diabetes tipo 1, 3 con asma persistente y 10 controles. Se comparan las respuestas de los pacientes con las de los controles, las de los familiares y entre subgrupos de patologías, de manera que se observan diferencias significativas en los apartados correspondientes a actividad física, estado de ánimo y amistades. Respecto al ámbito académico, hasta un tercio de los pacientes ha perdido horas lectivas debido a su enfermedad.

**Conclusiones.** La percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes pediátricos con enfermedades crónicas es similar a la de sus pares sanos. Sin embargo, los padres perciben mayor afectación que el propio paciente. Se ha de trabajar en dar respuesta a las necesidades de la población de menores con enfermedades crónicas, puesto que presenta limitaciones en su vida diaria a las que no se enfrentan aquellos que no tienen ningún problema de salud.

#### **HETEROGENEIDAD CLÍNICA DE LA DISPLASIA SEPTO-ÓPTICA: UNA SERIE DE 3 CASOS.**

*Iglesias Rodríguez M, Arteta Saenz E, Blanco Barrio A, Pérez Arnaiz L, Puente Ubierna L, Obregón Asenjo M, López Salas E, Zaramona Leguina S. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

**Introducción.** El síndrome de Morsier o displasia septo-óptica (DSO) afecta a 1/10.000 recién nacidos vivos. Su tríada clásica: defectos de línea media + hipoplasia del ner-

vio óptico + alteraciones hipotálamo-hipofisarias, afecta a cerca de 1/3 de los pacientes. Con frecuencia asocia déficits hormonales, siendo el más frecuente el de hormona de crecimiento (GH). Es de causa desconocida, se han descrito factores genéticos (solo confirmados en el 1%), y ambientales gestacionales. Presentamos una serie de 3 casos diagnosticados en nuestro centro.

**Material y métodos.** Revisión de historias clínicas y bibliografía

**Resultados.** De los 3 casos de nuestro centro, el 100% son varones.

- El primero debutó a los 5 meses con nistagmo rotatorio y dificultades en fijación y seguimiento (visión del 10%), actualmente tiene 5 años y no presenta déficits hormonales.
- El segundo caso, diagnosticado a los 3 meses, presentaba hipoglucemia neonatal precoz y retraso global del desarrollo, con ceguera y glaucoma. Asocia déficit de ACTH, GH y TSH, actualmente tratado con levotiroxina, hidrocortisona y GH con buena evolución.
- El último caso debutó en periodo neonatal con hipoglucemia precoz e hiperbilirrubinemia. Asocia diabetes insípida central, hipotiroidismo central y discapacidad visual grave, recibe tratamiento con desmopresina y levotiroxina.

**Conclusiones.** La DSO es una entidad con amplia variedad fenotípica. Debe estar presente en el diagnóstico diferencial de anomalías visuales de inicio precoz, sobre todo si asocian hipoprecimiento o déficits hormonales. El diagnóstico precoz y tratamiento adecuado mejoran el pronóstico de estos pacientes.

**SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS AGUDOS: CUANDO LA CAVERNOMATOSIS DA LA CARA.** *Soler Monterde M<sup>1</sup>, Pérez Yague G, Bartolomé Calvo G<sup>1</sup>, Lavandera Gil I<sup>1</sup>, Collada Carrasco M<sup>1</sup>, González Martín L<sup>2</sup>, Domínguez Bernal EM<sup>3</sup>, Santana Rodríguez C<sup>2</sup>.* <sup>1</sup>Residente de Pediatría; <sup>2</sup>Adjunto de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.

**Introducción.** La cavernomatosis cerebral se caracteriza por la presencia de angiomas congénitos intracraneales, únicos o múltiples. El 40% son asintomáticos, pudiendo manifestarse como crisis convulsivas, alteraciones neurológicas focales o cefalea. Existe una forma autosómica dominante y otra idiopática.

**Casos clínicos. Caso n° 1.** Niño de 23 meses, sano y con antecedente materno de cavernomatosis cerebral, que

acude a Urgencias por crisis convulsiva generalizada tónico-clónica coincidiendo con cuadro catarral con fiebre. Cede parcialmente tras administrar dos dosis de benzodiazepinas (intranasal e intravenosa), sin recuperación de la consciencia, y reaparece a los pocos minutos, sin responder a levetiracetam intravenoso y con acidosis respiratoria grave. Ante estatus epiléptico con mala respuesta al tratamiento farmacológico habitual, se decide intubación orotraqueal, inicio de ventilación mecánica invasiva y perfusión intravenosa continua de midazolam. Se realiza TAC craneal donde se objetiva lesión frontal derecha compatible con hemangioma cavernoso hemorrágico.

**Caso n° 2.** Niño de 12 años, sano, que acude por tercera vez a Urgencias por cefalea frontal bilateral desde hace 3 días, aparición brusca de madrugada, continua, opresiva y asociada a vómitos autolimitados. No presenta mejoría con analgesia oral en domicilio, aunque sí con analgesia intravenosa. Exploración neurológica completamente normal y constantes vitales estables. Por persistencia de la clínica se realiza TAC craneal compatible con cavernomatosis cerebral múltiple con lesión sangrante frontal derecha.

Ambos casos son valorados por Neurocirugía que realiza resección de la lesión sangrante con evolución posterior favorable.

**Comentarios.** La cavernomatosis cerebral es una patología poco prevalente, que debe sospecharse ante sintomatología neurológica aguda, investigando siempre los antecedentes familiares.

**LEUCODISTROFIA METACROMÁTICA INFANTIL TARDÍA: REPORTE DE DOS CASOS.** *Antomil Guerrero B<sup>1</sup>, Hedrera Fernández A<sup>1</sup>, Blanco Lago R<sup>1</sup>, González Acero A<sup>1</sup>, Muñoz Lumbreras M<sup>2</sup>, Salcedo Fresneda O<sup>2</sup>, García Fernández S<sup>2</sup>, Málaga Diéguez F<sup>3</sup>.* <sup>1</sup>Unidad de Neuropediatría, Servicio de Pediatría; <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>3</sup>Department of Neurology. UT Southwestern Medical Center. Dallas, EE.UU.

**Introducción.** La leucodistrofia metacromática (LDM) es una enfermedad de depósito lisosomal y carácter neurodegenerativo, debida a la deficiencia del enzima arilsulfatasa A por mutación del gen *ARSA*, de herencia autosómica recesiva. La forma más frecuente y de peor pronóstico es la infantil tardía, cuyo debut habitualmente consiste en estancamiento del desarrollo psicomotor (DMP) seguido de pérdida de habilidades adquiridas. Existen nuevas opciones terapéuticas (terapia enzimática sustitutiva, terapia génica, trasplante de médula ósea) que están demostrando eficacia.

**Casos clínicos.** El primer caso es un varón que debuta con trastorno de la marcha (espástica-atáxica) a los 18 meses, con pérdida de la deambulación a los 2 años y 7 meses. Actualmente, con 7 años, presenta tetraparesia espástica, déficit visual grave y es portador de gastrostomía. El segundo caso es una mujer con estancamiento del DPM a partir de los 18 meses y regresión posterior en los hitos motores y del lenguaje, presentando pérdida de la deambulación autónoma a los 2 años y 6 meses. En ambos, se establece sospecha clínico-radiológica de LDM con hiperintensidad de sustancia blanca bilateral y simétrica con el patrón atigrado característico –recibiendo confirmación enzimática en el segundo– y genética en ambos.

**Conclusiones.** En la evaluación neurológica del lactante, resulta fundamental explorar la existencia de una detención o regresión en el DMP, ya que puede ser el primer síntoma de una enfermedad neurodegenerativa que habrá que investigar, puesto que su identificación temprana permitirá un manejo dirigido del paciente, así como la posibilidad de ofrecer a la familia asesoramiento genético.

#### ENCEFALOPATÍA NEONATAL AGUDA A ESTUDIO.

*García Miralles L<sup>1</sup>, López Salas E<sup>1</sup>, Pérez Arnáiz L<sup>1</sup>, Miranda Vega M<sup>2</sup>, Bustamante Hervás C<sup>2</sup>, Zarandona Leguina S<sup>1</sup>, Iglesias Rodríguez M<sup>1</sup>, de Frutos Martínez C<sup>2</sup>.* <sup>1</sup>Servicio de Pediatría; <sup>2</sup>Unidad de Neonatología. Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

**Introducción.** La hiperglicinemia no cetósica (HNC) se debe a una disfunción del complejo de escisión de la glicina, con acumulo tisular de la misma y especial repercusión en el sistema nervioso central. La forma clásica neonatal cursa como encefalopatía mioclónica precoz. El diagnóstico de confirmación es genético y aunque el benzoato-sódico puede mejorar los síntomas, el pronóstico es infausto.

**Caso clínico.** Recién nacido a término que ingresa por disminución de nivel de conciencia. Como antecedentes relevantes: consanguinidad entre progenitores y rachas de hipo fetal. En la exploración física destacaba una hendidura palatina y neurológicamente presentaba estupor, hipotonía y sacudidas mioclónicas ocasionales. Neuromonitorización y pruebas de laboratorio de primer nivel sin alteraciones. En neuroimagen destaca un cuerpo calloso hipoplásico y atrofia parietal bilateral. Empeoramiento clínico al 4º día de vida (ddv) con evolución a coma profundo que precisó intubación y soporte respiratorio invasivo. Presenta crisis de hipo con correlato en EEG, que ceden con fenobarbital. Se recogen muestras para estudio metabólico (Glicina elevada

en líquido-cefalorraquideo (LCR) y plasma, con cociente LCR/sérico alterado) y se inicia a los 5 ddv tratamiento con benzoato-sódico, dextrometorfano y folínico. Evolución tórpida a pesar del tratamiento, con fallecimiento a los 26 ddv.

**Comentarios.** El diagnóstico diferencial de encefalopatía neonatal incluye las metabopatías. El cociente de Glicina LCR/suero elevado fue sugestivo de HNC. En nuestro caso, el estudio genético confirmó el diagnóstico. Se encontró una mutación en el gen GLDC, el más frecuentemente alterado en esta enfermedad. Se estudió a los progenitores, ambos portadores de la misma mutación.

**SERIE DE CASOS DE ATRESIA ESOFÁGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.** *López Santos A, Matías del Pozo V, De Felipe Pérez M, Fernández González S, Vega Bayón M, Uribe Reina MP, Khemlani Ramchand SY.* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Objetivos.** Determinar las características de los pacientes diagnosticados de atresia esofágica (AE), el tiempo al diagnóstico, las comorbilidades asociadas, las complicaciones post-quirúrgicas y los factores predictores asociados a una mayor mortalidad.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo de una serie de 11 casos de AE intervenidos y/o en seguimiento en un hospital de tercer nivel entre los años 2010 y 2023. Revisión bibliográfica, revisión de historias clínicas y estudio comparativo.

**Resultados.** El tipo de AE más frecuente es el tipo III, con ligero predominio en varones, resultando en un 55% de la muestra a estudio. El diagnóstico prenatal por hallazgo ecográfico de polihidramnios, o el diagnóstico postnatal por sialorrea o distrés respiratorio como hallazgos clínicos cardinales, se constituyen como el pilar fundamental para el reconocimiento precoz en estos pacientes. La malformación más frecuentemente asociada es la cardiaca, observando su presencia en un 70% de los casos. Las complicaciones quirúrgicas se observaron en 8/11 de los niños, siendo la estenosis, el reflujo gastroesofágico y la disfagia los más frecuentes. Los factores predictores independientes de la mortalidad recogidos en la literatura son el bajo peso al nacimiento y la existencia de malformación cardiaca grave, apreciándose en 5/11 y 2/11 de los pacientes a estudio, respectivamente.

**Conclusiones.** La atresia esofágica es una malformación incompatible con la vida, que precisa de un diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoces. Las comorbilidades asociadas y las complicaciones post-quirúrgicas obligan a un seguimiento estrecho en estos pacientes.