

## Posters

Sábado 8 de noviembre - Bloque 1

Moderadores: Beatriz Plata y Pablo Prieto

1. **TETRALOGÍA DE FALLOT EN PACIENTE CON SOPLO ASINTOMÁTICO.** *Garde Basas J, Fernández Suárez N, Viadero Ubierna MT, Alegría Echauri J, Alegría Echauri E, Planelles Asensio MI, Otero Vaccarello O. Servicio de Pediatría, Cardiología Infantil. Hospital Universitario Marqués Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** La tetralogía de Fallot es la cardiopatía compleja más frecuente, representando el 5-8% de todas las cardiopatías congénitas, con una incidencia de 1 de cada 8.500 nacidos vivos. En ocasiones el diagnóstico es prenatal gracias al avance de la ecografía fetal, aunque clásicamente el diagnóstico se da en neonatos asintomáticos con hallazgo de soplo sistólico a la auscultación. Los episodios de cianosis y subcianosis con las maniobras de Valsalva aparecen más tardíamente, durante el período de lactante, por el aumento progresivo de la obstrucción en el tracto de salida derecho. En niños no operados pueden aparecer otras complicaciones como acropaquias, aparición de colaterales sistémico-pulmonares, endocarditis, accidentes cerebrovasculares, etc. El tratamiento definitivo consiste en cirugía correctora que suele realizarse antes de los 6 meses de edad, ya que se ha visto que la corrección precoz del Fallot favorece el desarrollo correcto del árbol vascular pulmonar periférico.

**Objetivo.** Presentación de un caso de T. de Fallot con edad al diagnóstico inusual y buena evolución tras tratamiento quirúrgico.

**Resumen del caso.** Lactante de 10 meses de vida, procedente de Perú, que es remitida por su Pediatra para valoración de soplo cardíaco. Refieren embarazo controlado, período neonatal sin incidencias, curva ponderoestatural ascendente, no rechazo ni fatiga con las tomas y no crisis hipoxémicas. En la exploración física destaca  $\text{SatO}_2$  90%, cianosis peribucal y a la ACP soplo sistólico III/VI pansistólico de predominio en foco pulmonar. En el ECG se observa eje de QRS derecho, BIRDHH y datos de hipertrofia derecha. En el ecocardiograma se objetiva hipertrofia ventricular derecha con función biventricular conservada, CIV subaórtica de 7 mm, con aorta acabalgada <50% sobre la CIV, estenosis pulmonar valvular con un anillo pulmonar de 6 mm con obstrucción severa en tracto de salida de ventrículo derecho (gradiente máximo de 110 mmHg) y ramas pulmonares pequeñas. Con diagnóstico de Tetralogía de Fallot es remitida a hospital de referencia donde se realiza corrección quirúrgica consistente en colocación de parche transanular. Presentó un postoperatorio largo, siendo las complicaciones principales disfunción diastólica del VD, derrames pleurales persistentes y colitis por *C. difficile*. Actualmente se encuentra asintomática, con insuficiencia pulmonar severa como lesión residual principal, que

probablemente requerirá nuevas intervenciones quirúrgicas o percutáneas en un futuro.

**Comentarios.** Es importante estar alerta frente a los posibles síntomas de cardiopatías congénitas en los primeros meses de vida (soplo cardíaco, falta de medro, cianosis, fatiga, etc.), ya que un diagnóstico precoz condiciona el pronóstico tanto clínico como quirúrgico.

2. **SÍNDROME DE MARFAN CON AFECTACIÓN CARDIACA PRECOZ.** *Otero Vaccarello O, Fernández Suárez N, Viadero Ubierna M, Planelles Asensio I, Garde Basas J, Vázquez Canal R, Alegría Echauri E, Alegría Echauri J. Servicio Cardiología Pediátrica. Hospital Universitario Marqués Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** El síndrome de Marfan tiene una herencia autosómica dominante y es producido en la mayoría de casos por mutaciones en el gen FBN1 que codifica la fibrilina-1, una proteína de la matriz extracelular. Sin embargo, un tercio de los casos se deben mutaciones de novo. El diagnóstico requiere el cumplimiento de una serie de criterios clínicos y/o genéticos (Gante). La afectación cardíaca ocurre en el 70-95% de casos y marca el pronóstico de la enfermedad. En la infancia es más frecuente observar valvulopatía mitral y la dilatación aórtica no suele debutar hasta la pre/adolescencia. Los últimos estudios apuntan hacia que la evolución de la dilatación aórtica puede detenerse/enlentecerse mediante el uso de beta-bloqueantes o ARAII.

**Objetivo.** Presentación de dos casos de síndrome de Marfan de diagnóstico temprano con dilatación aórtica precoz. Uno de los casos tiene historia familiar de síndrome de Marfan y el otro es esporádico.

**Casos clínicos. Caso 1.** Niña de 2 años derivada a Cardiología para valoración por madre afecta de S. Marfan diagnosticada a los 9 años por criterios clínicos; sin afectación cardiovascular hasta el momento. Se realiza ecocardiograma donde se objetiva dilatación de aorta (raíz aórtica 21,5 mm, Z-score +1,83), escoliosis y miopía magna. Se inicia tratamiento con propranolol y se solicita estudio genético confirmándose mutación en el gen FBN1. En el control con 5 años de edad presenta aumento de la dilatación de raíz aórtica: 24 mm (Z-score +2,97). Actualmente recibe tratamiento con atenolol, con estabilización de la dilatación en los últimos meses. **Caso 2.** Niño de 2 años y 5 meses, diagnosticado recientemente, remitido desde planta de hospitalización para valoración cardiológica por hábito marfanoide, con escoliosis, pectus excavatum, paladar ojival e hiperlaxitud. Se objetiva dilatación de raíz aórtica: senos 24,6 mm (Z-score + 4,68) y prolapso de v.tricúspide. El estudio genético detecta dos mutaciones: FBN1, y ACTA2 (relacionada con aneurisma aórtico no sindrómico familiar). Estudio genético familiar: madre heterocitota para la mutación del gen ACTA2, ningún progenitor portador de mutación en el gen FBN1. Recibe tratamiento

con losartán desde hace 2 meses, pendiente de valorar evolución en próximos controles.

**Conclusiones.** Es importante un diagnóstico precoz del síndrome de Marfan, ya sea por despistaje de progenitores afectos o por fenotipo compatible, para detectar e intentar evitar la progresión de la afectación cardíaca.

### 3. PARADA CARDIACA EXTRAHOSPITALARIA REANIMADA.

*Álvarez González D<sup>1</sup>, Sancho Gutiérrez R<sup>1</sup>, García Albalá A<sup>1</sup>, Caudedo Jiménez M<sup>1</sup>, Cueli del Campo <sup>1</sup>L, García Valle E<sup>1</sup>, Juárez Manca PA<sup>2</sup>, Holanda Peña MS<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>Medicina familiar y comunitaria, <sup>3</sup>Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** La parada cardiorrespiratoria (PCR) es poco frecuente en Pediatría. Las principales causas son: shock séptico, traumatismos, intoxicaciones, enfermedades metabólicas, convulsiones, cardiopatías congénitas e insuficiencia respiratoria. Los accidentes suponen la causa más común en los mayores de un año.

**Caso clínico.** Niña de origen chino, de 2 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que ingresa en UCI por parada cardíaca. Los padres refieren que estando la niña previamente sana, salvo cuadro de gastroenteritis de una semana de evolución, sufre brusca pérdida de consciencia por lo que avisan al Servicio de Urgencias del 061. Al llegar al domicilio la niña está en asistolia. Inician RCP avanzada logrando ritmo cardíaco tras 5 minutos y dosis de adrenalina. A su llegada a UCI presenta hipoperfusión, arreactividad y pupilas medio-midriáticas fijas. Tras completar anamnesis, los padres cuentan caída hacia atrás desde una silla, golpeándose la cabeza, sin poder especificar si la caída fue la causa o la consecuencia de pérdida de consciencia. Se solicitó analítica urgente destacando una acidosis metabólica severa (pH 6,68), lactato 155 mg/dl, glucosa 279 mg/dl y TP 54%, sin parámetros infecciosos alterados. Los tóxicos y estudio metabólico de la orina fueron negativos. El ECG y ecocardiograma resultaron normales. Se realizó TC craneal tras estabilización inicial sin objetivarse contusiones cerebrales ni líneas de fractura. La radiografía de columna cervical muestra discreta anterolistesis entre C2-C3. El EEG inicial muestra un patrón bioeléctrico tipo brote supresión arreactivo a estímulos aplicados, y tras 48 horas, encefalopatía difusa en grado severo. Preciso sueroterapia intensiva y apoyo inotrópico, logrando lenta progresión de parámetros hemodinámicos pero persistiendo la acidosis metabólica. La exploración neurológica permanece sin cambios respecto a la inicial, con ausencia de respuesta a estímulos y de reflejos troncoencefálicos. En las siguientes 48 horas evoluciona hacia la muerte encefálica. Se inició protocolo de trasplante de órganos. La autopsia informó de lesiones en médula espinal en la región bulboraquidea, compatibles con traumatismo cervical.

**Conclusiones.** La PCR es poco frecuente en pediatría. Sin embargo, en caso de que ocurra, la inmediata actuación es esencial. Los traumatismos suponen una causa importante de PCR en niños. Las características anatómicas de la columna cervical en desarrollo hacen que sea posible el daño medular sin alteración radiológica, por ello, ante la normalidad de las pruebas de imagen no se puede descartar por completo la lesión traumática cervical en los niños.

### 4. MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA. LA IMPORTANCIA DEL ELECTROCARDIOGRAMA. *Alegría Echaury J, Alegría Echaury E, Planelles Asensio MI, Otero Vaccarello O, Garde Basas J, Fernández Suárez N, Viadero Ubierna MT. Cardiología Infantil, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** La miocardiopatía hipertrófica (MH) es una enfermedad compleja y heterogénea. Muchos pacientes presentan escasa sintomatología y evolución benigna, pero en otros casos puede llegar a convertirse en una enfermedad progresiva con síntomas severos.

**Caso clínico.** Niña de 6 años derivada a la consulta por soplo cardíaco. Sin antecedentes de interés. En la exploración presenta soplo sistólico II/VI. ECOCG normal. ECG con ondas Q profundas en cara inferior y precordiales izquierdas. En control evolutivo persisten las anomalías ECG, observándose una válvula mitral de aspecto displásico, sin otras anomalías. Finalmente, un año y medio más tarde se confirma MH septal asimétrica con obstrucción subaórtica dinámica por SAM mitral, AI dilatada e IM moderada, iniciando tratamiento betabloqueante. Se completa el estudio de imagen con AngioRMN (engrosamiento difuso de la pared miocárdica con grosor máximo en septo sin signos de fibrosis miocárdica) y para estratificación de riesgo con Holter 24 horas y Ergometría (normales). En el estudio genético se encuentran dos mutaciones en los genes MyBPC3 y RBM20, siendo la primera la principal responsable del fenotipo de nuestra paciente. Ampliado el estudio a familiares de primer grado se detecta que el padre y la abuela por rama paterna están también afectos (portadores de mutación MyBPC3). En la actualidad (10 años) presenta disnea de moderados esfuerzos sin otros síntomas. Continúa tratamiento con atenolol y seguimiento estrecho en consulta de Cardiología.

**Comentarios.** La MH no suele producir síntomas en la edad pediátrica, salvo los casos más graves. Es por esto que a veces su diagnóstico se realiza tras estudio de un soplo, de síncope/arritmias o por alteraciones en el ECG. El ECG es anormal en la mayoría de los casos e incluso puede preceder a la aparición ecográfica de la hipertrofia, como vimos en nuestro caso. Aconsejamos la realización de ECG a los niños valorados en la consulta por soplo cardíaco, ya que en ocasiones como esta puede ponernos en sospecha de un diagnóstico que, de otra forma hubiera pasado desapercibido. También es importante, a raíz del diagnóstico de un caso índice de MH realizar estudio a los familiares de primer grado, puesto que en la mayoría de los casos se trata de una enfermedad de origen genético.

### 5. EPIDEMIOLOGÍA DE LA COMUNICACIÓN INTERAURICULAR TIPO SENNO VENOSO EN NUESTRA COMUNIDAD. *Planelles Asensio MI, Naranjo González C, Otero Vaccarello O, Alegría Echaury J, Alegría Echaury E, Garde Basas J, Fernández Suárez N, Viadero Ubierna M. Cardiología Infantil, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** Hemos observado que en Cantabria la incidencia de malformaciones cardíacas congénitas (CC) tipo CIA seno venoso (CIA-SV) es muy superior a la incidencia en el resto de España. No así la incidencia de otro tipo de CC. Aunque la etiología exacta de las CC se desconoce, varios estudios han demostrado el papel fundamental de genes que codifican proteínas en el desarrollo de los segmentos en etapas iniciales del embrión.

**Objetivo.** Comparar la incidencia de CIA-SV en Cantabria respecto al resto de la población española.

**Método.** Se revisan los casos de CIA-SV recogidos entre octubre 1999-diciembre 2012. En dicho periodo hay en Cantabria un total de 58.500 recién nacidos vivos (RNV) de los cuales 10 se diagnosticaron de CIA-SV (0,17%). 10 casos de CIA-SV diagnosticados suponen una media de 0,77 casos nuevos por año. En España se calcula una incidencia de 7-8 casos de CIA-SV/100.000 recién nacidos vivos mientras que en Cantabria la incidencia es de 17-19 casos/100.000 RNV. 4 de los 10 casos asocian drenaje venoso pulmonar anómalo. No hubo

diferencias por sexos (50% fueron varones y 50% fueron mujeres). Ninguno de los casos estaba en el contexto de un síndrome de origen genético. Tampoco se observaron malformaciones extracardíacas en nuestros pacientes.

**Comentarios.** La incidencia de CIA-SV en Cantabria supone al menos 3 veces más de lo esperado respecto a la incidencia en España. En cuanto al resto de datos epidemiológicos, no hay diferencias significativas con el resto del país. Sería conveniente analizar factores genéticos, maternos o ambientales que hayan podido influir en las fases iniciales del desarrollo embrionario y que puedan justificar este aumento de incidencia en nuestra comunidad.

**6. DIAGNÓSTICO DE CANAL ATRIOVENTRICULAR COMPLETO EN ESTUDIO DE SOPLO CARDÍACO.** *Garde Basas J, Fernández Suárez N, Viadero Ubierna M, Alegría Echauri J, Alegría Echauri E, Otero Vaccarello O, Planelles Asensio I.* Servicio de Pediatría, Cardiología Infantil. Hospital Universitario Marqués Valdecilla. Santander.

**Introducción.** Los defectos de cojines endocárdicos representan un 3-5% de todas las cardiopatías congénitas con una incidencia aproximada de 2/10.000 recién nacidos vivos. El canal AV completo combina un defecto a nivel auricular (tipo Ostium Primum) e interventricular a nivel del septo membranoso con una anomalía severa de las válvulas AV, (válvula AV común disfuncionante que conecta las dos aurículas con los dos ventrículos). Los síntomas de insuficiencia cardíaca (polipnea, disnea, cansancio durante las tomas e infecciones respiratorias de repetición) son debidos a la sobrecarga cardíaca secundaria al hiperflujo pulmonar por el shunt ID y a la regurgitación valvular. Suelen presentarse durante los primeros meses de vida y alertan al pediatra sobre la posible presencia de una cardiopatía congénita. Una vez diagnosticado el paciente, la cirugía debe realizarse antes de los 6 meses de vida, para evitar que se lleguen a producir cambios en el árbol vascular pulmonar que lleven hacia una hipertensión pulmonar, la cual complicaría las posibilidades de corrección quirúrgica y ensombrecería el pronóstico.

**Objetivo.** Presentación de un caso de canal A-V con edad al diagnóstico inusual y buena evolución tras tratamiento quirúrgico.

**Resumen del caso.** Niño de 4 años y medio procedente de Rumanía, remitido por su pediatra para valoración de soplo cardíaco. Refieren múltiples infecciones respiratorias y cansancio con esfuerzos leves. En la exploración física destaca crecimiento en percentiles bajos de talla y peso, hepatomegalia y en la ACP latido hiperdinámico y soplo sistólico III/VI con 2º ruido desdoblado. En el ECG se observa ritmo sinusal, eje QRS desviado a la izquierda y crecimiento de AD. En el ecocardiograma se objetiva una CIA-OP de unos 20 mm con shunt ID y una CIV perimembranosa de 8.5 mm; válvula AV común con componente mitral de 21.5 mm y tricuspídeo de 23.5 mm, con IM e IT ligeras con tronco y ramas pulmonares dilatadas por hiperflujo. No se observaron datos de hipertensión pulmonar. Con diagnóstico de Canal Atrioventricular completo bien balanceado e insuficiencia cardíaca parcialmente compensada, se inicia tratamiento farmacológico y se remite a centro de referencia para cierre quirúrgico. Se realiza corrección completa mediante técnica de doble parche y actualmente se encuentra asintomático, con lesiones residuales leves por ecocardiografía.

**Comentarios.** Es importante estar atentos a los posibles síntomas de cardiopatías congénitas (soplo cardíaco, falta de medro, infecciones respiratorias, fatiga, etc.) en las primeras etapas de la vida, ya que un diagnóstico precoz condiciona el pronóstico tanto clínico como quirúrgico.

**7. TIROIDITIS Y ENFERMEDAD CELÍACA. A PROPÓSITO DE UN CASO.** *Naranjo González C, Cueli Del Campo L, González Escartín E, Pozas Mariscal S, Palacios Sánchez M, Luzuriaga Tomás C.* Servicio Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Objetivo.** Describir un caso clínico de tiroiditis de inicio en la primera infancia y enfermedad celíaca (EC).

**Caso clínico.** Paciente de 4,5 años remitida por bocio y peor rendimiento escolar, falta de atención y estreñimiento. En analítica T4L 0,5 ng/dl, TSH 71,5 mUI/L, Anticuerpos anti-tiroglobulina 81,4 UI/ml y Anti-TPO 589 UI/ml. *Antecedentes personales:* Sin interés. *Antecedentes familiares:* Abuelo paterno DM1. *Primera visita:* EC 4,5 años. Peso 21 kg, talla 113,8 cm (p>97), Peso/talla 102%. Bocio, se palpa glándula tiroidea aumentada 1-2 veces su tamaño de consistencia heterogénea. Resto exploración normal. Ecografía tiroidea: Glándula aumentada de tamaño con vascularización incrementada. Gammagrafía: Tiroides normofuncionante. *Evolución:* Inició tratamiento sustitutivo con hormonas tiroideas en la primera visita, presentando mejoría clínica y analítica. Aumento progresivo de dosis hasta máximo 2,5 µg/kg con 13,2 años. A los 14,3 años descienden necesidades hasta 1,5 µg/kg al alta. A los 5,6 años presenta estreñimiento y anemia ferropénica. Realizados anticuerpos antiglutén positivos, es remitida a Digestivo Infantil que diagnostica de EC. Tras 8 meses con dieta sin gluten marcadores inmunológicos negativos. Solicitados anticuerpos anticélula β-pancreática negativos. Haplotipo HLA-II DQ2/DQ7. Evolución anticuerpos tiroideos: Valores máximos al diagnóstico (Anti-TPO 589 UI/ml), descendiendo progresivamente hasta negativizarse a los 18 años. Evolución Bocio: Mantiene aumento de glándula tiroidea hasta los 18 años. Último control: EC 18,8 años, Talla 173,4 cm (SDS 1,55), Peso 64,9 kg, IMC 21,58. TSH 6,08 mUI/L, T4L 1,36 ng/ml. No bocio. Tratamiento con Levotiroxina 100 µg/día. Pasa a Endocrinología adultos.

**Conclusión.** La prevalencia de EC en pacientes con enfermedad tiroidea autoinmune es del 3-5%; y la frecuencia de enfermedad tiroidea autoinmune en pacientes con EC del 5-20%. Parece recomendable realizar cribado de EC en pacientes con enfermedad tiroidea autoinmune, y valorar función tiroidea y anticuerpos anti-tiroideos en los pacientes con EC.

**8. TIROIDECTOMÍA TOTAL PROFILÁCTICA EN UN PACIENTE DIAGNÓSTICADO DE MEN2A.** *Posadilla Andrés J, Sánchez-Villares C, Abad Moreno N, Martín Alonso M, Moreno C, Prieto Matos P.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca.

**Introducción.** El MEN2A es un síndrome neuroendocrino secundario a una mutación en el proto oncogen *RET* que se acompaña de un riesgo aumentado de tumor medular de tiroides (CMT), hiperparatiroidismo y feocromocitoma. El carcinoma medular de tiroides es un tumor agresivo que no responde al radioyodo ni a la quimioterapia siendo la cirugía el único tratamiento curativo. Dentro del MEN2A el tumor medular de tiroides es el que se suele asociar con el pronóstico vital del paciente por lo que se recomienda tiroidectomía total profiláctica. Presentamos el caso de un niño cuyo diagnóstico de MEN2A se realizó en una etapa preclínica.

**Caso clínico.** Varón de 5 años de edad, con diagnóstico de Síndrome MEN2A (mutación c634y en exón 11 del gen *RET*); derivado de otro hospital para valoración quirúrgica y endocrina. Antecedentes familiares: Padre intervenido de CMT a los 21 años, con la misma mutación que nuestro paciente, abuela paterna diagnosticada de MEN2A (CMT, Feocromocitoma, Hiperparatiroidismo), dos tíos paternos, hermano por parte de padre y tres primos hermanos paternos afectos de muta-

ción en gen RET. Exploración física: no se palpa bocio y no presenta síntomas de distiroidismo. Pruebas complementarias: Analítica previa a la cirugía: presenta una función tiroidea normal, sin alteraciones en calcio, calcitonina, PTH, antígeno carcinoembrionario, ni catecolaminas en orina. Ecografía tiroidea: compatible con la normalidad. Se realiza tiroidectomía total profiláctica, preservando las glándulas paratiroides en región cervical; así como los nervios recurrentes. Evolución: asintomático, sin signos de hipoparatiroidismo; únicamente precisa tratamiento sustitutivo con Levotiroxina, así como controles analíticos periódicos para el ajuste de dosis correcta.

**Conclusiones.** Ante la presencia de mutación en el gen RET se recomienda tiroidectomía profiláctica en centros especializados a una edad en relación con el tipo de mutación. La alteración de nuestro paciente es de alto riesgo por lo que se recomienda la cirugía antes de los 5 años. Se debe realizar estudio de familiares de pacientes con síndrome MEN2A para indicar la tiroidectomía profiláctica y mejorar el pronóstico vital de estos pacientes.

**9. HIPERTIROIDISMO AUTOINMUNE (ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW) EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.** Naranjo González C, Cueli Del Campo L, González Escartín E, Planelles Asensio I, Sainz-Ezquerro Belmonte B, Palacios Sánchez M, Bertholt Zuber L, Luzuriaga Tomás C. Servicio Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Objetivo.** Describir un caso clínico de hipertiroidismo autoinmune (Graves Basedow).

**Caso clínico.** Paciente de 7,3 años de edad remitida a consulta de Endocrinología Pediátrica por Bocio de 1mes de evolución, refieren asintomática. Alimentación normal. No antecedente de ingesta de bociógenos. *Antecedentes personales y familiares:* Sin interés. *Primera visita:* EC 7,3 años. Peso 21,6 kg, talla 123,2 cm (SDS 0,36), Relación Peso/talla 93%. Nerviosa, manos algo sudorosas. FC 125 lpm, rítmico. Discreto exoftalmos. Bocio, se palpa glándula tiroidea aumentada 2-3 veces su tamaño de consistencia uniforme, sin nódulos. Resto exploración normal. En analítica T4L 5 ng/dl, T3 4,7 ng/dl, TSH 0,011 mUI/L. Anticuerpos anti-tiroglobulina 126 UI/ml, Anti-TPO 3800 UI/ml, Anti-TSI 170 U/L. Ecografía tiroidea: Glándula aumentada de tamaño uniforme. Gammagrafía tiroidea: Bocio difuso. *Evolución:* Diagnóstico de Enfermedad de Graves-Basedow. Inició tratamiento con antitiroideos, Tiamazol 0,7 mg/kg/día, y Propanolol 10 mg/24 h. A los 45 días T4L <0,2 ng/dl, TSH 14,9 mUI/L, se suspende Propanolol e inicia tratamiento con Levotiroxina. Buena evolución inicial, persistiendo anticuerpos positivos y bocio. A los 11 años, presenta nuevo brote de hipertiroidismo tras 3 meses sin medicación. A los 14 años tras tercer brote de hipertiroidismo se decidió tiroidectomía total, sin incidencias salvo mínima hipocalcemia transitoria. Anatomía patológica: Hiperplasia difusa con signos de hiperfunción. Evolución anticuerpos tiroideos: Valores máximos al diagnóstico, descendiendo progresivamente hasta negativizarse a los 18 años. Evolución Bocio: Se mantiene aumento de glándula tiroidea (2-3 veces su tamaño) hasta tiroidectomía. Último control a los 18,7 años: Talla 160,9cm (SDS -0,42), Peso 58,7 kg (SDS 0,15), IMC 22,6. TSH 0,58 mUI/L, T4L 1,52 ng/ml. En tratamiento con Levotiroxina 112 µg/día. Pasa a Endocrinología adultos.

TABLA I.

Tiempo (horas)	12 horas sin ingesta	Administración ADH	3 horas después	5 horas después
Osm. o mOsm/kg	80	—————>	508 (> 40%)	585
Osm. p mOsm/kg	305	—————>	294	-
Na s mEq/L	150	—————>	144	-

**Conclusión.** El hipertiroidismo es una entidad poco frecuente en Pediatría, más frecuente en mujeres, debiéndose el 95% de los casos a la Enfermedad de Graves, enfermedad autoinmune causada por anticuerpos estimulantes del receptor de hormona tiroestimulante (TSH), y con manejo complicado por frecuentes recurrencias.

**10. DIABETES INSÍPIDA. UNA COMPLICACIÓN RARA, PERO ESPERABLE.** Blázquez CJ, Gutiérrez S, Pérez B, Segura DK, Palacios ML, Gálvez S, González M, Alonso MA. Área Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Objetivos.** Recordar una complicación posible en el contexto de una enfermedad poco frecuente. La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) en un rara entidad, (2-10 casos/10<sup>6</sup> niños < 15 años) causada por la proliferación de células de Langerhans activadas, y puede afectar a múltiples órganos. La diabetes insípida (DI) es el trastorno endocrino asociado más frecuente, y aún así afecta a pocos casos. Se presenta como progresión neurológica de la enfermedad en la forma multisistémica o bien en su debut, clasificándola entonces en el grupo de riesgo intermedio.

**Metodología.** Se presenta el caso de un niño de 5 años diagnosticado en nuestro hospital de HCL multisistémica en 2.009 y tratado inicialmente según el protocolo LCH-III y posteriormente con ARA-C, vincristina y prednisona. Una vez estabilizada la enfermedad se inició tratamiento de mantenimiento con metotrexato, mercaptopurina e indometacina. En junio de 2.014 comienza con clínica de poliuria, polidipsia y enuresis nocturna. Un 1º test de privación de agua fue normal (por probable falta de colaboración familiar), no iniciándose tratamiento específico. Ante la persistencia de la clínica a los 2 meses, se repite bajo supervisión médica estricta, demostrándose la presencia de una diabetes insípida central y se establece tratamiento con desmopresina.

**Pruebas complementarias.** Sistemáticos de orina: Densidad <1005 y Osmolaridad máxima 153 mOsm/kg. Test de Miller en UVIP para evitar las transgresiones en el control de la ingesta y salida de líquidos: Tabla I. *Niveles de vasopresina* al final de la privación hídrica 5,4 pg/ml. *Resonancia magnética cerebral:* Discreto engrosamiento del tallo hipofisario. Lesiones líticas ya conocidas. *Ecografía abdominal y serie ósea completa:* sin cambios respecto a las previas.

**Conclusiones.** El inicio de poliuria y polidipsia en niños con diagnóstico de HCL debe sugerirnos en primer lugar en una DI, por afectación neurológica, aun sin otras manifestaciones de afectación del SNC. El inicio de la quimioterapia en la DI aislada es hoy controvertido, y descansa en la extensión y afectación de la enfermedad en el momento del diagnóstico de esta alteración endocrinológica.

Sábado 8 de noviembre - Bloque 2

*Moderadores:* Ricardo Torres y Haydee Expósito

**11. TEJIDO GÁSTRICO ECTÓPICO, NO TODO ES MECKEL.** De Pedro S, Cebrián C, Liras J, de Celis L, Hidalgo F. Servicio de Pediatría y Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico de Salamanca.

**Introducción.** La hemorragia digestiva baja es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias que raramente se debe a patologías que requieran un tratamiento urgente. Para realizar una aproximación diagnóstica eficaz debemos conocer con detalle la edad del paciente, sus antecedentes clínicos y los síntomas asociados; descartando asimismo falsas hemorragias que puedan ser atribuidas al tubo digestivo. El divertículo de Meckel es una causa clásica de hemorragia digestiva indolora en lactantes, sin embargo, no debemos olvidar que el tejido gástrico ectópico puede tapizar otro tipo de malformaciones.

**Caso clínico.** Preescolar de 2 años y 10 meses que consulta por tres episodios de sangre en heces de aspecto negruzco y mezclada con la deposición, abundante e indolora, sin clínica sistémica asociada. No tiene antecedentes de interés. La exploración física es anodina excepto la presencia de heces melénicas en tacto rectal. Se comprueba en la analítica su carácter anemizante (Hb 7,8 g/dl) siendo el estudio de coagulación, autoinmunidad, coprocultivo, calprotectina y test de ureasa negativos. La ecografía muestra la presencia de una invaginación ileo-ileal y adenopatías pericecales, y la gammagrafía Tc 99 sugiere una captación difusa en flanco izquierdo a nivel de asas intestinales inespecífica. La endoscopia alta y baja no ofrece datos significativos, por lo que se decide realizar una laparoscopia diagnóstico-terapéutica en la que se observa una formación quística localizada a nivel ileal compatible con una duplicación intestinal.

**Conclusiones.** Las duplicaciones intestinales son malformaciones congénitas raras cuyo tratamiento es la resección completa si es posible. Un 50% de ellas se localizan en el íleon y la sintomatología asociada es frecuentemente inespecífica. A diferencia del divertículo de Meckel se pueden localizar en cualquier parte del tubo digestivo, se sitúan en el borde mesentérico, y no poseen todas las capas de pared intestinal. El Tc 99 tiene una sensibilidad cercana al 80% en su diagnóstico.

## 12. PERITONITIS PRIMARIA INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO. González E, Palacios M, Cueli L, Fernández I, Tardáguila AR, Garde J, Suárez J. *Servicios de Pediatría y Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** La peritonitis primaria (PP) es una entidad muy poco frecuente en Pediatría. Aparece principalmente en niños con patología de base (nefropatías, hepatopatías), siendo muy infrecuente en niños sanos. La clínica es de inicio brusco, consistente en abdominalgia, fiebre y vómitos, con signos de irritación peritoneal. Los gérmenes más frecuentemente son el *S. pneumoniae*, *S. pyogenes* y *S. aureus*, aunque en algunos casos no se aísla germen causal. El diagnóstico suele hacerse mediante laparotomía exploradora y el tratamiento consiste en antibioterapia de amplio espectro.

**Caso clínico.** Niña de 5 años con cuadro de 5 horas de evolución de abdominalgia difusa, intensa y continua, asociada a febrícula de hasta 37,8°C. No refiere vómitos ni deposiciones anormales. Exploración física: afectación por el dolor, normohidratada, normoperfundida y normocoloreada, con auscultación cardiopulmonar normal y un abdomen no distendido con dolor difuso a la palpación superficial y defensa generalizada, Blumberg positivo y peristaltismo disminuido. Se realiza: Hemograma con leucocitosis, PCR 1,5 mg/dl; Ecografía abdominal: líquido libre en cavidad abdominal, sin visualizarse apéndice. Valorada por Cirugía Pediátrica es intervenida ante sospecha de apendicitis aguda con peritonitis, realizándose laparotomía donde se observa apéndice cecal hiperémico con exudado seropurulento libre en cavidad y adenitis mesentérica, sin otros hallazgos patológicos tras revisión exhaustiva de cavidad abdominal. Se instaura antibioterapia endovenosa con Piperacilina-Tazobactam durante 5 días con mejoría clínico-analítica. Cultivo de líquido peritoneal estéril. Ecografía abdo-

minal de control al cuarto día normal. Ante la buena evolución clínica es dada de alta.

**Conclusiones.** La peritonitis en una infección frecuente en Pediatría, siendo en su mayor parte secundarias. Las PP son menos frecuentes y ocurren sin una fuente de infección intraabdominal evidente. El diagnóstico de esta entidad suele ser intraoperatorio y de exclusión. La laparotomía exploradora precoz para descartar una etiología y la antibioterapia son el tratamiento de elección. Ante un caso de peritonitis primaria, en conveniente el estudio de patología concomitante asociada.

## 13. INVAGINACIÓN INTESTINAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE QUISTE DE DUPLICIDAD INTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO. Cueli L<sup>1</sup>, Palacios M<sup>1</sup>, Garde J<sup>1</sup>, Vega B<sup>1</sup>, Leonardo MT<sup>1</sup>, Tardáguila AR<sup>1</sup>, Naranjo C<sup>2</sup>, Otero M<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía, <sup>3</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Introducción.** Las duplicaciones intestinales son anomalías congénitas infrecuentes del tracto intestinal (0,2%), que pueden afectar cualquier tramo digestivo, siendo la localización más frecuente el íleon. Suelen ser únicos, pero un 15% tienen localización múltiple. La clínica es inespecífica y depende de la edad del paciente, tipo de duplicación, localización, y la presencia de mucosa gástrica en su interior, manifestándose y diagnosticándose en los dos primeros años de vida. En su diagnóstico tiene especial importancia la ecografía.

**Caso clínico.** Lactante de 9 meses valorado en urgencias por presentar en las últimas 24 horas episodios de llanto intenso autolimitados, de 10 minutos de duración con encogimiento de piernas, asociando 4 vómitos en las últimas 3 horas. No alteraciones en las deposiciones, afebril. Antecedentes personales: embarazo gemelar mediante FIVTE. En ecografías prenatales se objetivan quistes renales en semana 20, que desaparecen posteriormente. Parto en semana 32, PRN 1.538 g. Ingresado en periodo neonatal por prematuridad, bajo peso e hidronefrosis bilateral grado II. Seguido en ORL por hipoacusia de transmisión bilateral grado moderado. Ante la clínica se solicita ecografía abdominal, donde se observa tumoración quística esférica en vacío derecho de 18 mm con contenido ecogénico y pared bien delimitada con revestimiento interno ecogénico, mucoso, que comunicada a través de un cuello de 2 mm con otra imagen quística de menor tamaño y mismas características que parece localizarse dentro de un asa intestinal dilatada; hallazgos altamente sugestivos de quiste de duplicación intestinal en delgado distal parcialmente invaginado. Valorado por Cirugía Pediátrica realizando laparoscopia exploradora en la que se objetivan dos quistes de duplicación intestinal (tipo I-A y I-B) en íleon distal, practicándose resección de la zona afecta (6cm) y anastomosis termino-terminal. Permanece hospitalizado durante 4 días con buena evolución postoperatoria y manteniéndose asintomático en los controles ambulatorios posteriores en consulta.

**Comentarios.** Los quistes de duplicidad intestinal suelen ser asintomáticos; cuando se manifiestan, los síntomas son secundarios a obstrucción intestinal debida a vólvulo o invaginación, siendo más frecuente este debut en periodo neonatal, a pesar de la edad de presentación de nuestro paciente. En ocasiones, algunos quistes contienen mucosa gástrica o pancreática ectópica, que puede producir hemorragia, ulceración y perforación. El tratamiento debe ser siempre quirúrgico por el potencial de malignización que presentan en la edad adulta.

## 14. EVENTRACIÓN DIAFRAGMÁTICA Y ANOREXIA DEL LACTANTE. Cueli L<sup>1</sup>, Palacios M<sup>1</sup>, García A<sup>1</sup>, García S<sup>1</sup>, Tardáguila A<sup>2</sup>, Domínguez J<sup>1</sup>, Sancho R<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Introducción.** La anorexia del lactante es un problema complejo que frecuentemente representa un trastorno funcional (anorexias primarias, debidas a hábitos alimentarios incorrectos, labilidad vegetativa...) y no precisa la realización de estudios complementarios. De forma menos frecuente puede ser secundario a un proceso orgánico, que se sospechará ante encefalopatía o retraso ponderoestatural, y entonces debe descartarse etiología infecciosa, patología digestiva (RGE, celiaquía, intolerancias digestivas), enfermedades metabólicas, tumorales o neurológicas.

**Caso clínico.** Presentamos a una lactante de 5 meses de edad, con antecedentes de prematuridad (EG 35 Semanas), peso al nacimiento: 3,020 kg, con periodo neonatal y pruebas metabólicas normales, remitida a consulta de Gastroenterología por fallo de medro. Alimentada con lactancia materna exclusiva, presenta estancamiento ponderal desde el mes de vida (p15 al nacimiento, actualmente p<3), sin repercusión en la talla y PC. En la exploración física presenta microsomía armónica, plagiocefalia occipital, con resto de examen físico normal. Inicialmente se introduce fórmula de inicio y cereales, con rechazo de las tomas, y posteriormente resto de alimentación complementaria más fórmula hipercalórica, con buena tolerancia oral aunque escasa ingesta. En el control a los 6 meses de edad persiste estancamiento ponderal, con repercusión en el PC (p<3) y se evidencia retraso psicomotor, por lo que ingresa para estudio. Se realiza hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas y ecografía cerebral normales; cariotipo 46 XX. Al persistir el rechazo de las tomas y la ingesta escasa, se inicia alimentación enteral por SNG con fórmula polimérica. Incidentalmente, en el contexto de una bronquiolitis, se realiza radiografía de tórax, en la que se objetiva elevación diafragmática izquierda, confirmándose ecográficamente la localización infradiafragmática de las vísceras abdominales. Tras alimentación por SNG mejora su estado nutricional, manteniendo rechazo de alimentación oral, con vómitos persistentes a pesar de tratamiento con omeprazol y domperidona. Se realiza tránsito gastrointestinal, que confirma la elevación diafragmática izquierda siendo sugestiva de eventración diafragmática izquierda. Es valorada e intervenida por Cirugía Infantil, confirmando el diagnóstico y realizando plicatura diafragmática, funduplicatura de Toupet y gastrostomía de Stomn.

**Comentarios.** Pese a que en nuestro caso el hallazgo de la eventración diafragmática fue casual, a priori podría aceptarse como la causa del rechazo de alimentación. Sin embargo, la anorexia no mejoró al corregirse quirúrgicamente y en la actualidad es alimentada mediante gastrostomía. Ante la persistencia del cuadro y el retraso psicomotor asociado, cabe pensar que la anorexia podría ser secundaria a un problema neurológico aún no identificado, pendiente de estudios complementarios.

**15. ESTENOSIS COLÓNICA POST-APENDICITIS COMO HALLAZGO CASUAL EN CIRUGÍA CORRECTIVA DE HERNIA DE HIATO.** Cueli L<sup>1</sup>, Alegría I<sup>1</sup>, Palacios M<sup>1</sup>, Alegría E<sup>1</sup>, García A<sup>1</sup>, Fernández I<sup>2</sup>, De Diego E<sup>2</sup>, Tardáguila A<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría. <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Introducción.** La apendicitis aguda se presenta habitualmente como un cuadro de dolor, anorexia, náuseas y vómitos; así como febrícula. Las pruebas complementarias pueden ayudar al diagnóstico, pero la exploración abdominal típica con cuadro clínico compatible resulta el mejor medio diagnóstico y el más seguro.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un lactante de 4 meses en el que durante una cirugía programada para corrección de hernia de

hiato se encuentra estenosis de colon descendente, con distensión muy importante de colon ascendente y transversal, condicionada por adhesión de un plastrón apendicular a la zona estenótica, siendo el ciego móvil. La anatomía patológica demostró apendicitis aguda abscesificada con periapendicitis. 20 días antes de la intervención había presentado fiebre sin foco hasta 38,6°C, con marcada irritabilidad y llanto a la palpación abdominal. En la analítica se encontró un aumento de reactantes de fase aguda (PCR 9,5 mg/dl, PCT 6,8 ng/ml), sin otros hallazgos patológicos. La ecografía solo mostró abundantes heces, además de la hernia de hiato ya conocida. Con orina y punción lumbar normales se instauró tratamiento con ceftriaxona que se completó 6 días y pudo darse de alta. Los padres refieren que desde este episodio el niño tenía escaso apetito y regresó 14 días más tarde por rechazo de tomas y vómitos biliosos. En esta ecografía se encontró colocación de intestino delgado en hemiabdomen derecho y grueso en su totalidad en hemiabdomen izquierdo. El tránsito intestinal apoyaba la existencia de una malrotación intestinal, además de la hernia hiatal. Se programó la cirugía para 5 días más tarde en la que se encontraron la estenosis colónica y apendicitis señaladas.

**Conclusiones.** La apendicitis aguda no diagnosticada y tratada con antibióticos puede pasar inadvertida, o bien manifestarse posteriormente como en nuestro caso, en que el plastrón estenosaba el colon y produjo un cuadro pseudooclusivo que sin embargo solo llegó a diagnosticarse en el acto quirúrgico, a pesar de haberse practicado varias pruebas de imagen.

**16. DOLOR TORÁCICO COMO MANIFESTACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO.** Ruiz Castellano N, Otero Vacarello O, Cagigas Daza P, Leonardo Cabello MT, González-Lamuño Leguina D, Caunedo Jiménez M, González Escartín E, Barbarin Echarri S. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Introducción.** El dolor torácico es una causa poco habitual de consulta en los servicios de atención pediátrica. Con mayor frecuencia afecta a niños mayores y adolescentes. Son fundamentales una anamnesis y exploración física detalladas por la potencial gravedad con el posible origen cardíaco del dolor. No debemos olvidar que dicha causa es infrecuente, siendo las principales causas de dolor torácico la idiopática, psicógena y músculo esquelética.

**Caso clínico.** Niño de 6 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a la Unidad de Urgencias por presentar dolor centrotorácico de 24 horas de evolución, asociando vómitos y fiebre. Niega traumatismo ni ingesta de cuerpo extraño. Exploraciones cardiopulmonar y abdominal normales. Se realiza ECG sin alteraciones y tolerancia oral que resulta positiva. Reacude a las 4 horas por reaparición de vómitos y persistencia del dolor. En radiografía de tórax se objetiva cuerpo extraño circular en tercio distal de esófago. Se extrae pila de botón por endoscopia urgente observándose mucosa subyacente ulcerada compatible con esofagitis incipiente.

**Comentarios.** El dolor torácico genera gran ansiedad tanto en el niño como en la familia. Con frecuencia corresponde a un proceso benigno aunque no siempre fácilmente identificable. El principal reto del pediatra consiste en descartar patologías que precisan tratamiento inmediato y aquellas que por su gravedad puedan comprometer en un futuro la vida del paciente. Resaltar la importancia de incidir en la posible ingesta de cuerpo extraño ante dolor torácico y clínica compatible entre los 6 meses y los 6 años de edad. La ingestión de cuerpos extraños constituye la segunda causa de indicación de endoscopia urgente en Pediatría.

## 17. COLITIS EOSINOFÍLICA PERSISTENTE EN LA INFANCIA.

*Cueli del Campo L, Palacios Sánchez M, Alegría Echauri I, Alegría Echauri E, García Calatayud S. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** La colitis eosinofílica es una entidad caracterizada por la infiltración de la mucosa intestinal por eosinófilos secundaria a reacciones inmunológicas tras la ingesta de un alérgeno, siendo uno de los más frecuentes la proteína de la leche de vaca (PLV). Relacionado estrechamente con alimentos de la dieta, su base patológica es un mecanismo no IgE mediado. La forma clínica de presentación más frecuente es la rectorragia. Las dietas hipoalergénicas generalmente suelen revertir la enfermedad.

**Caso clínico.** Niño de 3 años, con antecedentes de dermatitis atópica y asma alérgico en tratamiento con corticoides inhalados. Presenta alergia a PLV no IgE mediada diagnosticada a los 6 meses y en tratamiento con fórmula hidrolizada hasta los 20 meses de edad, que es remitido a consulta de Gastroenterología para estudio por deposiciones melénicas. Refieren que a los 2 años de edad, al introducir la leche entera, notaron deposiciones de características melénicas, discontinuas, por lo que cambiaron a leche de soja, con normalización de las deposiciones. En la valoración en consulta continúa con alimentación exenta de PLV, asintomático. Pruebas complementarias: IgE total 1191 U/ml (leche 0,55, caseína 0,44 kU/L), serología de celiaquía, coprocultivo y hemograma con perfil de hierro negativos o normales. Sangre oculta en heces negativa. A los 6 años se decide incorporación progresiva de PLV con buena tolerancia inicialmente, pero a los 6 meses, presenta rectorragia intensa que precisa ingreso. Se realiza hemograma: Hb 11,9 g/dl, Hto 35,1%, 13.400 leucocitos (6,6% E). Resto de estudio normal. Colonoscopia: no se objetivan lesiones visibles endoscópicas, pero las biopsias de mucosa de colon a diferentes niveles, son informadas como mucosa colónica con infiltración inflamatoria superficial rica en eosinófilos 80%, 50% y 20%, diagnosticándose de colitis eosinofílica. Se inicia tratamiento con prednisona 20 mg/día durante 1 mes y dieta exenta de PLV de forma mantenida. Asintomático en la actualidad, continúa con dicha dieta.

**Conclusiones.** Las colitis eosinofílicas son una de las formas clínicas de intolerancia alimentaria, pertenecen al grupo de trastornos eosinofílicos gastrointestinales y su incidencia está aumentado en los últimos años. El diagnóstico se basa en la clínica y confirmación histológica, siendo frecuente el hallazgo de eosinofilia en sangre periférica. En el tratamiento juegan un papel fundamental las exclusiones dietéticas, siendo necesario recurrir en ocasiones al tratamiento con corticoides.

## 18. ASPIRACIÓN DE BARIO DURANTE REALIZACIÓN DE TRÁNSITO GASTROESOFÁGICO.

*Vega Santa-Cruz B<sup>1</sup>, Pereira Bezanilla E<sup>1</sup>, Leonardo Cabello MT<sup>1</sup>, Villaespesa Díaz MC<sup>2</sup>, García Calatayud S<sup>1</sup>, Garmendia Amunarriz M<sup>1</sup>, Pérez González D<sup>1</sup>, Suárez Alonso J<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>Servicio de Radiología Infantil. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** La aspiración de sulfato de bario es una complicación rara de los estudios de imagen de la vía digestiva superior, y no existe un tratamiento uniforme de ella. El cuadro clínico es muy variable, y depende de la cantidad y densidad de sulfato de bario, así como de la sensibilidad al mismo y de si hay mezcla con el jugo gástrico en el aspirado, pudiendo observarse desde la ausencia de manifestaciones clínicas hasta dificultad respiratoria grave con cianosis e hipoxemia, que incluso puede ser mortal.

**Caso clínico.** Niña de 19 meses de edad con diagnóstico clínico de reflujo gastroesofágico desde el mes de vida que precisó tratamiento

con omeprazol y monitor de apneas domiciliario hasta los 7 meses de edad. En la actualidad es seguida en la consulta de Digestivo Infantil por vómitos diarios, sin referir clínica respiratoria ni episodios de atragantamiento, en tratamiento con esomeprazol, se solicita tránsito esofágico para estudio de reflujo gastroesofágico. Durante la realización del tránsito esofágico con sulfato de bario, se objetiva paso de contraste a vía respiratoria, sin episodio de atragantamiento ni presentar síntomas inmediatos. Se decide ingreso para observación, permaneciendo estable, sin clínica respiratoria y con constantes normales, por lo que se decide alta a las ocho horas de ingreso con auscultación cardiopulmonar y control radiológico normales al alta.

**Comentarios.** El riesgo de aspiración de contraste durante la realización de un tránsito esofágico es mayor si el paciente presenta patología de base de tipo neuromuscular o anatómica así como de la postura en la que se realice la técnica. Dada la variabilidad clínica con la que puede presentarse y evolucionar una aspiración por bario es conveniente mantener al paciente en observación durante unas horas como mínimo. El manejo dependerá de la sintomatología, desde la observación clínica a necesidad de oxigenoterapia, antibioterapia intravenosa o incluso broncoscopia con lavado broncoalveolar en los casos más graves. Toda técnica diagnóstica tiene sus posibles complicaciones, por lo que es importante valorar la relación riesgo-beneficio.

## 19. HIPERSENSIBILIDAD Y ALERGIA ALIMENTARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

*Fernández Luis S<sup>1</sup>, Sánchez-Villares Lorenzo C<sup>1</sup>, Álvarez Álvarez N<sup>1</sup>, Roncero Toscano M<sup>1</sup>, Abad Moreno N<sup>1</sup>, Castro Corral L<sup>1</sup>, Expósito de Mena H<sup>2</sup>, Pellegrini Belinchón J<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. <sup>2</sup>Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. <sup>3</sup>Centro de Salud de Pizarrales. Salamanca.*

**Introducción.** La alergia a alimentos es una reacción de hipersensibilidad mediada inmunológicamente cuya prevalencia se estima entorno al 6-8% en niños menores de diez años. Todos los alimentos son potencialmente sensibilizantes y ésta suele ocurrir en el momento de la introducción del alimento en la dieta del niño, aunque puede haber sensibilización durante el embarazo y presentar la clínica con la primera ingesta. A pesar de que numerosas publicaciones abordan este tema no existen guías específicas que establezcan el momento óptimo para esta introducción.

**Objetivo.** Conocer la prevalencia de alergia/hipersensibilidad alimentaria en niños menores de 14 años en la Zona Básica de Salud de Pizarrales de Salamanca, los alimentos implicados y la evolución de estos niños, antes de introducir cambios en la edad de introducción de los alimentos, adaptados a las últimas recomendaciones publicadas en la literatura.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo incluyendo todos los niños menores de 14 años con diagnóstico de hipersensibilidad/alergia alimentaria de las 3 consultas de Atención Primaria del CS de Pizarrales. Población diana adscrita: 2147 niños. Para ello, se revisan las historias clínicas a través de la aplicación Medora 4. Se recogen datos acerca de la clínica, pruebas alérgicas (prick cutáneo, IgE total y específicas) y datos de provocación y tolerancia. El análisis estadístico se realiza mediante el programa estadístico SPSS 20.

**Resultados.** Se detectaron 36 pacientes diagnosticados de alergia o hipersensibilidad alimentaria (1,7%), el 64% niños y 36% niñas. La edad media al diagnóstico fue de 3 años. El 67% asociaban dermatitis atópica y el 50% bronquitis de repetición. En el 11% existía antecedente familiar de alergia alimentaria. Veintisiete pacientes (75%) habían reci-

bido lactancia materna. Los alimentos implicados con mayor frecuencia fueron huevo (39%), frutos secos (22%), proteínas de leche de vaca (19%) y pescado (17%). Las manifestaciones más frecuentes al debut fueron las cutáneas (39%), principalmente urticaria (12 pacientes), asociando 12 de ellos reacciones graves (8 angioedema y 4 anafilaxia). El 30% presentaron síntomas digestivos como única manifestación. En 23 pacientes se solicitó IgE específica al diagnóstico, presentando el 91% de los mismos niveles moderados (0,7-3,5) o superiores. Cuatro pacientes tenían prick test negativo, el resto positivo. En 6 de los 7 pacientes (17% de la muestra total) a los que se realizó provocación programada presentaron tolerancia en un periodo medio de 11 meses. Estos 6 pacientes presentaban mayoritariamente APLV y alergia al huevo.

**Conclusiones.** La prevalencia de alergia o hipersensibilidad alimentaria encontrada fue de 1,7% en niños menores de 14 años, siendo el huevo el alimento implicado con mayor frecuencia y los síntomas cutáneos la manifestación principal. En el 17% se pudo reintroducir el alimento causante de la alergia con buena tolerancia, en un periodo medio de 11 meses. La prevalencia en nuestro estudio es menor que los datos publicados en otras series.

**20. HEPATITIS COLESTÁSICA COMO DEBUT DE ENFERMEDAD DE KAWASAKI.** *Rodríguez García L, Moya Dionisio V, Pascual Pérez A, Aparicio Casares H, Méndez Sánchez A, González García LG, García González N, Alonso Álvarez MA. Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivos.** La enfermedad de Kawasaki (EK) es una entidad clínica relevante, con importante morbilidad y gran diversidad de síntomas en el debut. Recordar las formas de presentación poco frecuentes, puede evitar el retraso diagnóstico y terapéutico cuando la clínica cardinal no es la fiebre.

**Material y métodos.** Presentamos un paciente varón de 6 años que acude por segunda vez al servicio de urgencias de nuestro hospital por vómitos repetidos de 3 días de evolución, deposiciones diarreicas, dolor abdominal tipo cólico y fiebre, a la exploración presentaba un ligero tinte icterico en conjuntivas.

**Resultados.** Analítica inicial con elevación de transaminasas (valores máximos de AST: 479 U/L y ALT: 283 U/L) y marcadores de colestasis (GGT: 220 U/L y Brb: 1,94 mg/dl). Las pruebas microbiológicas (serología de virus hepatotropos) fueron negativas. A los 7 días del debut (persistiendo la diarrea y la fiebre) se realiza ecografía abdominal donde se observa discreta hepatomegalia, apareciendo además exantema escarlatiniforme, conjuntivitis seca bilateral, adenopatías laterocervicales, labios rojos no fisurados y lengua aframbuesada. Con la sospecha de EK se decide ingreso, pautándose Gammaglobulina iv (1 dosis) y AAS a dosis altas. Buena evolución posterior con descamación tardía en dedos de los pies. A los 4 días del ingreso es alta a domicilio. Reingresa en 2 ocasiones más (a los 2 días del alta hospitalaria en ambas ocasiones) por reaparición de la fiebre asociada a artralgiás sin artritis, pautándose una 2ª dosis de gammaglobulina IV la primera vez y 3 pulsos de metilprednisolona iv (30 mg/kg) seguidos de corticoterapia oral (1,5 mg/kg/día) la segunda por EK refractaria. No presentó complicaciones cardiovasculares en la revisión cardiológica a las 4 semanas del diagnóstico.

**Conclusiones.** La colestasis, (con/sin ictericia y/o dolor abdominal) puede ser una forma de debut de la EK, y debe ser tenido en cuenta este diagnóstico sobre todo si las pruebas microbiológicas son negativas. El inicio precoz del tratamiento disminuye el riesgo de morbilidad cardiovascular.

**Moderadores:** M<sup>a</sup> Carmen Mendoza Sánchez y Ángel Martín Ruano

**21. ENFERMEDAD DE CASTLEMAN.** *Polanco Zea P, Arribas Arce-redillo M, Pérez Gutiérrez E, Torres Nieto MA, Mozún Torrico R, Centeno Malfaz F. Servicio Pediatría. Hospital Río Hortega, Valladolid.*

**Objetivos.** La enfermedad de Castleman es un trastorno linfoproliferativo benigno, caracterizado por ganglios linfáticos hiperplásicos. La etiología se desconoce, aunque se cree que puede estar asociado al virus de herpes 8 (HHV8). Existen dos formas de presentación: localizada y generalizada o multicéntrica. La mayoría de los pacientes con las formas localizadas se encuentran asintomáticos y presentan una masa indolora, de crecimiento progresivo. El diagnóstico es mediante el examen histopatológico y el tratamiento es la exéresis quirúrgica completa.

**Material y métodos.** Caso clínico. Niño de 12 años que acude referido por su Pediatra de Atención Primaria por adenopatía de 1 mes de evolución. Se revisaron historia clínica, analítica, pruebas de imagen, tratamiento

**Resultados.** Niño de 12 años, referido por su Pediatra de Atención Primaria por adenopatía laterocervical izquierda de 1 mes de evolución, no dolorosa, sin cambios de coloración en piel, no fluctuante. No historia de procesos infecciosos, no otra sintomatología asociada. Se realizan analíticas sanguíneas incluyendo serologías (VHS, rubéola, TXP, CMV, *Brucella*, tularemia, *Coxiella*, *Mycoplasma*, sífilis, *Bartonella*) con resultados negativos. Se realizan ecografías evidenciando aumento de tamaño ganglionar. En la RMN cervical se objetiva adenopatía patológica no descartando tumoración primaria. Ante estos hallazgos, se decide realizar punción-aspiración con aguja fina (PAAF) que se informa como linfadenitis reactiva con abundante presencia de inmunoblastos. Finalmente se lleva a cabo biopsia excisional, compatible con Enfermedad de Castleman.

**Conclusiones.** En el caso de nuestro paciente consideramos que es un caso interesante ya que la enfermedad de Castleman tiene una baja incidencia en población pediátrica. Es una enfermedad rara, de la que se ignora su incidencia real. No se ha descrito un mecanismo definitivo en la patogénesis y progresión de la enfermedad. Es indispensable el estudio histopatológico en la evaluación de neoplasias ganglionares para permitir un tratamiento oportuno. La presentación unicéntrica puede estar asociada con un incremento en el riesgo de linfomas (linfoma no Hodgkin de células B, linfoma Hodgkin) y amiloidosis, a pesar de la resección completa del tumor, por lo que es muy importante el seguimiento del paciente a largo plazo. La evolución del paciente de nuestro caso clínico ha sido adecuada y no ha presentado recurrencias después de la exéresis quirúrgica.

**22. TUBERCULOSIS DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN LA INFANCIA.** *Sancho Gutiérrez R, Caunedo Jiménez M, Garde Basas J, Pérez Belmonte E, Cabero Pérez MJ, Álvarez Álvarez C, Cueli del Campo L, Álvarez González D. Servicio de Pediatría, Neumología Infantil. Hospital Universitario Marqués Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** La tuberculosis puede presentarse en la infancia de forma clínica muy variable, desde síntomas respiratorios inespecíficos hasta afectación multisistémica grave. Para su diagnóstico sigue siendo fundamental una correcta anamnesis y la prueba de tuberculina estando indicados los nuevos métodos de inmunodiagnóstico en pacientes inmunodeprimidos o con alta sospecha de enfermedad tuberculosa con prueba de tuberculina negativa.

**Casos clínico.** Varón de 5 años con asma leve intermitente y correctamente vacunado que acude a nuestro Servicio de Urgencias por fiebre alta de 8 días de evolución sin otros síntomas salvo tos seca inespecífica los meses previos. Presenta buen estado general, sin signos de trabajo respiratorio e hipoventilación izquierda a la auscultación. Se realiza analítica sin leucocitosis y PCR 5,5 mg/dl. Rx. tórax con condensación pulmonar izquierda y mínimo derrame pleural. Ingreso hospitalario iniciando tratamiento con Amoxicilina endovenosa. A las 48 horas, persiste la fiebre y la auscultación patológica por lo que se repite Rx de tórax con aumento del derrame pleural y analítica en la que destaca PCR 7mg/dl y VSG 120 mm/h con mantoux negativo. Se coloca tubo de drenaje obteniéndose líquido pleural con glucosa 46 mg/dl, LDH 798 U/L y ADA 90 U/L con tinción de Gram, cultivo convencional y tinción de Auramina negativos. En este momento, se suspende la Amoxicilina y se sustituye el tratamiento antibiótico por Ceftriaxona y Clindamicina ev. Precisa 6 dosis de Urokinasa intrapleural por tabicación del derrame. Persisten picos febriles y ante la falta de respuesta al tratamiento antibiótico se solicita Quantiferon® que resulta positivo por lo que se recogen aspirados gástricos y se inicia tratamiento antituberculoso con Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol, quedando el paciente afebril a las 24 horas. Buena evolución clínica, analítica y radiológica siendo dado de alta a los 5 días. Completa tratamiento antituberculoso durante 9 meses encontrándose el paciente en la actualidad asintomático y persistiendo únicamente una paquipleuritis izquierda residual en Rx. de tórax. Se identifica como caso índice un familiar tosedor que había convivido durante un mes con el paciente.

**Comentarios.** El derrame pleural es una complicación frecuente de las neumonías adquiridas en la comunidad. Ante un derrame pleural de evolución tórpida a pesar de un correcto tratamiento se debe descartar la enfermedad tuberculosa. En la mayoría de las ocasiones los cultivos son estériles por lo que son fundamentales para el diagnóstico las pruebas clásicas (prueba de tuberculina y Rx. tórax) y otras pruebas diagnósticas de reciente aparición (TIGRAs). Ante un caso de tuberculosis en la infancia siempre se debe buscar el caso índice en el entorno más cercano.

**23. REVISIÓN BRONQUIOLITIS OCTUBRE 2013-FEBRERO DE 2014 EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL HOSPITALARIO DE SALAMANCA.** *Roncero Toscano M, Castro Corral L, Abad Moreno N, Sánchez-Villares Lorenzo C, Fernández Luis S, Criado Muriel C, González Gonzáles M, Prieto Matos P. Complejo Asistencial Hospitalario de Salamanca.*

**Introducción.** La bronquiolitis aguda es la infección del tracto respiratorio inferior más frecuente en el lactante. Supone una importante demanda asistencial no solo en el ámbito de la atención primaria sino también a nivel hospitalario suponiendo un importante número de ingresos en época epidémica. El objetivo de este estudio es establecer las semejanzas y diferencias respecto a estudios previos en la población pediátrica ingresada en el CAHS.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo de los ingresos por bronquiolitis desde octubre de 2013 hasta febrero de 2014 en el CAHS. Se incluye el primer episodio de dificultad respiratoria con sibilancias entre 1 y 24 meses de edad. Las variables analizadas son: edad, sexo, fecha del ingreso, días de estancia hospitalaria, pruebas microbiológicas realizadas, tratamiento recibido y necesidad o no de oxigenoterapia. Los resultados han sido analizados con el programa estadístico SPSS versión 16 con el test de t de Student y ANOVA para comparación de variables cuantitativas y chi-cuadrado para variables cualitativas.

**Resultados.** Durante el periodo referido, ingresaron un total 75 pacientes diagnosticados de bronquiolitis. Edad media  $5,20 \pm 5,57$  meses

(rango 0,4-22 meses). El 64% de casos correspondieron a varones. La quincena en la que se registraron el mayor número de ingresos fue la segunda quincena de diciembre (19 casos), seguida de la segunda de enero (16 casos). Respecto a la pruebas microbiológicas, se aisló virus respiratorio sincitial (VRS) en el 67,2% de los casos. La estancia media hospitalaria total es de  $8,46 \pm 2,45$  días. Se observó un mayor número de días de ingreso en los pacientes de entre 1 y 6 meses (con resultado estadísticamente significativo). También se observa diferencias significativas en cuanto al patrón de tratamiento según edad del paciente. El 16% de los ingresos requirió tratamiento con antibiótico, aunque no se han demostrado diferencias significativas que demuestren una reducción en los días de ingreso. El 9,3% recibió tratamiento concomitante con corticoides, que no han demostrado reducir la estancia hospitalaria. El 90,7% de los pacientes precisaron oxigenoterapia, siendo éste el motivo de ingreso.

**Conclusiones.** La etiología clásica de la bronquiolitis por VRS se mantiene constante en el periodo estudiado. Se produce un aumento en el número de ingresos a partir del mes de diciembre. El principal motivo de ingreso fue la necesidad de oxigenoterapia. El tipo de aerosol administrado se relaciona con la edad ( $p < 0,05$ ). El ingreso por bronquiolitis es más frecuente en varones ( $p < 0,05$ ).

**24. PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TULAREMIA.** *Mena Huarte MJ, Valencia Soria MC, Pérez Gutiérrez E, Vegas Álvarez AM, Domínguez Uribe-Etxebarria M, Santamaría E, Callejo P, Centeno Malfaz F. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>3</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero, Burgos.*

**Objetivos.** La tularemia es una zoonosis propia de animales salvajes, principalmente conejos y liebres, producida por *Francisella tularensis* y transmitida al hombre a través de la piel y mucosas por productos contaminados. Presenta diferentes síndromes clínicos en función de la puerta de entrada de la infección, siendo la forma oculoglandular una forma inusual en nuestro medio.

**Material y métodos.** Se presenta el caso clínico de una paciente con tularemia revisando para ello la historia clínica y pruebas complementarias realizadas durante el ingreso.

**Resultados.** Niña de 13 años de edad procedente de región rural que acude a la Unidad de Urgencias de su hospital ante un cuadro de hiperemia conjuntival sin secreción de 3 días de evolución, asociando en las últimas 24 horas edema y eritema palpebral bilateral. Ante la sospecha diagnóstica de celulitis preseptal, se inicia antibioterapia vía oral. La paciente reconsulta en su hospital a las 72 horas, ante la persistencia de la clínica ocular y la aparición de una adenopatía subangulomandibular derecha de 3x3 cm, dolorosa a la palpación y de consistencia elástica. En tomografía axial computerizada (TC) se descarta complicación orbitaria, pero se evidencia adenopatía subangulomandibular con signos de abscesificación. Ante estos hallazgos, se decide ingreso para tratamiento antibiótico intravenoso sin lograr resolución de la clínica. Se realiza punción aspiración con aguja fina (PAAF) de la adenopatía mostrando linfadenitis reactiva. En el estudio serológico realizado para diferentes microorganismos se recibe resultado de serología positiva para *Francisella tularensis*, modificando la antibioterapia en función del agente etiológico con buena evolución posterior.

**Conclusiones.** La tularemia es una infección causada por el microorganismo *Francisella tularensis*. Presenta un periodo de incubación de 3 a 5 días y puede causar manifestaciones clínicas muy variadas, desde cuadros banales, hasta cuadros graves como el shock séptico o la muerte. En función de la puerta de entrada del microorganismo diferenciamos seis formas clínicas de tularemia, dentro de las cuales la

más frecuente es la úlcero glandular. La paciente de nuestro caso clínico desarrolló una forma poco frecuente de tularemia, la óculo glandular. El diagnóstico de tularemia se debe sospechar en función de la epidemiología y la presentación clínica. Los análisis rutinarios de laboratorio no son específicos, precisando para el diagnóstico de confirmación la detección serológica de anticuerpos frente *Francisella tularensis* mediante aglutinación o microaglutinación en tubos de ensayo, aunque hasta pasadas dos semanas no se positivizan. Ante un caso sospechoso o confirmado de tularemia se debe comenzar tratamiento antibiótico, siendo sensible al uso de aminoglicósidos como estreptomina o gentamicina, tetraciclinas, cloramfenicol y fluorquinolonas.

**25. LINFADENITIS POR MICOBACTERIAS ATÍPICAS.** Torres Aguilar L<sup>1</sup>, Polanco Zea PM<sup>1</sup>, Arribas Arceredillo M<sup>1</sup>, Pérez Gutiérrez E<sup>1</sup>, Puente Montes S<sup>1</sup>, Callejo Pérez P<sup>2</sup>, Centeno Malfaz F<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio Pediatría, <sup>2</sup>Servicio Anatomía Patológica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Objetivos.** Las adenopatías subagudas, son aquellas que tienen una duración de semanas a meses. La etiología más frecuente es infecciosa, entre ellas las infecciones por micobacterias, Bartonella, VEB y CMV; sin embargo, se debe descartar patología tumoral (linfomas, leucemias, etc). Para una correcta aproximación diagnóstica, son importantes una adecuada anamnesis, una exploración física detallada e identificar los signos de alarma.

**Material y métodos.** Caso clínico. Niño de 2 años que acude a Urgencias Pediátricas de nuestro centro por tumoración subangulomandibular (SAM) izquierda de 2 meses de evolución. Se revisaron historia clínica, analítica, pruebas de imagen, tratamiento realizado y evolución.

**Resultados.** Niño de 2 años que acude a Urgencias Pediátricas por tumoración en región SAM izquierda de 2 meses de evolución, no dolorosa, con aumento de tamaño en últimas 24 horas. En el último mes se ha tratado con dos ciclos de antibiótico oral con amoxicilina-clavulánico sin mejoría aparente. Los dos primeros días del proceso presentó febrícula, posteriormente afebril. No síndrome constitucional. A la exploración presenta tumoración a nivel SAM izquierda del tamaño de aprox 2x3cm, no dolorosa, blanda, no adherida a planos profundos; sin presencia de adenopatías a otros niveles. Se decide ingreso para estudio y tratamiento antibiótico intravenoso. Se realizan pruebas complementarias analíticas y de imagen. Tanto en ecografía como en RMN se evidencia conglomerado adenopático que engloba parcialmente la vena yugular. Ante la ausencia de mejoría se decide realizar punción-aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecografía, observándose linfadenitis granulomatosa necrotizante con baciloscopia positiva y PCR negativa para *M. tuberculosis*. Dada la localización anatómica, de difícil acceso quirúrgico, se opta por tratamiento médico.

**Conclusiones.** Las micobacterias atípicas pueden causar una gran variedad de manifestaciones clínicas en el niño. La linfadenitis es la forma clínica más frecuente que suele ser de curso crónico con tendencia a fistulización y cicatrización posterior, con una incidencia máxima entre 2-4 años. En su mayoría se deben a *Mycobacterium avium complex*, aunque en nuestro medio está aumentando la incidencia de *Mycobacterium lentiflavum*. Aunque el diagnóstico de sospecha es clínico, son la PAAF y la biopsia excisional las que confirman el diagnóstico. Encontramos este caso interesante, ya que nos parece que una vez descartadas otras causas, se continuó con el estudio del paciente realizándose pruebas más invasivas consideradas de segundo nivel hasta que obtuvimos el diagnóstico. Por otra parte, la escisión quirúrgica completa es el tratamiento de elección. No obstante, en el caso de nuestro paciente se decidió, conjuntamente con el servicio de CMF, tratamiento médico por el riesgo quirúrgico que implicaba la localización anatómica.

**26. LEPTOSPIROSIS: UN CASO DE FIEBRE RECURRENTE.** Moya Dionisio V, Rodríguez García L, Méndez Sánchez A, Pascual Pérez AI, Aparicio Casares H, Carrera García L, Díaz Simal L, Alonso Álvarez MA. AGC de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Objetivo.** Recordar un agente infeccioso poco común, en un contexto inhabitual, cuyo proceso diagnóstico fue precedido de múltiples pruebas complementarias. La Leptospirosis es una entidad infrecuente en España; su principal reservorio son las ratas; se transmite por contacto directo con tejidos, sangre u orina contaminados. La clínica puede ser muy inespecífica, con un espectro variable y amplio de gravedad.

**Material y métodos.** Se presenta un caso de fiebre recurrente en niño de 7 años. AP: parálisis facial. No viajes ni animales. Fiebre recurrente de 5 meses de evolución. Se constata fiebre elevada y abdominalgia difusa. Hepatoesplenomegalia palpable. Adenopatía submandibular.

**Resultados.** Anemia (Hb 9,6 g/dl), leucopenia (3.590) y plaquetopenia (115.000). VSG 78 mm. Fibrinógeno y RFA elevados. Coagulación normal. Microbiología (sangre, heces, orina, exudado faríngeo) sin hallazgos. IgG positiva para virus Epstein Barr (estudio de reactivación negativo). Mantoux negativo. Rx tórax normal. ECO abdominal: hepatoesplenomegalia homogénea (bazo 16 cm). Se inicia antibioterapia empírica IV. Aspirado de MO: hemofagocitosis (48%) y pancitopenia (Hb 7,7 g/dl, 1.830 leucocitos y 66.000 plaquetas). Ingreso en UCIP y tratamiento con meropenem. Inmunología y degranulación NK normal sin criterios de Sd. Hemofagocítico. Posterior recuperación de pancitopenia sin transfusiones ni corticoterapia. Alta a domicilio, afebril, persistiendo pancreatitis bioquímica leve, VSG ligeramente elevada, hepatomegalia discreta, bazo 10 cm, y adenopatías mesentéricas (TC abdominal). A las 48 h reingresa por fiebre, dolor abdominal y astenia. Analítica sin cambios significativos. ECO abdominal: hepatoesplenomegalia homogénea (bazo 15 cm). Estudios: Gammagrafía ósea, serología de Yersinia, Leptospira, Anisakis y Fasciola. Acidomevalónico orina, quantiferon, galactomananos y estudio genético para enf. Autoinflamatorias. Serología leptospira positiva (IgM positiva), resto normal. Recibió azitromicina 5 días, permaneciendo posteriormente asintomático y desaparición de la hepatoesplenomegalia.

**Conclusiones.** La causa más frecuente de fiebre es la infecciosa. La Leptospirosis es un diagnóstico poco sospechado en nuestro medio, con amplio espectro de presentación. El tratamiento inicialmente es sencillo. Pensar en ello, nos ayudará a evitar pruebas innecesarias.

**27. HERPES ZOSTER OFTÁLMICO EN NIÑA DE 12 AÑOS.** Zoido Garrote E, Guevara Caviedes N, Puerta Pérez P, García Aparicio C, Muñiz Fontán M. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León.

**Introducción.** El herpes zoster oftálmico (HZO) es raro en la infancia y hace referencia a la afectación de las porciones frontal, nasociliar o lagrimal de la rama oftálmica del trigémino. El herpes zoster (HZ) cursa con una erupción eritemato-vesiculosa, unilateral, muy dolorosa, localizada en el dermatoma correspondiente a las raíces nerviosas inflamadas por la reactivación del virus de la varicela zoster (VVZ) como consecuencia de una disminución de la inmunidad celular. El mayor factor de riesgo para su reactivación es la edad avanzada. El HZO puede cursar con queratitis intersticial, uveítis anterior, escleroqueratouveítis, parálisis de músculos extraoculares o muy raramente a afectación aislada del nervio troclear. En Pediatría suele tratarse de un proceso autolimitado, bien tolerado y la mayoría de los casos de HZO descritos en la literatura son en niños inmunodeprimidos.

**Caso clínico.** Niña de 12 años que acude al servicio de Urgencias de Pediatría por aparición de vesículas eritematosas, dolorosas y pru-

riginosas en región parietal y borde superior de párpado izquierdo, de 24 horas de evolución. No refería ninguna otra clínica acompañante. Como antecedentes personales de interés refiere haber padecido varicela en el primer año de edad, sin complicaciones; ependimoma anaplásico en remisión completa tras tratamiento por el servicio de oncología; atrofia papilar de ojo derecho como secuela. Se realiza interconsulta a Oftalmología, que tras examinarla descarta afectación de agudeza visual, corneal y de la movilidad de los músculos extraoculares del ojo izquierdo. La preocupación principal de nuestra paciente era la afectación visual del ojo izquierdo, debido a la pérdida parcial que ya presentaba en el ojo derecho. Es dada de alta con tratamiento con aciclovir oral (80mg/kg/día) durante 7 días y con colirio de aciclovir y azitromicina tópicos. Presenta remisión clínica completa a las dos semanas post-tratamiento.

**Discusión.** La infección primaria por VVZ en el primer año de vida se ha documentado como factor de riesgo para el desarrollo de HZ en niños, factor que vinculamos a nuestro caso. Las posibles manifestaciones asociadas al HZO pueden ser dermatológicas o comprometer el globo ocular, por lo que es importante la valoración oftalmológica y la instauración precoz de tratamiento, ante las graves secuelas que podría implicar.

**28. ERITEMA NODOSO ASOCIADO A INFECCIÓN POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE.** *Martínez Figueira L, del Rey Tomás-Biosca M, Gómez Recio L, Sánchez Granados JM, Betes Mendicuté M, Sánchez-Villares Lorenzo C, Fernández Luis S, Álvarez Álvarez N. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** El eritema nodoso es una paniculitis septal sin vasculitis, caracterizada por la aparición de nódulos cutáneos y subcutáneos localizados preferentemente y de forma simétrica en la superficial pretibial de miembros inferiores, pudiendo encontrarse en otras localizaciones. Clásicamente se ha descrito la enfermedad tuberculosa como una de las causas más frecuentes de eritema nodoso, en la actualidad, debido a la disminución de la prevalencia de dicha enfermedad se considera la etiología idiopática como principal causante, aunque son muchos los agentes infecciosos y no infecciosos que se han descrito. Presentamos un caso de eritema nodoso causado por *Mycoplasma pneumoniae*, asociado de forma infrecuente a este tipo de paniculitis.

**Caso clínico.** Niño de 8 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que acude a urgencias por presentar nódulos violáceos pretibiales dolorosos de 48 horas de evolución, con inicio en pierna derecha y posterior extensión simétrica en ambas piernas. La semana previa presentó una faringoamigdalitis aguda tratada con Azitromicina. Se encontraba afebril y sin dolor abdominal ni artralgias. Presentaba una leucocitosis con neutrofilia, PCR de 3,37, y una Rx de tórax normal. Se realizaron serologías, con IgM positiva para *Mycoplasma pneumoniae*, negativas para VEB, CMV y Parvovirus y Mantoux negativo. Se da de alta con Ibuprofeno y reposo. Ocho días después regresa con fiebre, astenia y empeoramiento de los nódulos, siendo confluentes, más dolorosos, pruriginosos y afectando a cara posterior de las piernas y glúteos. Por este motivo se decide iniciar tratamiento con ciclo de Metilprednisolona 1 mg/kg/día. Regresa tres días después a control con mejoría de las lesiones, no dolorosas, más apagadas y afebril. Ante la mejoría clínica se realiza pauta descendente de corticoides hasta su suspensión. Seguimiento por Reumatología infantil con buena evolución del cuadro.

**Comentarios.** El eritema nodoso es un síndrome clínico poco frecuente en la actualidad. Las diferentes etiologías han variado su frecuencia en el tiempo y vienen condicionadas por la localización geográfica, que determina la prevalencia de las infecciones, y la edad

de los pacientes. La tuberculosis fue la causa más frecuente hasta hace dos décadas, seguida de las infecciones gastrointestinales. Actualmente la mayoría de los estudios consideran la infección estreptocócica como el principal agente causal, ya sea de forma aislada o asociado a otros agentes etiológicos, como el *Mycoplasma pneumoniae*.

**29. ERITEMA NODOSO ASOCIADO A GASTROENTERITIS POR SALMONELLA.** *Bermúdez Hormigo I, Ortega Vicente E, Marcos Temprano M, Torres Montori A, Pérez España A, Rellán Rodríguez S, Tobar Mideros MC, Figueroa Ospina LM. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.*

**Introducción.** El eritema nodoso es una afección cutánea caracterizada por la aparición de nódulos subcutáneos de entre 1 y 3 cm de diámetro, con la piel subyacente eritematosa, brillante, caliente y dolorosa a la palpación. Se considera un tipo de paniculitis septal, generalmente sin vasculitis, se cree debida a una reacción de hipersensibilidad tipo IV.

**Caso clínico.** Paciente varón de 10 años, que acude al servicio de urgencias por aparición de lesiones cutáneas en extremidades inferiores, sin fiebre ni síntomas constitucionales. Antecedentes personales: canal AV intervenido y estenosis mitral severa con implantación de prótesis valvular. Tratamiento actual con acenocumarol. Una semana previa a la consulta precisó hospitalización por gastroenteritis aguda por *Salmonella enteritidis*. En la exploración física se objetivaron lesiones nodulares eritematosas, dolorosas a la palpación, en cara anterior de miembros inferiores y glúteo derecho. Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica normales, ASLO 548 UI, PCR 22 mg/L, VSG 52 mm. Sistemático de orina negativo. Inmunoglobulinas normales. Mantoux negativo. Cultivo de frotis faríngeo negativo. Coprocultivo positivo para *Salmonella enterica serovar Enteritidis*. El paciente evolucionó favorablemente sin precisar tratamiento antiinflamatorio ni antibiótico, con resolución espontánea de las lesiones en una semana.

**Comentarios.** A pesar de que el eritema nodoso ocurre más raramente en niños que en adultos, es la paniculitis más frecuente en la infancia, con una prevalencia de 2,4/10.000 habitantes. En nuestro medio y en pacientes pediátricos la tuberculosis sigue siendo la causa principal, seguida de la infección estreptocócica, aunque en un porcentaje no despreciable de casos es idiopática y su diagnóstico se realiza por exclusión. Aunque la asociación con de eritema nodoso con salmonelosis es infrecuente (en España se han descrito 10 casos hasta 2001) debemos incluirlo en el diagnóstico diferencial.

**30. ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO.** *García García E, Pérez Guirado A, García González M, González Jiménez D, Santos Rodríguez PM. Servicio de Pediatría. Hospital Carmen y Severo Ochoa. Cangas del Narcea.*

**Introducción.** La enfermedad por arañazo de gato es un proceso infeccioso, benigno en la mayoría de los casos causado por *Bartonella Henselae*. La manifestación más frecuente es la presencia de una lesión de inoculación seguida de linfadenopatía regional con presencia de fiebre u otros síntomas generales. Presentamos tres casos diagnosticados de enfermedad por arañazo de gato en nuestro hospital.

**Casos clínicos. Caso 1:** Niña de 9 años con dolor en inflamación en brazo derecho de 3 días de evolución. Afebril. A la exploración se objetiva además adenopatía axilar derecha y erosiones por arañazo de gato en dicho brazo. Se realiza analítica completa que resulta normal y ecografía de la lesión que define una lesión hipocóica en brazo con adenopatía axilar reactiva. Ante la sospecha diagnóstica se instaura

tratamiento con azitromicina oral. Los estudios serológicos confirman el diagnóstico con una IgG 1/256. **Caso 2:** Niño de 13 años con adenopatía axilar dolorosa de 15 días de evolución. Afebril. Se objetiva adenopatía axilar izquierda de 1 cm., de consistencia elástica y erosión en dorso de mano referida como arañazo de gato. Resto de la exploración dentro de la normalidad. La analítica resulta normal. Se inicia tratamiento con azitromicina confirmando la serología la sospecharon IgG e IgM positivas. **Caso 3:** Niño de 12 años con dolor e inflamación en codo derecho de 7 días de evolución. Afebril. Contacto frecuente con gatos. A la exploración se aprecia inflamación en región epitrocLEAR derecha sin otros hallazgos. Se realiza analítica con discreta elevación de reactivantes de fase aguda (PCR 25,1 mg/L; VSG 41 mm/h). En la ecografía de codo se diferencian numerosas adenopatías epitrocLEARES de aspecto inflamatorio, además de adenopatía axilar reactiva. Ingresó con amoxicilina/clavulánico iv. presentando buena evolución. La serología para Bartonella Henselae (IgG e IgM positivas) confirman el diagnóstico.

**Comentarios.** La enfermedad por arañazo de gato constituye una causa frecuente de linfadenopatía regional en niños y adolescentes sobre todo en ambiente rural. La clínica junto con el antecedente de contacto con gatos orienta hacia el diagnóstico que se confirmaría con test serológicos. Títulos altos de IgG>1/256 y/o IgM positiva confirman el diagnóstico. El tratamiento de elección es la azitromicina oral.

#### Sábado 8 de noviembre - Bloque 4

*Moderadores:* Luis Miguel Rodríguez y Jesús Alonso

**31. TÓXICOS EN ORINA, ¿SON SIEMPRE CLAVE DIAGNÓSTICA?** López Martínez A, Mantecón Fernández L, García García E, Amigo Bello MC, Huidobro Fernández B, Herrero Morín JD. Servicio de Pediatría. Hospital Álvarez Buylla. Mieres, Asturias.

**Introducción.** La disminución del nivel de conciencia sin causa conocida es un motivo de consulta relativamente común en urgencias pediátricas. Entre las pruebas complementarias iniciales es preciso el análisis de tóxicos en orina, pero su positividad no siempre es la causa.

**Caso clínico.** Niño de 5 años derivado por su pediatra de atención primaria a nuestro hospital por presentar las 24 horas previas episodios intermitentes de somnolencia. No había presentado fiebre ni existía antecedente traumático. No referían presencia de fármacos/otros tóxicos al alcance del menor. Estaba en tratamiento con risperidona, y 7 días antes había retirado tratamiento con clorazepato dipotásico. La exploración física fue normal, salvo notable bradipsiquía. Se realizó hemograma, bioquímica sérica, determinación de etanol y lactato en sangre, y gasometría venosa, que fueron normales. El análisis de orina inicial (inmunoensayo cromatográfico de flujo lateral) fue positivo para benzodiazepinas, por lo que ingresó con sospecha de intoxicación accidental por fármaco. Tras 48 horas de ingreso y ante persistencia de somnolencia fluctuante, se administró una dosis de flumazenilo, sin evidenciarse cambios clínicos, por lo que se repitió análisis de orina en analizador diferente (enzimoinmunoanálisis homogéneo) que fue negativo, y se envió muestra a laboratorio externo para control (cromatografía líquida tándem masas), encontrando positividad para oxacepam. Durante las primeras 48 horas se observó que en algunos periodos de desconexión ambiental, asociaba temblor y sudoración de segundos de duración. Rehistoriando, refirieron que en su domicilio ya había presentado estos síntomas, junto con pérdida de fuerza transitoria del hemicuerpo derecho. Se amplió el estudio etiológico realizando TC craneal urgente, punción lumbar (incluyendo determinación de anti-R NMDA), vídeoEEG, y RM craneal. En el vídeoEEG se encontró lentificación de actividad cerebral de predominio izquier-

do, siendo el resto de resultados normales. Se inició tratamiento con aciclovir y levetiracetam intravenosos, con clara mejoría neurológica y normalización del nivel de conciencia tras 72 horas. A los 10 días de ingreso fue alta con diagnósticos de epilepsia focal compleja y encefalitis no filiada.

**Comentarios.** En nuestro caso la positividad del test de tóxicos en orina (detección del metabolito del clorazepato retirado 7 días antes) nos llevó a un diagnóstico inicial erróneo. Es importante contextualizar los resultados de las pruebas en función de la evolución del paciente, y continuar el diagnóstico diferencial hasta que clínica, pruebas complementarias y evolución concuerden plenamente.

**32. NIÑA CON HEMATURIA Y EDEMAS.** Valencia Soria MC, Arribas Arceredillo M, Puente Montes S, Martín Armentia S, Crespo Valderrábano L, Fernández Arribas JL, Centeno Malfaz F. Servicio Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

**Objetivos.** La hematuria se define como la presencia de hematíes en la orina. Puede ser visible a simple vista (macroscópica) o detectarse únicamente mediante un análisis de orina (microscópica). A diferencia de la microhematuria, la hematuria macroscópica es de un motivo de consulta que requiere una actuación inmediata, porque en un porcentaje nada despreciable de los casos puede tratarse de una patología grave.

**Material y métodos.** Caso clínico. Niña de 10 años que acude a Urgencias Pediátricas de nuestro centro por hematuria macroscópica y edema facial. Se revisaron historia clínica, analítica, pruebas de imagen, tratamiento realizado y evolución.

**Resultados.** Se presenta una paciente de 10 años que acude a la unidad de urgencias pediátricas por hematuria macroscópica de 6 días de evolución (de color como "té negro"). Asocia edema facial y astenia desde hace un mes. Fiebre hasta 39°C, 48 horas antes de su visita. No antecedente de infección últimamente. Antecedentes familiares de enfermedad celíaca y dermatitis herpetiforme. Presenta proteinuria en rango nefrótico y disminución del filtrado glomerular. Dada la sintomatología y los resultados analíticos, es ingresada en planta de hospitalización para estudio y tratamiento del síndrome nefrótico (hematuria que sugiere origen glomerular, edemas y azoemia). Se instaura restricción de líquidos y dieta sosa con mejoría de la diuresis y disminución de los edemas. Se determina el complemento que es normal, por lo que se sospecha como causa más probable de glomerulonefritis una nefropatía IgA. Durante otras tres semanas más, persisten la macrohematuria, la disminución del filtrado glomerular y el síndrome nefrótico, por lo que se decide realizar biopsia renal en la que se confirma nuestro diagnóstico de sospecha. Con la confirmación diagnóstica se opta por iniciar tratamiento con corticoides orales e intravenosos durante seis meses. Presenta normalización de la función renal con desaparición de la hematuria macroscópica y disminución proteinuria.

**Conclusiones.** La nefropatía IgA es la causa más común de enfermedad glomerular primaria en el mundo, incluida la población pediátrica. La presentación clínica más frecuente es una hematuria macroscópica indolora, recurrente, coincidente con un proceso infeccioso. Presentamos este caso por la inusual forma de presentación, puesto que en la edad pediátrica menos del 10% presenta síndrome nefrótico e insuficiencia renal aguda. Actualmente no existe ningún método no invasivo para confirmar el diagnóstico, por lo que a menudo se precisa realizar una biopsia renal. Actualmente se reconoce que puede conducir a una enfermedad renal crónica hasta en un 50% de los casos. Precisamente la pauta de tratamiento se basará en el riesgo de enfermedad renal progresiva, oscilando entre pacientes que no requerirán tratamiento hasta pacientes con enfermedad más severa que se beneficiarán de tratamiento con corticoides o inmunosupresores.

**33. LITIASIS RENAL EN UN LACTANTE.** *Castro Corral L, Roncero Toscano M, Fernández Luis S, Abad Moreno N, Sánchez-Villares Lorenzo C, Álvarez Álvarez N, Criado Muriel C, González González M. Complejo Asistencial Hospitalario de Salamanca.*

**Introducción.** La infección del tracto urinario (ITU) es una de las infecciones bacterianas más frecuente en niños. La prevalencia global pediátrica es del 5%. Tiene interés como marcador de anomalía urológica como puede ser el reflujo, la uropatía obstructiva, y mucho menos frecuentemente la urolitiasis. El germen causal más frecuente es *E. coli*. Cuando es por otro germen, la sospecha de uropatía de base es mayor.

**Caso clínico.** Lactante de 9 meses que reaccide al Servicio de Urgencias por fiebre de 72 horas de evolución y mala tolerancia oral a la antibioterapia, pautada el día previo por diagnóstico de pielonefritis aguda. Se decide ingreso con tratamiento con cefotaxima i.v con buena respuesta en 24 horas. A las 48 horas se recibe resultado de urocultivo que es positivo para *Klebsiella pneumoniae*. Para descartar posibles anomalías del aparato urinario se realiza ecografía en la que se visualiza microlitiasis renal derecha y litiasis renal izquierda con hidronefrosis grado II. Se realiza radiografía abdominal donde se objetiva imagen radiodensa sobre silueta renal izquierda. Ante estos hallazgos y el antecedente familiar de hipercalciuria se decide ampliar estudio (calcemia 10,7 mg/dl, calcio iónico 1,38 mmol/L, iones normales, vitamina D normal, PTH normal, Ca/Cr orina 0,28 mg/mg). A los 2 meses se realiza ecografía de control en la que ya no se visualiza la imagen compatible con litiasis vista en estudios previos. Actualmente la paciente está asintomática y en seguimiento por Nefrología Infantil.

**Conclusiones.** La urolitiasis es una entidad clínica común que se presenta en 2-5% de la población. Aunque su incidencia es mucho menor en la niñez, supone una mayor morbilidad. Las manifestaciones clínicas en la infancia son muy inespecíficas (hematuria macro/microscópica, infección urinaria), siendo muy infrecuente la presentación como cólico nefrítico. Es obligado realizar estudio metabólico. En la mayoría de los casos la expulsión de los cálculos renales se produce de manera espontánea. Solo una pequeña parte de los pacientes requieren otras medidas terapéuticas.

**34. GLOMERULONEFRITIS AGUDA POSTINFECCIOSA SECUNDARIA A NEUMONÍA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE.** *Sánchez-Villares Lorenzo C, De Pedro Del Valle S, Roncero Toscano M, Castro Corral L, Ruiz Abadía I, Lázaro Ramos J, López Ávila J, Criado Muriel C. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** La glomerulonefritis aguda post-infecciosa (GNAP) es la causa más común de nefritis aguda en la edad pediátrica, siendo el *Streptococcus pyogenes*, su etiología más frecuente. Pocas veces la GNAP es secundaria a una neumonía y cuando lo hace se debe más frecuentemente a etiología neumocócica, siendo otros agentes infecciosos menos probables. Presentamos un caso de GNAP asociada a neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* (Mp).

**Caso clínico.** Niño de 7 años que acudió a urgencias por macrohematuria de 2 días de evolución. Estaba en tratamiento con amoxicilina-clavulánico a 80 mg/kg/día por neumonía diagnosticada el día previo por su pediatra, aunque persistía fiebre de hasta 39,7°C. No refería antecedente traumático, ni disuria, ni oliguria ni aumento de peso. En la exploración física, presentaba tensión arterial 107/71 mmHg, crepitantes en hemitórax derecho sin hipoxemia, no tenía edema, ni sangrados a otros niveles. La orina era de color coñac, con densidad 1033, hemoglobina ++++ (3.432 hematíes/ $\mu$ l), proteínas 150 mg/dl, esterasas ++, leucocitos 387/ $\mu$ l, células epiteliales 56/ $\mu$ l. Tenía 37%

de hematíes dismórficos con un 5% de acantocitos, EFNa+ de 0,01% y proteinuria leve (Índice Pr/Cr 1,1 mg/mg). En la analítica presentaba hemograma y bioquímica normal con creatinina 0,56 mg/dl y urea 36 mg/dl, PCR 4,26 mg/dl y PCT 0,15ng/ml, gasometría y coagulación normales. En la radiografía de tórax presentaba aumento de densidad en base pulmonar derecha sin signo de la silueta, ni de derrame pleural. En el estudio inmunológico, el C3 estaba disminuido (20,9 mg/dl), ASLO ligeramente elevado (719 UI/ml), con C4, ANA, ANCA, inmunoglobulinas y factor reumatoide normales. La serología para Mp fue IgM positiva siendo el resto negativas. Como tratamiento se continuó antibioterapia con amoxicilina-clavulánico y se añadió azitromicina, además de recomendaciones de restricción hidrosalina y reposo relativo. Se realizaron controles en consulta de nefrología cada 24-48 horas durante una semana, hasta la desaparición de la macrohematuria y proteinuria. Tras 10 semanas se realiza nueva analítica en la que se confirma la normalización de C3, disminución de la creatinina plasmática a 0,41mg/dl, aunque persiste la microhematuria por lo que actualmente continúa en seguimiento.

**Conclusión.** Aunque la GNAP se ha asociado clásicamente con la infección cutánea o faríngea por *Streptococcus pyogenes* tras un periodo de latencia de entre 1-3 semanas, hay que considerar que este tipo de glomerulonefritis, puede asociarse a otras infecciones, como la neumonía, y en este caso ambas entidades pueden presentarse de manera concomitante. La GNAP secundaria a neumonía es rara, y más aún por Mp, pero tiene buen pronóstico al igual que la GNAP postestreptocócica.

**35. ENFERMEDAD DE GITELMAN: REVISIÓN DE CASOS SEGUIDOS EN LA UNIDAD DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DE SALAMANCA.** *Lázaro J, Manzano S, Onoda M, Martín C, Sánchez T, Tapia A, Criado C. Unidad de Nefrología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** La enfermedad de Gitelman (EG) es una enfermedad autosómica recesiva caracterizada por alcalosis metabólica hipopotasémica, hipomagnesemia e hipocalciuria. Suele ser asintomática en la infancia y generalmente se diagnostica en los adultos jóvenes. El tratamiento se basa en aportes de potasio y magnesio.

**Objetivo.** Describir las características clínicas y analíticas que presentan los niños con EG seguidos en la Unidad de Nefrología Pediátrica del Hospital de Salamanca.

**Material y métodos.** Se recogen datos de filiación, edad y clínica al diagnóstico, parámetros analíticos, mutación genética, tratamiento y evolución.

**Resultados.** Se registra un total de 5 pacientes, 3 niños hermanos y 2 niñas hermanas, todos de etnia gitana. La edad al diagnóstico del caso índice de los hermanos fue de 5 años y del caso índice de las hermanas fue de 1,5 años (hermana diagnosticada al mes de vida). Los dos casos índices fueron diagnosticados tras el hallazgo casual de hipopotasemia de origen renal (2,4 y 2,5 mmol/L respectivamente) con alcalosis metabólica (bicarbonato 32 y 28,5 mmol/L) en un control analítico realizado por otro motivo. La niña índice presentó un QT alargado secundario a la hipopotasemia. Solo se ha detectado hipomagnesemia (1,26 mg/dl  $\pm$  0,49 DS) en los tres hermanos. Se demostró mutación SCLC12A3 (intrón 9+1 G>T) en dos de los hermanos y una de las niñas y mutación SCLC12A3 (c.1180 + 1 G>T) en los otros dos pacientes. Durante su seguimiento tres casos han presentado sintomatología compatible que se ha controlado con tratamiento (uno con aportes de potasio y dos con aportes de potasio y magnesio).

**Conclusiones.** El diagnóstico precoz de la EG permite que los pacientes se beneficien del tratamiento, ya que las alteraciones analíticas ya están presentes en la infancia. Una hipopotasemia de origen renal

en un niño de etnia gitana es muy sugerente de EG. La confirmación del estudio genético hace necesario el despistaje del resto de familiares. Aunque es una enfermedad AR presenta una elevada prevalencia en la etnia gitana, probablemente secundaria a la endogamia. La mutación SCLC12A3 (intrón 9+1 G>T) es única y exclusiva de la etnia gitana.

**36. CRISTALURIA POR ACICLOVIR, EFECTO RARO DE UN FÁRMACO COMÚN.** *De Pedro del Valle S, Sánchez-Villares C, Abad Moreno N, Criado Muriel C, Benito A, García Codesal MF\*, Rodilla Rojo EN. Servicio de Pediatría, \*Servicio de Bioquímica. Hospital Clínico de Salamanca.*

**Introducción.** El aciclovir es un antiviral muy activo frente al virus herpes simple. Entre sus efectos secundarios podemos encontrar de forma poco frecuente la cristaluria, que puede ir asociada o no fallo renal.

**Caso clínico.** Lactante sana de 13 meses que consulta por fiebre acompañada de aftas bucales de 48 horas de evolución. Es diagnosticada clínicamente de gingivostomatitis herpética pautándose tratamiento con aciclovir oral y analgesia de forma intensiva. A las 48 horas reaccide por tinción de la orina de color naranja intenso. Se recoge orina por sondaje en el que se comprueba el color patológico de la orina, objetivándose glucosuria (50 mg/dl), proteinuria (25 mg/dl), indicios de hemoglobina y esterasas leucocitarias (+). En el sedimento se observan abundantes cristales que podrían estar en relación con algún fármaco, por lo que se suspende el antiviral. La función renal estudiada de forma ambulatoria no muestra alteraciones, y dos días después, la orina ya es de color normal desapareciendo los cristales en el sedimento.

**Conclusiones.** La cristaluria es un efecto adverso raro del aciclovir documentado especialmente en pacientes adultos inmunodeprimidos con tratamiento endovenoso. Situaciones de deshidratación o enfermedad renal son escenarios frecuentes en los que puede aparecer este efecto secundario. En la mayoría de los casos, la suspensión del fármaco implica la resolución tanto de la cristaluria como del posible fallo renal asociado. Únicamente hemos encontrado un caso en la bibliografía que se asemeja al que se expone; lo que parece implicar una situación excepcional en niños sanos con dosis orales esporádicas.

**37. ¿CÓMO SON LOS NIÑOS ENURÉTICOS DE LA CIUDAD DE BURGOS?** *San José Calleja N<sup>1</sup>, Gutiérrez Abad C<sup>1</sup>, Castroviejo Espinosa M<sup>2</sup>, Sánchez Gutiérrez R<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Pediatra, C.S. Las Huelgas. Burgos. <sup>2</sup>Enfermera, C.S Las Huelgas. Burgos. <sup>3</sup>Enfermera, Hospital Universitario de Burgos.*

**Objetivos.** La enuresis nocturna (EN) es un trastorno frecuente en la infancia. Queremos conocer la prevalencia de EN en la ciudad de Burgos y las principales características epidemiológicas de los niños burgaleses que padecen EN.

**Material y métodos.** Se ha diseñado un estudio poblacional observacional, descriptivo, transversal mediante encuesta entregada en los colegios y completada por padres y tutores de los niños. La población de referencia son los niños de entre 7 a 10 años que realizan estudios de Educación Primaria en la ciudad de Burgos. Se ha obtenido una muestra representativa de esta población mediante aleatorización estratificada. El tamaño muestral calculado fue de 1575 niños. Tras la recogida de las encuestas se ha realizado procesamiento estadístico de los datos mediante el programa informático SPSS v17.0.

**Resultados.** Se obtuvieron 1.081 encuestas válidas (73,6% de encuestas entregadas). La prevalencia estimada de EN ha sido del 7,3%. Afecta más a varones (70%) y a niños cuyos padres no están casados (16,9%) comparándolo con los niños sin EN (6,7%). La actitud del niño ante

los escapes es de vergüenza (37,8%), seguido de frustración (28,4%) e indiferencia (27%). Solo un 20,3% de estos niños ve afectada su vida social. Un 44,3% de niños con EN tienen escapes diarios y un 46,8% una vez o menos a la semana. Los principales factores de riesgo asociados son: antecedentes familiares de EN, presencia de síndrome miccional, alteraciones del sueño, trastornos del comportamiento (principalmente trastorno por déficit de atención e hiperactividad), bajo rendimiento escolar y presencia de alguna patología crónica. No hemos objetivado asociación con prematuridad, infección de orina, obesidad ni estreñimiento. Un 59% de los niños enuréticos acuden a la consulta, de ellos a un 60% se les realiza algún tipo de prueba complementaria y un 72,1% reciben algún tratamiento (medidas higiénico-dietéticas, fármacos, alarma nocturna y/o terapia psicológica).

**Conclusiones.** En nuestro entorno, la EN es un problema infraestimado médica y socialmente. La prevalencia de EN en Burgos es menor que en otras poblaciones similares. Los factores de riesgo asociados son similares. Es importante concienciar a profesionales sanitarios y población en general de la existencia de este trastorno y de la importancia de su manejo de forma adecuada para mejorar el estado de bienestar de los niños que lo padecen.

**38. REVISIÓN CASOS DE ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN EL PERIODO 2005-2013 EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE SALAMANCA.** *Castro Corral L, Abad Moreno N, Sánchez-Villares Lorenzo C, Fernández Luis S, Álvarez Álvarez N, Roncero Toscano M, de Arriba Méndez S, Gómez de Quero P. Complejo Asistencial Hospitalario de Salamanca.*

**Introducción.** La aspiración de cuerpo extraño (CE) y su alojamiento en vía aérea se trata de una situación que puede acarrear graves consecuencias, representando incluso una amenaza inmediata para la vida. La incidencia es mayor en edades tempranas, siendo más frecuente por debajo de los 5 años y en el género masculino. La mortalidad en nuestro entorno es del 0,9%, inferior a las épocas anteriores.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo de los niños atendidos en UCIP por sospecha de aspiración de CE en el periodo correspondiente a los años 2005-2013. Se incluyen los casos ingresados por sospecha de aspiración de CE y aquellos que tras un primer diagnóstico erróneo (bronquiolitis, asma, tos persistente) se les realiza fibrobroncoscopia flexible/broncoscopia rígida para descartar esta entidad. Las variables analizadas son: edad, sexo, estancia media en UCIP, radiografía de tórax patológica/no patológica, fibrobroncoscopia flexible/broncoscopia rígida, localización, tipo de CE, complicaciones y tratamiento concomitante (corticoide oral/nebulizado, adrenalina nebulizada o antibiótico).

**Resultados.** Durante el periodo referido, ingresaron un total 14 pacientes previamente sanos. El 42,85% de los cuales tenía un primer diagnóstico erróneo, siendo el principal el asma. La edad media de los pacientes es de 36,49 meses (rango 8-60 meses). El 57,14% de los pacientes eran mujeres. La estancia media en UCIP es de 24 horas. La radiografía de tórax previa solo fue patológica en el 28,57% de los pacientes. Se realizó broncoscopia rígida en el 71,42% de los pacientes. Se localizó el CE en 10 pacientes (71,42%) siendo el tipo más común los frutos secos, de los cuales 5 se alojaban en bronquio principal derecho. Solo hubo un caso de complicaciones al cual se le realizó traqueostomía. El 100% de los ingresos requirió tratamiento concomitante.

**Conclusiones.** La prevención de esta situación es fundamental, donde se incluye educación sanitaria a la población general. Es conveniente instruir en la secuencia básica a realizar ante una obstrucción de la vía aérea. Ante un cuadro de dificultad respiratoria de aparición brusca la sospecha de aspiración de CE debe formar parte del diag-

nóstico diferencial para contribuir a un manejo precoz. En caso de que las pruebas de imagen no sean concluyentes y ante la sospecha clínica está indicada la realización de una broncoscopia.

**39. IMPORTANCIA DEL MANEJO DE LA VÍA AÉREA EN EL SÍNDROME DE TREACHER-COLLINS.** *García González N, Díaz Simal L, Díaz Zabala M, González García LG, Fernández Morán M, García González N\*, Suárez Rodríguez M, Fernández Colomer B.* Área de gestión clínica de Pediatría, \*Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Introducción.** El síndrome de Treacher-Collins es un trastorno congénito del desarrollo del macizo facial poco frecuente, causado por una mutación en el cromosoma 5. Presentamos un caso de diagnóstico postnatal con importantes complicaciones respiratorias en el periodo neonatal inmediato.

**Resumen del caso.** Recién nacido a término varón procedente de gestación por fecundación in vitro con donación de esperma y ovocitos, controlada y bien tolerada. Madre primigesta de 46 años, recibió tratamiento con azatioprina (75 mg/día) durante el embarazo por colitis ulcerosa. Ecografías prenatales normales. Parto por cesárea por desproporción feto-materna. Nace en apnea, sin esfuerzo respiratorio, bradicárdico e hipotónico, con estabilización posterior, persistiendo dificultad respiratoria importante y constatándose ya desde un primer momento, ausencia de permeabilidad de ambas coanas. Apgar 5/9. Mejoría inicial tras colocación en el paritorio de cánula de Guedel que se mantiene durante las primeras horas de vida. Durante su ingreso en la Unidad de Neonatología, precisa oxígeno suplementario en incubadora sin otro soporte respiratorio. En la exploración física además de los signos de distrés destaca un fenotipo peculiar consistente en facies tosca, frente prominente, raíz nasal ancha, epicanthus, oblicuidad hendidura palpebral, coloboma bilateral en párpados inferiores, microftalmia, boca grande, frenillo lingual marcado y retrognatia. Pabellones auriculares de morfología normal. Somatometría al nacimiento en percentil 90. Ante la sospecha clínica de síndrome polimalformativo con atresia de coanas compatible con síndrome de Treacher-Collins, se realizan diversas pruebas complementarias destacando los resultados obtenidos en el estudio de imagen: radiofluoroscopia (coanografía bilateral) y TC macizo facial en los que se constata severa estenosis ósea de ambas coanas, con orificio inferior a 2 mm en el lado izquierdo y a 1 mm en el lado derecho, y marcado aumento del ángulo mandibular con hipoplasia de ramas ascendentes y malares. En el estudio genético se confirma la sospecha diagnóstica inicial con cariotipo masculino normal. Fue intervenido mediante cirugía endoscópica nasal sin incidencias a los 24 días de vida.

**Comentarios.** En el recién nacido que padece este síndrome, la permeabilidad de la vía aérea tiene máxima prioridad, ya que como ocurre en nuestro caso, la severidad de las malformaciones puede ocasionar apnea obstructiva con riesgo de muerte súbita.

**40. SÍNDROME DE JOB (HIPER IGE) COMPLICADO CON ASPERGILOMA PULMONAR.** *Hernández Díaz C, Gutiérrez Dueñas JM, Ardelá Díaz E, Ruiz Hierro C, Ortega Escudero M, Pradillos Serna JM.* Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos.

**Introducción.** El síndrome de Job o de Hiper IgE es una inmunodeficiencia primaria compleja cuya etiología se ha relacionado con mutaciones genéticas (hereditarias o esporádicas) que provocan alteraciones en las vías de señalización mediadas por citocinas y en el funcionamiento de algunas familias de linfocitos T. Esta patología se manifiesta por niveles elevados de IgE en sangre, eczemas cutáneos, e

infecciones cutáneas y pulmonares de repetición. Éstas últimas, graves y muchas veces complicadas con la formación de bronquiectasias y neumatoceles que se pueden sobreinfectar por gérmenes oportunistas y que pueden llegar a precisar tratamiento quirúrgico.

**Material y métodos.** Niña de 10 años de edad que es ingresada para estudio tras visualizar masa pulmonar con nivel hidroaéreo en su interior en radiografía de tórax de control. Entre los antecedentes personales destacan 3 episodios de neumonía complicada que precisaron ingreso y un cuadro de celulitis estafilocócica en rodilla. Se realiza TAC torácico donde se identifica gran neumatocele tabicado, con nivel hidroaéreo, que afecta lóbulo superior derecho y la mayor parte del lóbulo medio. Cultivo de material obtenido por BAL positivo para *Aspergillus Fumigatus*. Tras este hallazgo y tras la mala evolución de la paciente, es remitida a nuestro Servicio para tratamiento quirúrgico.

**Resultados.** Se realiza bilobectomía pulmonar superior y media derecha con toma de muestras para cultivo. En el postoperatorio inmediato presentó fístula broncopulmonar que precisó corrección quirúrgica. El cultivo resultó positivo para *Aspergillus fumigatus* y el diagnóstico anatomopatológico reveló la presencia de Aspergiloma con afectación de lóbulo superior y medio de pulmón derecho.

**Conclusiones.** El Síndrome de Job o de Hiper IgE es una patología poco común que puede provocar infecciones pulmonares graves que pueden llegar a requerir tratamiento quirúrgico en algunos casos. Actualmente, carece de tratamiento definitivo y esta basado en medidas de sostén, como la administración periódica de inmunoglobulinas intravenosas y el reconocimiento y tratamiento oportuno de las complicaciones infecciosas que dictan el pronóstico de estos pacientes.

**Sábado 8 de noviembre - Bloque 5**

**Moderadores:** Myrian Mateos Polo e Irene Ruiz Ayúcar

**41. SEPSIS NEONATAL PRECOZ POR LISTERIA MONOCYTOGENES.** *Abad Moreno N, Ruiz Abadía IC, Martín Bahamontes C, Onoda M, Castro Corral L, García Sánchez R, Garrido Pedraz JM, Carbajosa Herrero MT.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.

**Introducción.** La listeriosis es una infección producida por *Listeria monocytogenes*, bacilo gram positivo de crecimiento intracelular. Es una infección poco habitual en la población general, siendo 20 veces más frecuente durante el embarazo, sobretodo durante el 3<sup>er</sup> trimestre. Su presentación puede ser precoz o tardía. Debe sospecharse en embarazadas con síntomas pseudogripales inespecíficos (fiebre, malestar general) o síndrome febril de origen desconocido con alteraciones analíticas sugestivas de infección bacteriana.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una madre de 32 años, sana, trabajadora en un laboratorio de microbiología. Primigesta. Diabetes gestacional controlada con dieta. Ecografías normales. Serologías negativas. SGB no realizado. A las 29 semanas de edad gestacional se realiza cesárea urgente por clínica materna de corioamnionitis (fiebre acompañada de leucocitosis con neutrofilia) y ausencia de movimientos fetales. Apgar 6/2/9, reanimación avanzada. Ingresa en UCIN por riesgo infeccioso y distres respiratorio. Se inicia antibioterapia con ampicilina y gentamicina. A las 12 horas de vida presenta pico febril acompañado de mal estado general, cianosis distal y petequias en tórax, por lo que se realiza nuevo hemocultivo, coagulación y punción lumbar (LCR transparente, bioquímica normal, gram negativo). A las 72 se confirma *Listeria monocytogenes* sensible a ampicilina en hemocultivo y cultivos periféricos, se deja en monoterapia hasta completar 21 días de tratamiento. Durante el ingreso precisa soporte hemodinámico (dopami-

na) y respiratorio (ventilación mecánica en modalidad A/C) durante 72 horas. En la ecografía transfontanelar realizada al 3º día de vida se objetiva hemorragia subependimaria y en núcleo caudado que se resuelve previo al alta. Es dada de alta tras 24 días de ingreso con una exploración física normal.

**Conclusiones.** La transmisión puede ser transplacentaria, por inhalación de líquido amniótico infectado, colonización ascendente desde la vagina o a su paso por el canal del parto. La forma clínica precoz, debuta habitualmente con un cuadro séptico, siendo los serotipos 1a y 1b los principales implicados. En la forma tardía, la meningitis es la clínica más habitual y el serotipo 4b la etiología más común. Al tratarse de una infección potencialmente letal para el recién nacido, es imprescindible el tratamiento precoz, siendo de elección la penicilina y la ampicilina, asociada o no a gentamicina.

**42. PÉNFIGO NEONATAL.** *Gómez Recio L, García González P, Heras de Pedro MI, Del Rey Tomás-Biosca M, Martínez Figueira L, Mún-guez Rodríguez B, Ramaño Polo A, Rodilla Rojo EN. Servicio de Pediatría. Unidad de Neonatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** El pénfigo neonatal es una enfermedad autoinmune infrecuente y transitoria causada por la transferencia de anticuerpos maternos Ig G anti desmogleína-3 a través de la placenta cuando la madre está afectada por esta enfermedad.

**Caso clínico.** Recién nacido de 24 horas de vida que ingresa procedente de urgencias por presentar lesiones escoriadas compatibles con pénfigo neonatal. Procede de un hospital privado, con edad gestacional de 40 semanas, peso al nacimiento de 3 kg, parto eutócico e incompatibilidad ABO. Madre diagnosticada de pénfigo vulgar controlado con corticoides a dosis bajas. A la exploración destacan lesiones desepitelizadas/costrosas en localización laterocervical izquierda, areola izquierda, dorso de mano izquierda, inguinal izquierda y primer y quinto dedo de pie derecho, ya presentes al nacimiento. No presentaba ampollas ni vesículas ni lesiones a nivel mucoso. Resto de exploración normal, salvo ictericia leve. La analítica realizada fue normal con una PCR de 0,85 mg/dl y bilirrubina total de 10,79. Se coloca en ambiente estéril y aislamiento en incubadora y se realizan lavados de las lesiones con suero fisiológico y administración de corticoide tópico durante los 4 días que dura el ingreso por prescripción dermatológica, que no considera rentable la realización de biopsia. En el momento del alta las lesiones se encuentran en remisión, con zonas reepitelizadas sin signos de sobreinfección. Se solicitan anticuerpos antipénfigo vulgar en suero, que resultan positivos. Tres semanas después se cita en consultas de Dermatología donde se objetiva que solo persisten quistes dermoides en las localizaciones afectadas. Al mes y medio se realiza un nuevo control donde se objetiva negativización de los anticuerpos antipénfigo vulgar.

**Comentarios.** El pénfigo neonatal tiene muy buen pronóstico con resolución completa de las lesiones en aproximadamente 3 semanas. No hay evidencia de ningún caso que haya persistido tras el período neonatal y haya progresado en la edad adulta.

**43. HIPOGLUCEMIA TRANSITORIA NEONATAL POR HIPE-RINSULINISMO.** *Barbarin Echarri S, García Valle E, Caunedo Jiménez M, Orizaola Ingelmo A, Pérez Gordón J, de las Cuevas Terán I, Ruiz Castellano N, Arriola Rodríguez-Cabello S. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** La hipoglucemia neonatal es uno de los problemas metabólicos más frecuentes de los recién nacidos; pudiendo ser asin-

tomática o cursar como hipotonía, letargia e incluso convulsiones. Su etiología es múltiple: disminución de depósitos o síntesis, hiperinsulinismo... Siendo los principales factores de riesgo: prematuridad, bajo peso, hijo de madre diabética, estrés perinatal.

**Caso clínico.** Neonato de 59 horas de vida, sin antecedentes familiares ni obstétricos de interés. Exploración física normal sin dismorfias y alimentado con lactancia materna exclusiva con pérdida ponderal del 9%. En contexto de hipotonía y arreactividad las 2-3 horas previas, se objetiva hipoglucemia de 1 mg/dl. Tras ello, presenta una convulsión autolimitada. Se administra bolo de SG10% y posteriormente aportes endovenosos que precisa aumentar hasta 16 mg/kg/min para regular glucemias. Por todo ello se asocia tratamiento con Hidrocortisona. Se inicia nutrición enteral continua a las 24 horas del ingreso y alimentación oral discontinua a los 13 días, pudiendo retirar aportes endovenosos a los 20 días. Alimentación con leche materna exclusiva desde entonces con control de glucemias normal. Se determina en hipoglucemia: Insulina 239,2 µg/ml, péptido c 17,6 ng/ml y cortisol 41 µg/ml que se normalizan al 5º día. Como pruebas complementarias: ecografía cerebral/abdominal/cardiaca, EEG y RM cerebral, estudio genético y metabólico negativos.

**Comentarios:**

- La hipoglucemia conlleva graves consecuencias neurológicas si no es tratado con rapidez; por lo que es importante la instrucción del personal sanitario sobre los síntomas, a veces sutiles, y determinar las glucemias ante todo recién nacido sintomático o con factores de riesgo.
- El 50% de las hipoglucemias persistentes, son secundarias a hiperinsulinismo.
- La extracción del péptido c en hipoglucemia para obtención de valores adecuados.

**44. CIANOSIS NEONATAL: LA CARDIOPATÍA ES IMPORTANTE, PERO EL CONTEXTO LO ES MÁS.** *Valladares Díaz AI, Hernández Villarroel AC, Domínguez Bernal EM, Garrote Molpeceres R, Jiménez Casso MS, Urbón Artero A, García del Saz MN, Hortelano López M. Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.*

**Introducción.** La cianosis se define como coloración azulada de piel y/o mucosas, debida al aumento de la cifra absoluta de hemoglobina reducida (Hbr), con un valor superior a 3 g/dl. Se diferencian dos tipos, cianosis central (la Hbr se encuentra en sangre arterial), y cianosis periférica (la Hbr se localiza en sangre capilar), pudiendo a su vez manifestarse como cianosis segmentaria cuando solo se afecta un hemicuerpo. Es un signo clínico que se halla de forma frecuente en el recién nacido, debiéndose habitualmente a patología pulmonar o cardíaca, aunque alteraciones metabólicas, neurológicas o incluso hematológicas también forman parte del diagnóstico diferencial.

**Caso clínico.** RNT de PAEG que ingresa a las 3 horas de vida por cianosis en extremidades inferiores, distrés e hiporreactividad. Antecedentes obstétricos: madre de origen marroquí, 40 años, no consanguinidad. Polihidramnios. Cultivo SGB positivo, profilaxis incompleta. Versión externa por presentación podálica. A su ingreso: Silverman 3, regular perfusión de extremidades, micropetequias en extremidades y tronco, hiporreactividad, no soplos, pulsos periféricos normales. TA en los 4 miembros sin diferencias significativas. Se canaliza acceso venoso y se extrae analítica (índice infeccioso 0,11, PCR 1,7 mg/dl, PCT 7,3 mg/dl, plaquetas 117.000). Hipoglucemia aislada. Se inicia antibioterapia empírica, que se mantiene durante 7 días. Ante la no mejoría respiratoria en las horas siguientes, se realiza ECG y Rx tórax (pulmón húmedo, índice CT 0.6). Se solicita ecocardiograma (canal AV parcial, DAP leve-moderado). Empeoramiento neurológico progresivo, con

mala coordinación succión-deglución, atragantamientos frecuentes e hipotonía generalizada, precisando SNG para su alimentación. Ante la tórpida evolución neurológica, se realiza despistaje de metabopatías (negativo), ecografía transfontanelar y RMN (megacisterna magna), y finalmente cariotipo, diagnosticándose de Síndrome de Edwards en mosaico al 18%.

**Conclusiones.** Las trisomías son un hallazgo frecuente en el área pediátrica, siendo la más frecuente la trisomía 21, seguida de la trisomía 18 y 13. A pesar de que actualmente la incidencia de nacimientos de niños no diagnosticados está disminuyendo gracias a los avances en el screening prenatal, debemos seguir teniendo presente dicha posibilidad. Por ello siempre es importante realizar una adecuada anamnesis y exploración física e incluir la solicitud de cariotipo entre las exploraciones complementarias, ya que en el caso de encontrarnos ante una cromosomopatía, está indicado ampliar el estudio genético al resto de familiares de primer grado.

#### 45. BRADICARDIAS FETALES. DOS CASOS CONTRAPUESTOS.

*Alegría Echaury E<sup>1</sup>, Alegría Echaury P, Arriola Cabello S<sup>1</sup>, Montero Fanjul J<sup>3</sup>, Angulo Fernández B<sup>3</sup>, Escudero Martín MT<sup>3</sup>, Fernández Suárez N<sup>2</sup>, Viadero Ubierna MT<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>Cardiología Infantil, <sup>3</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** Las arritmias fetales son un hallazgo relativamente frecuente (1-2% de las gestaciones). Las bradicardias representan menos del 5% de los casos. El origen puede ser: bloqueo AV completo, bradicardia sinusal y bigeminismo, entre otros.

**Caso clínico.** Describimos dos casos de diagnóstico y evolución bien diferente. **Caso 1:** Recién nacida (RN) a término (37+3s), de peso adecuado para su edad gestacional (EG). En la semana 28 de gestación se detecta arritmia fetal consistente en extrasístoles auriculares frecuentes conducidas (FC normal), con corazón estructuralmente normal. En la semana 37+4 se objetiva persistencia de extrasistolia frecuente con FC de 70 lpm, decidiéndose cesárea urgente. Ac antiRo y antiLa maternos negativos. ECG al nacimiento: FC de 120-150 lpm, con ritmo sinusal que alterna con extrasístoles de ritmo auricular bajo (bigeminismo). Ecocardiograma normal. Con 24 horas de vida presenta bigeminismo auricular no conducido con FC de 60-80 lpm, sin repercusión hemodinámica. Desaparición progresiva de las extrasístoles, manteniendo ritmo sinusal en torno a 120-150 lpm. **Caso 2:** RN pretérmino (34+5s). A las 25 semanas de EG se detecta bradicardia fetal por bloqueo AV completo (BAVC) con FC de 60 lpm, que en la evolución descendió a 35 lpm. ECOG: ventrículos globulosos, hipertrabeculados con función sistólica conservada, sin insuficiencias valvulares ni signos de hidrops fetal. Serologías maternas y anticuerpos antiRo y antiLa negativos. No antecedentes familiares de patología cardíaca. Ante bradicardia tan severa se inicia tratamiento transplacentario con salbutamol oral materno (hasta 2 mg cada 6 horas) con buena tolerancia y respuesta (FC fetal de 40 lpm sin desarrollo de hidrops en la evolución). Parto espontáneo en semana 34+5 en centro de referencia. Implante de marcapasos (MCP) epicárdico unicameral al nacimiento. Ecocardiograma con sospecha de miocardiopatía no compactada, función sistólica conservada. Parada cardiorrespiratoria y necesidad de ECMO venoarterial durante 3 días. Durante soporte con ECMO, MCP epicárdico transitorio bicameral. Implante de MCP epicárdico unicameral definitivo a los 7 días de vida. Actualmente 4 meses de vida, asintomática y sin tratamiento médico.

**Comentarios.** La ecocardiografía fetal permite realizar un diagnóstico preciso de las arritmias fetales, fundamental para establecer un pronóstico y tratamiento adecuados. Ante una bradicardia fetal

el diagnóstico diferencial incluirá BAVC y bigeminismo auricular no conducido. La EG y el hidrops fetal son los principales factores pronósticos que condicionarán el momento de finalizar la gestación. El manejo del BAVC fetal es controvertido. En nuestro caso la respuesta a los betamiméticos fue satisfactoria, permitiendo llegar prácticamente a término la gestación.

#### 46. ¿ES EFECTIVA LA PLASMAFÉRESIS EN ENCEFALITIS AUTO-INMUNE? A PROPÓSITO DE UN CASO. Díaz Zabala M<sup>1</sup>, Díaz Simal L<sup>1</sup>, Carrera García L<sup>1</sup>, Vivanco Allende A<sup>1</sup>, Concha Torre A<sup>1</sup>, Medina Villanueva A<sup>1</sup>, Málaga Diéguez P, Roncero Sánchez-Cano P. <sup>1</sup>Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos, <sup>2</sup>Sección de Neuropediatría. Área Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Introducción.** El uso de la plasmaféresis está indicado como terapia de tercera o cuarta línea en el caso de enfermedades de etiología auto-inmune, con escasas publicaciones pediátricas al respecto. Presentamos el caso de una encefalitis anti-NMDA en la que se instauró esta técnica y sus resultados.

**Caso clínico.** Lactante de 11 meses ingresado por encefalitis herpética que durante el tratamiento con aciclovir (día 18) empeora clínicamente, confirmándose el diagnóstico de encefalitis anti-NMDA en sangre y líquido cefalorraquídeo. Terapia inicial con megabolos de corticoides y gammaglobulina intravenosa. Presentó estatus convulsivo electro-clínico que precisó inducción de coma barbitúrico durante 7 días. Recibe tratamiento con varios antiepilépticos, dieta cetogénica, y terapia inmunosupresora con rituximab (4 ciclos), y ciclofosfamida (1 ciclo mensual). Se realiza control de anticuerpos en sangre y líquido cefalorraquídeo con aumento de los mismos. Se decide realizar 5 sesiones de plasmaféresis para lo que se canaliza vena yugular derecha de doble luz. El paciente presenta buena tolerancia a la plasmaféresis sin alteraciones hemodinámicas ni otros efectos secundarios importantes. Se realiza nuevo control de anticuerpos en sangre a los 20 días de finalizar la plasmaféresis, con disminución de los valores y mejoría clínica.

**Conclusiones.** Pese a ser una técnica poco experimentada en el ámbito de Pediatría, la plasmaféresis ha demostrado eficacia ocasional en procesos de etiología autoinmune como terapia complementaria a otros tratamientos. Es necesario valorar cada caso de forma individualizada y realizar un abordaje multidisciplinar.

#### 47. SÍNTOMAS GUÍA EN EL DIAGNÓSTICO DEL TUMOR CEREBRAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. Reguera Bernardino J, Moro de Faes G, Gálvez Criado R, Revilla Orias MD, Muñoz Lozón A, González Quiroga R, Muñiz Fontán M, Andrés Andrés AG. Servicio Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León.

**Introducción.** Los tumores del SNC representan el 20% de los cánceres de la edad pediátrica. Son la segunda neoplasia en frecuencia tras la leucemia aguda. La incidencia anual es de 2-5 casos/100.000 por año. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización del tumor y de la edad del paciente.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de tumor cerebral en nuestro Servicio de Pediatría entre 2013 y 2014. Se recogieron datos clínicos, epidemiológicos y pruebas complementarias que llevaron al diagnóstico.

**Resultados.** 6 pacientes (3 mujeres y 3 varones) de edades comprendidas entre 16 meses y 13 años. Los motivos de consulta fueron vómitos, ptosis, irritabilidad y hemiparesia, convulsiones y en dos de ellos cefalea. El 50% presentaban alteraciones en la exploración neu-

rológica. Se realizó fondo de ojo en la mitad de ellos, encontrándose edema de papila solo en uno (16%). El diagnóstico se realizó en 4 de ellos por TC y en 2 por RMN. En cuanto a la localización 50% fue supratentorial y 50% infratentorial. Los diagnósticos histológicos fueron dos meduloblastomas, un glioma de alto grado, un teratoma, un PNET supratentorial y un tumor epidermoide.

**Discusión.** En los tumores SNC tienen mayor valor pronóstico la localización tumoral y la edad de debut. 1% niños con tumor cerebral presentan cefalea aislada. De nuestros pacientes solo uno consultó por cefalea como único síntoma. Los niños con tumor cerebral asocian más de un signo sugestivo de patología neurológica. Las crisis convulsivas aparecen como primer síntoma en el 6-10%, en nuestro estudio en uno de ellos (16%) fue la forma de debut. El fondo de ojo alterado está presente en el 10-15%, coincidiendo con los hallazgos de nuestro estudio.

**Conclusiones.** Los tumores del SNC se presentan con más de un síntoma sugestivo de afectación neurológica. La cefalea aislada solo se presenta en 1% de los niños con tumor cerebral. El fondo de ojo no es una buena herramienta de screening de los tumores cerebrales.

**48. PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA EN LACTANTE CON RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA.** *Vázquez Canal R, Pérez Poyato MS, Pérez Gordon J, Barbarin Echarri S, García Albalá A, Otero Vaccarello O, Domínguez Carral J, Cagigas Daza MP. Servicio de Neuropediatría y Hospitalización Pediátrica. Hospital Universitario Marqués Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** La parálisis facial periférica idiopática (parálisis de Bell) es una entidad que se presenta con escasa frecuencia en el periodo neonatal y del lactante. La etiología más frecuente de parálisis facial en este grupo es el traumatismo obstétrico. Es importante excluir otras causas como son infecciones víricas, patología de área otorrinolaringológica y malformaciones congénitas. El tratamiento farmacológico (corticoides y/o antivirales) es controvertido en este grupo de edad.

**Caso clínico.** Lactante de 34 días de vida con antecedente de de secuestro pulmonar (diagnóstico prenatal) ingreso en periodo neonatal con exploración neurológica sin hallazgos patológicos. Estando previamente bien y afebril, presenta de forma aguda dificultad para el cierre palpebral derecho completo y desviación de la comisura bucal hacia la izquierda con el llanto. La exploración física por órganos y aparatos es normal. En la exploración neurológica destacan hallazgos compatibles con parálisis del nervio facial derecho, con preservación del resto de pares craneales. La actitud, motilidad espontánea, tono muscular, reflejos osteotendinosos y del lactante se encuentran dentro de la normalidad. No refieren cuadro infeccioso concomitante, no antecedente traumático ni obstétrico, no ambiente infeccioso en domicilio. Durante su ingreso hospitalario se determinan serologías virales, se realiza ecografía cerebral y se solicita valoración por el Servicio de Otorrino sin encontrar hallazgos patológicos. En las primeras 48 horas del ingreso, el paciente evoluciona favorablemente de forma espontánea, sin precisar tratamiento farmacológico. El estudio neurofisiológico (velocidad de conducción nerviosa) confirma la afectación del nervio facial derecho de intensidad leve. A los 7 días tras el alta hospitalaria la exploración física muestra oclusión palpebral derecha completa y sutil asimetría entre ambos surcos nasogenianos con la sonrisa y llanto.

**Comentarios.** La parálisis facial periférica idiopática en periodo neonatal constituye una entidad rara y escasamente descrita en la literatura. La exploración física permite diferenciar otros cuadros como la debilidad del músculo orbicular de los labios. La evolución clínica favorable en nuestro paciente nos ha permitido prescindir del tratamiento con corticoides. Debido a su escasa prevalencia, el pronóstico no está claramente definido.

**49. MICROSOMÍA HEMIFACIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO.**

*González García LG<sup>1</sup>, Fernández Morán M<sup>1</sup>, Suárez Rodríguez M<sup>1</sup>, Carrera García L<sup>1</sup>, Fernández Vilanova A<sup>1</sup>, González García M<sup>2</sup>, Solís Sánchez G<sup>1</sup>, Rodríguez de la Rúa MV<sup>3</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>Servicio de Maxilofacial. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>3</sup>Pediatría Centro de Salud "El Cristo". Oviedo.*

**Introducción.** El síndrome de Goldenhar consiste en una microsomía hemifacial que abarca anomalías en el ojo, oído, mandíbula o vértebras con una incidencia estimada de 1/5.600 nacidos vivos. Se debe a una alteración en la vascularización del primer y segundo arco braquial en el periodo embrionario. Su aparición es esporádica, aunque se han descrito algunos casos con herencia autosómica recesiva o dominante.

**Material y métodos.** Descripción de un caso de una recién nacida a término mujer procedente de una gestación controlada y sin exposición a tóxicos. En las ecografías prenatales se detecta arteria umbilical única sin otras alteraciones y amniocentesis normal. En la exploración neonatal presenta asimetría craneofacial con hipoplasia hemifacial derecha. A nivel del trago (oreja derecha) se observa un grupo de cinco mamezones en racimo de consistencia elástica, siendo el mayor de ellos de 5 x 5 mm. También presenta otro mamelón pediculado de aproximadamente 10 mm de eje longitudinal en rama mandibular derecha, en la zona de la asimetría mandibular. A nivel ocular se observa un mamelón aplanado de 2 x 1 mm en el párpado superior izquierdo y un quiste dermoide epibulbar en el ojo derecho. En la apertura bucal se observa asimetría con tendencia a la lateralización a la derecha. Tortícolis congénita a expensas de fibromatosis del esternocleidomastoideo derecho. En el cribado neonatal de hipoacusia, las otoemisiones en el oído derecho fueron patológicas, por lo que se realizaron potenciales auditivos obteniéndose umbral a 70 dB (hipoacusia severa). Se realizó TC para completar estudios presentando displasia del conducto auditivo interno derecho; con reducción del diámetro del mismo y tabicación parcial. Existe un conducto para el nervio facial y otro para el octavo par independientes en su porción más interna, y además aplasia del conducto semicircular externo. La cóclea, cadena osicular y CAE son normales. No presenta otros hallazgos de interés en el fenotipo, sin asociar anomalías vertebrales. El estudio cardiológico, ecografías transfontanelar y abdominal y el electroencefalograma fueron normales. A los 4 meses de vida se realiza extirpación del mamelón geniano derecho, con diagnóstico de hamartoma benigno en el estudio anatomo-patológico. Hasta la fecha (7 meses de edad) el desarrollo psicomotor es normal aunque aún no consigue la sedestación estable.

**Conclusión.** El síndrome de Goldenhar es una patología infrecuente que suele diagnosticarse en el periodo prenatal (oligoamnios y asimetría facial), aunque a veces pasa inadvertido como sucedió en nuestro caso. El tratamiento es complejo, y debe llevarlo a cabo un equipo multidisciplinario (Pediatría, hipoacusia, maxilofacial y ortodoncista). Existe controversia respecto a la edad indicada para la corrección quirúrgica (resección de mamezones, injertos óseos o corrección de la columna vertebral), aunque en general se recomienda que sea lo más precoz posible.

**50. CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA PARA EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL.**

*Carrera García L, Díaz Simal L, Díaz Zabala M, Vivanco Allende A, Medina Villanueva A, Concha Torre A, Menéndez Cuervo S, Rey Galán C. Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos. Área de Gestión de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción.** La hipertensión intracraneal (HTIC) constituye la causa más frecuente de morbimortalidad en niños con patología

neuroquirúrgica. Es una emergencia médica, que en ocasiones precisa de abordaje quirúrgico, mediante craniectomía descompresiva (CD). Presentamos tres casos en los que se realizó esta técnica.

**Casos clínicos.** *Caso 1:* Niño de 6 años que acude a urgencias por disminución del nivel de conciencia, objetivándose taquicardia, hipertensión y anisocoria, por lo que se realiza TC urgente donde se observa una masa compatible con malformación arteriovenosa con sangrado y signos de herniación cerebral, realizándose CD urgente y medición de presión intracraneal (PIC). En los siguientes días, continuó con PIC elevadas, por lo que se intervino para aumento de craniectomía. Posteriormente se realizó embolización de la lesión e intervención neuroquirúrgica. *Caso 2:* Niño de 12 años con fractura temporal derecha con hundimiento y pequeña hemorragia subaracnoidea secundaria a caída de caballo. Inicialmente se decide manejo conservador, presentando signos clínicos de HTIC a las 36 horas de ingreso y aumento de la hemorragia por lo que se realiza CD, con buena evolución. Al alta estaba asintomático. *Caso 3:* Niño de 13 años que presenta politraumatismo secundario a caída de bicicleta, con fractura múltiple y desplazada en región temporo-parietal izquierda, hemorragia subaracnoidea y hematoma subdural. Presentaba afasia y hemiparesia derecha. Se realiza CD de urgencia. Buena evolución posterior, con resolución de los signos focales neurológicos.

**Conclusiones.** La craniectomía descompresiva es una técnica efectiva para el manejo de la hipertensión intracraneal, y con mejor pronóstico si se realiza en las primeras 48 horas del cuadro.

#### Sábado 8 de noviembre - Bloque 6

*Moderadores:* Mercedes González y M<sup>a</sup> del Carmen Sánchez Jiménez

**51. EPIDEMIOLOGÍA DE LA OTITIS MEDIA AGUDA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.** *García Álvarez FJ, Rodríguez Martínez M, García García R, González Sanz L, Valle Lence L, García Corte MD, Díez Álvarez AB, García González N. Pediatría. Hospital Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivos.** Se trata de una infección del oído medio con presencia de exudado en la cavidad media del oído, y evidenciada por sintomatología local. Los patógenos más frecuentes son el *Streptococcus pneumoniae* (30%), y el *Haemophilus influenzae* (20-25%). Enfermedad propia de lactantes y niños pequeños, antes de los tres años un 80% han sufrido algún episodio, y un tercio de ellos de manera recurrente. Análisis retrospectivo de los casos de "otitis media aguda", atendidos en el servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Central de Asturias; desde el 01-07-13 al 01-07-14; en función de los criterios de ingreso, grupos de edad y sexo. Se comenta el tratamiento y control de los casos en Urgencias de Pediatría del Hospital Central de Asturias. Se recoge y analiza la variable "prioridad" del sistema "Manchester" de triaje para enfermería; y se identifican los diagnósticos de enfermería NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) representativos.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los archivos informatizados e historias clínicas de los pacientes atendidos en el área de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias desde el 01-07-13 al 01-07-14. El análisis estadístico de los resultados se llevó a cabo mediante el programa informático SPSS 15.0. Empleo de la taxonomía NANDA, que define los diagnósticos enfermeros internacionalmente. Se recoge y analiza la variable "prioridad" del sistema "Manchester" de triaje para enfermería.

**Resultados.** En el periodo del estudio recogimos un total de 920 episodios de otitis media Aguda. Hubo un ligero predominio de varones

(53,4%) frente a mujeres (43,6%). Los grupos de edad que presentaron más episodios fueron los lactantes (45%) y preescolares (58%). Son cinco los problemas principales según la clasificación NANDA: dolor agudo, lactancia ineficaz, déficit de la actividad recreativa, alteraciones sensoriales y perceptuales, y trastornos del patrón de sueño. El 78,5% se trataba de un nivel de urgencia verde, según el sistema de triaje "Manchester" para enfermería.

**Conclusiones.** La otitis media aguda es una entidad de relativa frecuencia en Urgencias Pediátricas, y aunque no suele requerir ingreso hospitalario, el correcto tratamiento y abordaje urgente juegan un papel muy importante; ya que aunque son pocos los episodios que producen complicaciones graves, como mastoiditis y meningitis. Muchos otros pueden provocar disminución de la audición, que puede dar lugar a trastornos del aprendizaje y problemas en el desarrollo del lenguaje.

**52. SINOSTOSIS RADIOCUBITAL PROXIMAL CONGÉNITA. A PROPÓSITO DE UN CASO.** *Álvarez González D<sup>1</sup>, Sancho Gutiérrez R<sup>1</sup>, García Valle E<sup>1</sup>, Alegría Echaurre E<sup>1</sup>, González Pérez D<sup>1</sup>, García Granja S<sup>2</sup>, Arbona Jiménez C<sup>2</sup>, García Alfaro MD<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>Unidad de Ortopedia y Traumatología infantil. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** La sinostosis radiocubital proximal congénita es una deformidad poco frecuente que ocurre cuando falla la segmentación del pericondrio entre radio y cúbito en su desarrollo embrionario. Existe una unión ósea entre el extremo proximal del radio y del cúbito que bloquea la rotación del antebrazo, que suele estar fijo en pronación. Es bilateral en el 60% de los casos. En ocasiones forma parte de síndromes polimalformativos. Los antebrazos en pronación superior a 60 grados son los que condicionan un déficit relevante, que es la indicación fundamental del tratamiento quirúrgico (osteotomía desrotadora de antebrazo en una posición más funcional). Se han intentado múltiples técnicas de separación de la sinostosis, como la interposición de tejidos y materiales para conservar la pronosupinación, pero ninguno ha sido completamente exitoso.

**Caso clínico.** Niño de 13 años de edad, sin antecedentes personales de interés, remitido a consulta de Ortopedia infantil por limitación a la prono supinación derecha detectado en revisión deportiva. El paciente refiere tener dicha limitación desde siempre, sin comprometerle en las actividades cotidianas. A la exploración física presenta antebrazo derecho en posición neutra, con bloqueo de la prono supinación, sin deformaciones aparentes ni otros signos. El antebrazo izquierdo es normal. Se solicita una radiografía de extremidad derecha donde se objetiva una sinostosis radiocubital proximal. Dado que no interfiere en sus actividades diarias, se toma actitud expectante.

**Conclusiones.** El diagnóstico de esta enfermedad suele hacerse a partir de los 3 años de edad, cuando la falta de pronosupinación se hace evidente para las actividades de la vida diaria más complejas. Es importante valorar el obstáculo que supone la malformación al paciente para plantear la cirugía si fuese necesario, sabiendo que el éxito del tratamiento con interposición de tejidos en la sinostosis es limitado.

**53. SACROILEÍTIS PIÓGENA EN UN LACTANTE.** *Abad Moreno N, Fernández Luis S, Castro Corral L, Álvarez Álvarez N, Roncero Toscano ML, Sánchez-Villares Lorenzo C, Posadilla Andrés J, Criado Muriel C. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** La sacroileítis piógena es un proceso infeccioso que afecta a la articulación sacroiliaca, habitualmente de manera unilate-

ral, siendo el germen aislado con mayor frecuencia el *Staphylococcus aureus*. Es una patología poco frecuente en lactantes, representa tan solo el 2% de las infecciones osteoarticulares en la infancia, siendo la edad media de presentación los 20 años. Clínicamente se manifiesta con irritabilidad a la movilización, rechazo de la bipedestación y la deambulaci3n.

**Caso clínic**o. Presentamos el caso de una lactante de 18 meses que consulta en el servicio de urgencias pediátricas por rechazo de la sedestaci3n y marcha dolorosa de 12 horas de evoluci3n; refieren antecedente de vacunaci3n en muslos 3 días antes sin traumatismo posterior. En la exploraci3n física destaca la irritabilidad, limitaci3n de la abducci3n de cadera e incapacidad funcional para la bipedestaci3n y la sedestaci3n. Se realiza una analítica en la que destacan: leucocitos 15.680/ $\mu$ l (NE 57%), PCR 6,3 mg/dl y VSG 84mm, con radiografías de cadera y columna lumbosacra normales. A su ingreso se inicia antibioterapia con cloxacilina y cefotaxima, con mejoría progresiva de la clínica y de los marcadores infecciosos, logrando sedestaci3n y bipedestaci3n con apoyo al 2º y 5º día respectivamente. Durante su ingreso se realiza estudio gammagráfico en el que se observa aumento de captaci3n compatible con sacroileitis izquierda, confirmándose mediante RMN. El hemocultivo, serologías, coprocultivo y Mantoux resultaron negativos. Es dada de alta tras 21 días de tratamiento intravenosa, continuando con antibioterapia oral hasta completar 6 semanas.

**Conclusiones.** El diagnóstico de sacroileítis requiere un gran índice de sospecha, debido a su sintomatología imprecisa y la dificultad para explorar dichas articulaciones, sobre todo en los niños más pequeños. La gammagrafía con Tc-99 permite realizar un diagnóstico precoz, sin embargo, la RMN es considerada por algunos autores como método diagnóstico de elecci3n. El tratamiento debe instaurarse empíricamente, siendo la cloxacilina el tratamiento de elecci3n. El pronóstico es muy bueno, con la curaci3n de la práctica totalidad de los casos.

**54. POLITRAUMATIZADO EN ACCIDENTE DE TRÁFICO.** *Torres Montori A<sup>1</sup>, Guillén Perez MA<sup>2</sup>, Paz Paya E<sup>1</sup>, Pino Velázquez M<sup>2</sup>, Solís Sánchez P<sup>1</sup>, Sánchez Abuín A<sup>3</sup>, Gutiérrez Carrera JM<sup>4</sup>, Barrios M<sup>5</sup>.* <sup>1</sup>Unidad de Escolares, <sup>2</sup>UCIP; *Servicio de Pediatría.* <sup>3</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica. <sup>4</sup>Servicio de Traumatología. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Física y Rehabilitaci3n. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducci3n.** Los accidentes constituyen en los países desarrollados, la tercera causa de muerte en todos los grupos de edad. En los niños es la causa más frecuente de fallecimientos (52%) siguiéndole en orden de frecuencia el cáncer infantil (10%). La mortalidad más alta se alcanza en los accidentes de tráfico con cifras superiores al 42%. En España fallecen anualmente 480 niños y se producen más de 8.000 politraumatismos infantiles por accidente de tráfico.

**Caso clínic**o. Niño de 9 años y 5 meses que es trasladado del Hospital de Segovia por politraumatismo tras ser atropellado por un coche a velocidad no precisada, sin testigos directos. No refieren pérdida de conciencia. Es atendido en el hospital de origen realizándose Total Body TAC con los siguientes hallazgos: signos de contusi3n pulmonar derecha, neumotórax y fracturas de arcos costales laterales de la quinta a la séptima costilla derecha; laceraci3n hepática <2 cm en segmento siete; fractura incompleta del hueso ilíaco, fractura abierta de fémur derecha transversa y fractura espirodea de fémur izquierda con tercer fragmento desplazado. Analítica sanguínea: Hb 11,9 g/dl, Hto: 34,6%. Se inicia antibioterapia profiláctica, tratamiento con ranitidina y sondaje vesical (orina clara). Acude a nuestro hospital ingresando en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos con Glasgow 14/15, consciente y orientado aunque con tendencia al sueño, resto de la

exploraci3n neurológica normal. Exploraci3n física con erosiones leves en cráneo, asimetría torácica con hundimiento del hemitórax derecho y presencia de hematomas a nivel costal, en hemiabdomen izquierdo y hemipelvis derecha. Ambas extremidades inferiores inmovilizadas con tracci3n. Leve hipotensi3n al ingreso. Analítica sanguínea: Hb de 6,4 g/dl Hto 19,1% GOT 468U/L CK: 3.829 U/L, glucosa 189 mg/dl, TP: 21,8 seg, IP: 41%, INR: 1,9, TTPA: 35,9 seg, TT: 18 seg. Precisa administraci3n de concentrado de hematíes y plasma fresco congelado ingreso con correcci3n de la coagulaci3n y de la tensi3n arterial. A las 12 horas de ingreso comienza con oliguria, distensi3n abdominal y hematuria microscópica, se realiza laparotomía exploradora por parte de Cirugía Pediátrica con hallazgos de hematoma intravesical y retroperitoneal, realizándose lavado y hemostasia, colocaci3n de cistocath y sondaje vesical; se retiran ambos catéteres urinarios iniciando diuresis por uretra sin incidencias el décimo día de ingreso. Respiratoriamente presenta empeoramiento progresivo en relaci3n con contusi3n pulmonar, desarrollo de derrame pleural y atelectasia en lóbulo inferior derecho requiriendo salbutamol inhalado y oxigenoterapia de alto flujo con una asistencia máxima de 20 lpm y fiO<sub>2</sub> del 40% del cuarto al sexto día de ingreso. Se realizó a cargo de Traumatología estabilizaci3n quirúrgica de las fracturas de fémur con clavos de Ender® el sexto día de ingreso. Precisa analgesia con ketorolaco, nolotil, paracetamol y cloruro mórfico. Se transfunde concentrados de hematíes en cinco ocasiones (días 1, 8 y 12 de evoluci3n) y plasma en dos ocasiones (día 1). Pasa a planta de Hospitalizaci3n al duodécimo día de ingreso siendo valorado diariamente por los Servicios de Cirugía Pediátrica, Rehabilitaci3n, y Traumatología con buena evoluci3n decidiéndose el alta a los 15 días.

**Conclusiones.** Los niños tienen factores inherentes a su desarrollo que les hacen más propensos y vulnerables a los accidentes como los atropellos. El entorno del politraumatizado exige que el cuidado de estos pacientes este a cargo de un equipo multidisciplinar bien integrado y con entrenamiento periódico.

**55. OSTEOCONDROMATOSIS MÚLTIPLE. A PROPÓSITO DE UN CASO.** *Álvarez González D<sup>1</sup>, Sancho Gutiérrez R<sup>1</sup>, García Valle E<sup>1</sup>, Alegría Echaury P<sup>1</sup>, Suárez Alonso J<sup>1</sup>, García Granja S<sup>2</sup>, Arbona Jiménez C<sup>2</sup>, García Alfaro MD<sup>2</sup>.* <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>Unidad de Ortopedia y Traumatología infantil. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducci3n.** La OM es una enfermedad hereditaria que se manifiesta en la primera y segunda décadas de la vida. Son tumoraciones óseas benignas que crecen en las metáfisis, principalmente de huesos largos. La clínica varía desde deformidades estéticas, hasta limitaci3n de la funci3n articular, alteraci3n del crecimiento o compresi3n de estructuras vecinas. La complicaci3n más temida es el condrosarcoma.

**Caso clínic**o. Niño de 2 años de edad remitido a consulta de Ortopedia infantil desde Urgencias de Pediatría por bultoma de 20 días de evoluci3n en 1º metacarpiano de la mano izquierda. No refiere dolor, limitaci3n de la funci3n, ni tumoraciones a otros niveles. No antecedentes personales ni familiares de interés. A la exploraci3n se objetiva una tumoraci3n dura en cara dorsal de la 1ª metacarpofalángica de la mano izquierda, sin signos inflamatorios. Se realiza una radiografía, informada como malformaci3n compatible con osteocondroma. Se decide vigilancia domiciliaria, continuando controles en ortopedia infantil. 2 meses más tarde consultan por nuevas tumoraciones. Se observan múltiples tumoraciones fijas en: 5º metacarpiano y 2ª falange del 3º dedo de la mano derecha, 2º metacarpiano de la mano izquierda, zona costal, húmero proximal y fémur distal, estiloides radial bilate-

ral y tobillos. Se solicita un mapa óseo radiológico informado como osteocondromatosis múltiple. Pasados 7 meses el paciente presenta alteración de la movilidad de ambas manos, por lo que se decide escisión quirúrgica de las lesiones más limitantes: osteocondroma del 1<sup>er</sup> metacarpiano de la mano izquierda, 5<sup>o</sup> metacarpiano de la mano derecha y 2<sup>a</sup> falange de 3<sup>er</sup> dedo de la mano derecha. Se obtienen buenos resultados con la intervención. Por la evolución de la enfermedad, tras dos años de seguimiento, el paciente precisa de nueva cirugía para tumoraciones en tibia distal izquierda y cubito distal derecho. Actualmente presenta afectación importante de cuellos femorales con limitación para la movilidad de la cadera. Por las características de esta patología, el paciente presenta altas probabilidades de precisar nuevas intervenciones quirúrgicas, principalmente durante el periodo de crecimiento.

**Conclusiones.** Aunque esta enfermedad es de carácter benigno, la posibilidad de malignización y de evolucionar a deformaciones importantes y limitantes, requiere controles clínicos y radiológicos periódicos con el fin de detectar precozmente estas complicaciones y realizar cirugía si fuera necesario. Se debe aconsejar estudio genético a los familiares.

#### 56. LESIÓN DE MOREL LAVALLEÉ EN REGIÓN SUPRAPATELAR.

*Garmendia Amunarriz M<sup>1</sup>, González Pérez D<sup>1</sup>, Merayo Fernández L<sup>1</sup>, Suárez Alonso J<sup>1</sup>, Leonardo Cabello MT<sup>1</sup>, Alkadi Fernández K<sup>1</sup>, Álvarez Álvarez C<sup>1</sup>, Ortuzar Guillamón JP.* <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>Servicio de Radiología Pediátrica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Introducción.** La lesión de Morel Lavalleé consiste en una acumulación de líquido entre el tejido celular subcutáneo y la fascia muscular como consecuencia de la rotura de los vasos sanguíneos y linfáticos de la zona. Suele producirse tras un traumatismo con mecanismo tangencial que provoca una lesión cizallante de estos vasos. La sintomatología clínica varía desde pacientes asintomáticos hasta aquellos en los que se produce necrosis cutánea como consecuencia de la disminución del flujo sanguíneo en la piel adyacente. La mayoría de las veces precisa tratamiento quirúrgico con drenaje percutáneo de la colección y/o desbridamiento.

**Caso clínico.** Niño de 10 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a Urgencias derivado desde atención primaria por tumefacción en región suprapatelaria izquierda. Refiere traumatismo con mecanismo de cizallamiento hace 18 días tras el cual presentó edema y hematoma a dicho nivel que se resolvió de forma espontánea. Posteriormente apareció bultoma con crecimiento progresivo y doloroso. El paciente está afebril y no presenta ninguna otra sintomatología. En exploración física se objetiva una masa fluctuante de unos 7 centímetros de consistencia líquida en región suprapatelaria, no dolorosa a la palpación. No presenta alteración de la integridad, coloración ni temperatura a nivel cutáneo. En la ecografía se describe una colección líquida, localizada a nivel de tejido celular subcutáneo por encima de la rótula, de contornos abollonados con imágenes hiperecogénicas redondeadas en su interior que corresponden a grasa, no observándose vascularización en su interior ni aumento de la misma alrededor. Con el diagnóstico de lesión de Morel Lavalleé se remite a consulta de Ortopedia Infantil, se decide tratamiento conservador con vendaje compresivo y controles evolutivos, presentando resolución de la lesión en 1 mes.

**Comentario.** Dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones de partes blandas postraumáticas debemos pensar en la posibilidad de lesión de Morel Lavalleé cuando el mecanismo de lesión descrito sea por cizallamiento. Tanto la RMN como la ecografía pueden ayudar en

el diagnóstico de esta lesión. Aunque es frecuente que precisen tratamiento quirúrgico, se han descrito casos de resolución espontánea por lo que se puede intentar un tratamiento conservador junto con seguimiento clínico estrecho como primera medida de tratamiento.

#### 57. UCI DE PUERTAS ABIERTAS, UNA NECESIDAD PARA

*TODOS. Valle Lence L<sup>1</sup>, González Sanz L<sup>1</sup>, García García R<sup>1</sup>, Rodríguez Martínez M<sup>1</sup>, García Álvarez FJ<sup>2</sup>.* <sup>1</sup>Enfermera Interna Residente, Servicio de Pediatría. <sup>2</sup>Enfermero, Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Introducción.** El ingreso en una unidad de cuidados intensivos supone un hecho estresante para el paciente por el intervencionismo y la gravedad que provoca el mismo. De igual manera, la familia se somete al sufrimiento de ver a su ser querido enfermo y acatar las normas de la unidad en la que éste se encuentra. Desde hace décadas en algunos hospitales, las llamadas UCI de puertas abiertas permiten a los familiares de enfermos acompañar en el cuidado y la recuperación las veinticuatro horas del día. Este hecho repercute positivamente sobre todos los involucrados en el ingreso (paciente, familia y personal de la unidad), y en el caso de la Pediatría, está más que demostrado el beneficio que supone permitir a los padres ser partícipes del cuidado de sus hijos de una manera más humanizada.

**Objetivos.** determinar los beneficios y la repercusión de las unidades de cuidados intensivos de puertas abiertas en los pacientes, familias y trabajadores. Conocer la opinión al respecto de las personas involucradas en los cuidados. Identificar las necesidades para la implementación de servicios de puertas abiertas 24 h.

**Material y métodos.** se elaboró un trabajo descriptivo para el que se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (PubMed, JBI, Cochrane) con limitación en tiempo a una antigüedad de 5 años máximo para recuperar estudios recientes.

**Resultados y conclusiones.** En los estudios revisados sobre unidades de puertas abiertas, se evidenciaron los beneficios para los niños ingresados con una mayor estabilidad hemodinámica, mejor tolerancia gastrointestinal, mejor afianzamiento de la lactancia materna, y mayor confort. Para los familiares de los niños provocó un mayor nivel de confianza en sí mismos y en los tratamientos aportados, disminuyó el nivel de ansiedad por el proceso y facilitó el aprendizaje y colaboración en los cuidados del niño. Para el personal de las unidades, la colaboración por parte de los familiares en las tareas sencillas supone una descarga de trabajo, una herramienta para fomentar la empatía y la necesidad de mantenerse competente en las áreas del cuidado para responder a todas las necesidades de la población.

#### 58. APLICACIÓN DE LOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO EN LAS UCIS NEONATALES ESPAÑOLAS.

*Bestilleiro Fernández P, Montes Fernández C.* Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias.

**Objetivo.** Conocer el grado de utilización de los cuidados centrados en el desarrollo en las Unidades de Cuidados Intensivos neonatales de los hospitales españoles.

**Material y método.** Se trata de un estudio descriptivo prospectivo. Se han identificado los hospitales españoles con UCIS neonatales, que atienden a recién nacidos de muy bajo peso al nacer (RNMBP) (menos de 1.500 g) y a nacidos antes de la 28 semana de gestación, y más tarde se ha realizado a un profesional enfermero de dichas unidades una encuesta telefónica sobre el uso de los cuidados centrados en el desarrollo en la unidad a través de un cuestionario validado.

**Resultados.** De los 49 Hospitales con UCI neonatal a los que se ha realizado la entrevista, de todas las comunidades autónomas, se observa que un 91,5% de las unidades conoce o ha oído hablar de dichos cuidados, pero el 65,2% de las UCIS Neonatales no cuenta con un equipo formado que utilice los Cuidados Centrados en el desarrollo en su práctica diaria. De entre ellas un 30,6% sobre el total de unidades participantes están creando en estos momentos un equipo específico formado en ello.

**Conclusiones.** En prácticamente todas las unidades españolas el personal tiene nociones acerca de esta metodología del trabajo pero se utiliza en un porcentaje muy bajo de unidades. Se ha observado que cada vez son más los centros que cuentan o están creando un equipo de profesionales capacitados para efectuar los Cuidados Centrados en el Desarrollo.

**59. MANEJO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL TOTALMENTE IMPLANTADO EN PEDIATRÍA.** *González Sanz L, Valle Lence L, Rodríguez Martínez M, García García R, García Álvarez FJ. Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivos:**

- Conocer el catéter totalmente implantado de larga duración con reservorio subcutáneo.
- Analizar las ventajas e inconvenientes del catéter reservorio totalmente implantado en Pediatría.
- Conocer el protocolo de punción y mantenimiento del catéter.
- Identificar las posibles complicaciones en su manejo.
- Revisar la bibliografía y evidencia científica sobre su manejo.

**Material y métodos.** La mayor parte de la búsqueda bibliográfica ha tenido lugar a través de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) de España. De la misma se han podido obtener para su estudio artículos y documentos contenidos en las siguientes bases de datos: *The Cochrane Collaboration, Cuiden, Dialnet, Scielo, MedLine*. Asimismo se ha realizado una búsqueda libre a través de la cual se ha tenido acceso a documentos de consenso y guías de práctica clínica de los hospitales de nuestro país así como guías de consenso a nivel internacional.

**Resultados.** Del estudio y análisis de los distintos documentos se ha realizado una propuesta de protocolo de punción del catéter reservorio, se han analizado las complicaciones de su uso a corto-largo plazo y se han recogido una serie de puntos clave en el manejo de estos dispositivos.

**Conclusiones.** A pesar de los avances científico-técnicos que han tenido lugar con respecto a los catéteres venosos centrales totalmente implantados el conocimiento por parte de los profesionales de enfermería de la técnica de punción de éste dispositivo no es completo y por tanto sería preciso formar activamente a los profesionales. De los documentos analizados se desprende la necesidad de unificar criterios en cuanto al lavado, sellado y mantenimiento del catéter reservorio en la población pediátrica.

**60. SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WÜNDERLICH. A PROPÓSITO DE UN CASO.** *González Escartín E<sup>1</sup>, Naranjo González C<sup>1</sup>, Dalmau Godoy A<sup>2</sup>, Cueli del Campo L<sup>1</sup>, Ruiz Castellano N<sup>1</sup>, Palacios Sánchez M<sup>1</sup>, Alcadi Fernández K<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Servicio Pediatría, <sup>2</sup>Servicio Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** El síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich es una anomalía Müllerriana congénita rara, que consiste en útero didelfo,

hemivagina ciega, y agenesia renal y ureteral ipsilateral. Las pacientes permanecen asintomáticas hasta la menarquía, siendo la sintomatología más frecuente dismenorrea, masa pélvica y *spotting*. Asocia frecuentemente endometriosis, adhesiones pélvicas, piosalpinx, piocolpos y hematocolpos. El diagnóstico puede realizarse mediante ecografía o RMN pélvica. El abordaje terapéutico es quirúrgico.

**Caso clínico.** Niña en seguimiento en consulta de Endocrinología Infantil desde los 5 años y 7 meses de edad por talla baja. *Antecedentes personales:* Agenesia renal izquierda de diagnóstico prenatal. *Antecedentes familiares:* Talla genética 149,3 cm (SDS -2,16). Resto sin interés. *Evolución:* En seguimiento por talla baja, manteniendo talla en -3,9 SDS, y edad ósea retrasada dos años respecto a cronológica. Valores de IGF-I en -2,5 SDS para su edad y sexo. A los 11,44 años, con talla 123,9 cm (SDS -3,92) inicia tratamiento con IGF-I (Increlex®). A los 13 años y 10 meses, presenta desarrollo puberal con estadio TANNER III-IV, sin menarquía. Se realiza ecografía abdominal de control donde se observa ausencia de riñón izquierdo, dos cuerpos uterinos separados, con dos endometrios y dos cuellos uterinos, no pudiendo distinguir entre útero bicorne, bicolis o didelfo. Tras el resultado ecográfico se remite a consulta de ginecología, que valora a la paciente y solicita RMN abdomino-pélvica para completar estudio. A la edad de 14 años y 1 mes presenta menarquía. Posteriormente menstruaciones dolorosas que no ceden con AINES, precisando ingreso hospitalario. Durante su ingreso se realiza RMN abdomino-pélvica donde se observa útero didelfo, hematocervix izquierdo con discreto sangrado activo y agenesia renal izquierda. Ante el resultado de la RMN se decide intervención quirúrgica, realizándose la resección del tabique de la hemivagina ciega y drenaje de colecciones. No presenta complicaciones quirúrgicas. Tras intervención, menstruaciones regulares y escasamente dolorosas. A los 15,13 años, con EO 14,5 años y talla 148 cm (SDS-2,22), se suspende tratamiento con IGF1 (Increlex®), no incidencias durante el tratamiento.

**Conclusiones.** Ante una paciente con agenesia renal o riñón displásico multiquístico con amenorrea, dismenorrea y/o *spotting* hay que descartar una posible alteración Müllerriana. El diagnóstico precoz permite una intervención quirúrgica temprana y menos agresiva, con disminución del número de complicaciones. Tras la corrección quirúrgica dicha sintomatología desaparece.

**61. EDEMA DE PENE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE PÚRPURA DE SCHÖNLEIN HENOCH.** *Ruiz Castellano N, Otero Vaccarello O, Leonardo Cabello MT, De la Rubia Fernández LR, Pereira Bezanilla E, Fernández Suárez N, Naharro Fernández C, Caunedo Jiménez M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** La púrpura de Schönlein Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en la infancia. La mayor incidencia tiene lugar entre los 3 y los 7 años, siendo más frecuente en varones en una proporción 2:1. La aparición de lesiones purpúricas en glúteos y extremidades inferiores es la primera manifestación de la enfermedad, sin embargo pueden presentarse una amplia variedad de signos y síntomas. El área genital tiene una afectación en la PSH en torno al 15%, siendo el escroto agudo la forma de manifestación más frecuente.

**Caso clínico.** Niño de 4 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a la Unidad de Urgencias por presentar de forma súbita edema en pene que dificulta la micción junto con lesiones purpúricas en ambos miembros inferiores. Se encuentra afebril y no presenta otra sintomatología. A la exploración presenta importante edema en pene con hematoma en cara dorsal, el escroto y los testículos son normales y lesiones purpúricas y equimóticas en miembros inferiores. El resto de la

exploración física es normal. Con diagnóstico de púrpura de Schönlein Henoch con afectación genital se decide ingreso. Durante el ingreso se pauta reposo y antiinflamatorios y corticoterapia oral, con mejoría progresiva de los signos inflamatorios.

**Comentarios.** Así como la afectación del área escrotal no es infrecuente en la PSH, la afectación peneana es una manifestación rara, existiendo pocos casos publicados en la literatura. El principal diagnóstico diferencial se plantea con la balanopostitis y la parafimosis, siendo clave la anamnesis y exploración física para orientar el diagnóstico correcto. El uso de corticoterapia como tratamiento de la afectación peneana en la PSH es controvertido. Se describen varios casos en la literatura con remisión espontánea sin tratamiento. En nuestro caso, debido a las dificultades que ocasionaba para la micción se decidió administrar terapia corticoidea oral.

**62. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.** *García García, Rodríguez Martínez M, Valle Lence L, González Sanz L, Díez Álvarez AB, García Álvarez FJ, García Corte MD. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivos.** Dar a conocer las últimas recomendaciones sobre alimentación complementaria siguiendo la tendencia actual dada por las sociedades científicas, mediante la presentación de un diseño visual que muestra la introducción paulatina de alimentos en el primer año de vida.

**Material y método.** Revisión bibliográfica de fuentes en Pubmed y Cochrane.

**Resultados y conclusiones.** La presentación del diseño gráfico favorece el consenso entre los profesionales acerca de las recomendaciones en la diversificación alimentaria.