

Viernes 12 de abril • Sala 1

Limitación de la marcha como síntoma de púrpura de Schönlein-Henoch. *Rodríguez-Noriega Béjar L, Martino Redondo P, Cabeza Antuña A, Rubio Granda A, Martínez García C, Ornia Fernández C, Castellanos Mata A, Murias Loza S.* Área de Gestión Clínica de la Infancia y Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. *viedo.*

Introducción. La púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es una vasculitis leucocitoclástica por afectación de vasos de pequeño tamaño. La afectación puede ser multiorgánica, con clínica gastrointestinal y renal asociada a la púrpura cutánea.

Caso clínico. Varón de 6 años que consulta por lesiones cutáneas en miembros inferiores, rechazo de la deambulación y leve dolor abdominal asociado; con infección respiratoria la semana previa. El examen físico reveló múltiples lesiones purpúricas, algunas ampollosas, en miembros inferiores, nalgas e ingles. Además, presentaba tumefacción periarticular en ambos tobillos, con limitación de la movilidad por dolor. Se realizó analítica de sangre y de orina, sin alteraciones (incluyendo cifra plaquetaria normal y ausencia de coagulopatía) y un test rápido de estreptococo faríngeo, con resultado positivo. La ecografía articular mostró aumento de partes blandas a nivel subcutáneo con ausencia de derrame articular. El cuadro se catalogó de PSH, indicando tratamiento con penicilina y prednisona oral ante importante afectación cutánea y artralgiás. Se realizó seguimiento estrecho en consultas de Reumatología Pediátrica con progresiva mejoría del cuadro y descenso paulatino de corticoide, chequeando normalidad en las sucesivas tiras reactivas de orina.

Comentarios. La PSH es la vasculitis pediátrica más frecuente. Tras desencadenante infeccioso, se produce formación y depósito de inmunocomplejos IgA que dañan la pared vascular. Es una enfermedad autolimitada en semanas en la mayoría de los casos. Aunque es común la presencia de artral-

gias, provocando cojera o rechazo de la marcha, la verdadera artritis es infrecuente. La morbilidad está condicionada por el grado de afectación renal.

Síndrome de Turner: más allá de la forma clásica. *Martino Redondo P¹, Cabeza Antuña A¹, Castellanos Mata A¹, Ornia Fernández C¹, Rodríguez-Noriega Béjar L¹, Velando Pascual C², Viejo Díaz M², García González N¹.* ¹Área de Gestión Clínica de la Infancia y la Adolescencia; ²Laboratorio de Genética Molecular. Hospital Universitario Central de Asturias. *Oviedo.*

Introducción. El síndrome de Turner es una enfermedad genética producida por la ausencia del segundo cromosoma X. Sus manifestaciones clínicas más frecuentes son: talla baja, cuello corto, tórax ancho, cúbito valgo, retraso del crecimiento y orejas rotadas. Existen varios tipos en función del grado de deficiencia del cromosoma X. La mayoría de casos se producen por no disyunción cromosómica durante la gametogénesis, y por tanto, no se heredan, pero algunas deleciones parciales sí pueden ser heredadas.

Caso clínico. Mujer, 40 años. Cariotipo con alteración estructural del cromosoma X. Antecedentes: madre de estatura baja. Tres hijas de 22, 21 y 14 años, sanas (159, 153, 145 cm). La hija mayor tiene una hija, la mediana está embarazada. Exploración física: estatura baja (150 cm), acortamiento de metacarpianos. Cariotipo e hibridación fluorescente in situ: monosomía parcial del cromosoma X por deleción en el gen SHOX (Xp22.33), implicado en el desarrollo esquelético. Se realizó estudio familiar de las 3 hijas, la nieta y el embarazo de la hija, siendo todas portadoras de la deleción.

Comentarios. Las deleciones del brazo corto del cromosoma X son una forma poco frecuente de presentación del síndrome de Turner. El análisis del fenotipo y cariotipo de estos pacientes muestra gran variabilidad en los rasgos somáticos, así como en la función gonadal. Los pacientes con deleción terminal del brazo corto del cromosoma X no parecen

presentar disgenesia gonadal, con función ovárica normal y ausencia de otros rasgos salvo cierto grado de retraso en el crecimiento, como en el caso de esta familia.

La importancia de los antecedentes. *Iglesias Oricheta M², Herreras Martínez A², Rodrigo Fernández A², Escudero Villafañe A², Fernández Rodríguez L², Andrés Andrés AG¹.* ¹Sección de Urgencias Pediátricas; ²Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES) es un síndrome gastrointestinal de hipersensibilidad alimentaria no IgE mediado cuyo desencadenante más común es la leche de vaca. La forma aguda aparece de 1 a 4 horas tras ingerir el alimento; se caracteriza por vómitos repetitivos, letargia, palidez y ocasionalmente diarrea acuosa.

Caso clínico. Niño de 10 meses valorado en Urgencias por vómitos y deposiciones líquidas de 4 horas de evolución. Afebril. Presenta episodio de hipotonía, letargia y palidez cutánea que resuelve espontáneamente. Exploración física y neurológica normales salvo dermatitis atópica. Los padres no refieren antecedentes de interés. Durante su estancia varios episodios de letargia, palidez e hipotonía de corta duración y recuperación completa. Además, llanto y dolor en hemiabdomen derecho. Solicitamos analítica de sangre y orina descartando cuadro infeccioso y ecografía abdominal sin invaginación. Rehistoriada la familia, refieren seguimiento en Digestivo Infantil por sospecha de alergia a proteínas de leche de vaca (PLV), alimentado con hidrolizado desde el mes de vida. Ante normalidad de IgE específica, en la última consulta indican tolerancia progresiva con PLV. Unas 4 horas antes habían administrado 3 cucharadas de yogur. Se sospecha FPIES, indicando dieta exenta de PLV con evolución favorable.

Comentarios. Queremos resaltar:

- Primero, la importancia del conocimiento del FPIES secundario a PLV y su sospecha en cuadros de letargia e hipotonía en lactantes.
- Segundo, la relevancia de la historia clínica detallada con recogida de antecedentes ante todo paciente que valoremos en urgencias ya que puede darnos la pista para un diagnóstico certero.

Anomalías de la diferenciación sexual. A propósito de un caso. *Giordano Urretabizkaya M, Arriola Rodríguez-Cabello S, Torre González T, Barquín Regó C, Ruiz Rentería E, Fernández Marqués M, Marín Rodero J.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. Las anomalías de la diferenciación sexual (ADS) incluyen aquellas patologías en donde existe una discordancia entre los criterios cromosómico, gonadal, fenotípico que definen la diferenciación sexual. Pueden manifestarse a edades variables, su frecuencia es inferior a 1/2.000 y sus causas son múltiples.

Caso clínico. Se presenta el caso de un recién nacido a término, con hallazgos ecográficos prenatales compatibles con genitales sexuales ambiguos. Al nacimiento, destacaba hipertrofia del clítoris/micropene asociando fusión de labios mayores con apariencia escrotal, palpándose teste derecho en bolsa (Estadio IV de Prader), sin otras anomalías fenotípicas. Ante hallazgos clínicos sugestivos de ADS, se prosigue con las pruebas complementarias de primer nivel. Ecografía abdominopélvica, objetivándose teste derecho en bolsa escrotal e izquierdo en orificio inguinal, útero con cavidad endometrial, pene con cuerpos cavernosos y uretra. Estudio hormonal, descartando hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) con función tiroidea, gonadotropinas y testosterona en rango normal. Cariotipo/estudio citogenético, confirmando la presencia de dos líneas celulares, mosaicismo 45XO/46XY, siendo esto compatible con disgenesia gonadal mixta. Se completa el estudio con resonancia magnética, confirmando hallazgos ecográficos, pendiente realización de biopsia gonadal para descartar riesgo de malignización. Finalmente, se decide asignar el género masculino.

Comentarios. Las ADS representan un amplio espectro de patologías complejas, que deben abordarse de forma multidisciplinar. Es urgente descartar siempre la HSC. Una vez llegado al diagnóstico del tipo de ADS, se deberá valorar cual es la asignación de género más adecuado y si es subsidiaria a tratamiento médico o quirúrgico.

Epigastralgia de larga evolución, reto diagnóstico. *Musgo Balana P, Expósito de Mena H, Gautreaux Minaya SI, Prada Pereira MT, Duque Moreno LD, Arias Consuegra MA.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario El Bierzo. Ponferrada, León.

Introducción. El abordaje del dolor abdominal recurrente precisa de una adecuada anamnesis y exploración física para dirigir un adecuado planteamiento diagnóstico que permita discernir entre patología orgánica o funcional. Presentamos una serie de casos donde conseguimos el diagnóstico solicitando pruebas dirigidas.

Casos clínicos. Caso 1: Niña, 13 años, epigastralgia recurrente, dispepsia postprandial sin pirosis, vómitos retentivos e hiporexia con pérdida de peso. Estudio completo (varias ecografías y endoscopia digestiva alta) normales. Ante estos síntomas solicitamos ecografía abdominal "dirigida", midien-

do ángulo aortomesentérico (AOM) y distancia aortomesentérica (DAOM) siendo 15° y 5 mm respectivamente, sugestivo de síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS).

Caso 2: Niño, 11 años, epigastralgia postprandial diaria, distensión, plenitud y saciedad precoz. Pérdida de peso y crecimiento longitudinal importante en último año. Estudio completo normal. Empeoramiento progresivo con aparición de vómitos retentivos. Solicitamos ecografía “dirigida”, observándose disminución AOM (22°) y DAOM (<10 mm) y dilatación de arteria renal izquierda sugestivo de SAMS. Ambos casos presentan mejora tras manejo conservador.

Caso 3: Hermana del caso 1, seguimiento por migraña, inicia síntomas digestivos similares a su hermana. Junto al estudio inicial solicitamos ecografía “dirigida” confirmando criterios anatómicos compatibles con SAMS. Realiza prueba terapéutica con dieta hipercalórica.

Comentarios. El SAMS es infrecuente e infradiagnosticado. La clínica inespecífica dificulta su diagnóstico, precisando un alto grado de sospecha. Debemos incluirlo en el diagnóstico diferencial de epigastralgia postprandial recurrente con síntomas sugerentes de obstrucción parcial duodenal. Aunque en la literatura la angio-TAC es considerada *gold standard*; pueden beneficiarse de una ecografía “dirigida” (medición DAOM y AOM).

Enfermedad de Perthes: más allá de la importancia del diagnóstico precoz. *Cabeza Antuña A¹, Sarmiento Martínez M², Martino Redondo P¹, Castellanos Mata A¹, Rodríguez-Noriega Béjar L¹, Martínez García C¹, Ornia Fernández C¹.* ¹Área de Gestión Clínica de la Infancia y la Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Pediatra. Centro de Salud La Corredoria. Oviedo.

Introducción. La enfermedad de Perthes se produce por la necrosis avascular de la cabeza femoral, generalmente en varones de 4-8 años. La participación del Pediatra de Atención Primaria en el diagnóstico precoz es fundamental pero también en el seguimiento de la enfermedad, de evolución incierta y prolongada.

Caso clínico. Varón de 7 años que refiere dolor en el muslo y cojera matutina desde hace 2 semanas sin antecedente traumático. En la exploración destaca dolor y limitación para la rotación externa y abducción de la cadera derecha. Se solicita una radiografía que resulta diagnóstica de enfermedad de Perthes. Se deriva a Traumatología que contraindica actividades de impacto y pauta tratamiento antiinflamatorio. Los primeros meses el paciente se muestra triste, con dificultades para aceptar su enfermedad, abandona el deporte, aumenta el sedentarismo y el uso de pantallas y como con-

secuencia presenta exceso de peso. Por la mala evolución a los 2 años se realiza cirugía. Actualmente el paciente precisa utilización de una calza por asimetría de la extremidad, se ha incorporado a su actividad deportiva habitual, no tiene ningún dolor ni limitación y ha mejorado su IMC.

Comentarios. El diagnóstico de enfermedad de Perthes tiene un alto impacto en el paciente y su familia. Desde Atención Primaria es fundamental un seguimiento acompañando en la aceptación de la enfermedad y sus tratamientos, promocionando hábitos de vida saludables y la realización de deportes con bajo impacto imprescindibles para mantener una buena salud física y mental así como vigilar secuelas futuras como la artrosis precoz.

Atresia de vías biliares: revisión en los últimos 3 años en hospital de tercer nivel. *Ricoy Chaín E, Martínez Pérez M, Fernández-Morán González A, Alejos Antoñanzas M, Muñoz Cabrera VP, Martínez Saenz de Jubera J, González-Lamuño Sanchís C, González Mieres C.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La atresia de vías biliares (AVB) es una enfermedad de etiología desconocida, causante de obstrucción grave del flujo biliar y cuya incidencia es 1/12.000 nacidos vivos. Es la causa más frecuente de ictericia neonatal obstructiva extrahepática y de trasplante hepático pediátrico de forma aislada.

Objetivo. Comparar los últimos casos diagnosticados de AVB, atendiendo a su clínica inicial, diagnóstico, tratamiento y potenciales complicaciones asociadas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo (serie de casos), incluyendo los pacientes diagnosticados de AVB en hospital de tercer nivel en los últimos 3 años.

Resultados. Se analizaron 3 casos de AVB (66% varones). Todos fueron recién nacidos (RN) a término, con peso adecuado, sin factores de riesgo infeccioso ni otras comorbilidades. En dos de ellos se llegó al diagnóstico en las dos primeras semanas de vida por presencia de ictericia y porcentaje de bilirrubina directa en torno a 25-30% respecto al total. El tercero fue diagnosticado a los 51 días de vida con ictericia, deposiciones hipocólicas y un 57% de BD. En todos los casos la ecografía abdominal resultó normal, gammagrafía hepatobiliar alterada, y diagnóstico confirmado mediante biopsia. Todos intervenidos quirúrgicamente antes de los 2 meses de vida sin incidencias. Dos pacientes presentaron colangitis de repetición. Actualmente, uno sometido a trasplante hepático y otro en lista de espera.

Conclusiones. La AVB se debe sospechar en RN sanos con adecuado peso que presentan ictericia progresiva, pudiendo

asociar coluria y acolia. La ecografía y la gammagrafía hepatobiliar pueden ayudar al diagnóstico, alcanzando el definitivo con la biopsia intraoperatoria. Aunque la primera línea de tratamiento consiste en la realización de porto-enterostomía de Kasai precoz, el 80-85% de los pacientes acaban precisando trasplante hepático.

Otras causas de cojera en lactantes, a propósito de un caso. *García Blanco C, Leónardo Cabello MT, Gándara Samperio C, Pérez Fraga P, Sanz Santillán B. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La cojera es un motivo frecuente de consulta en Pediatría. La anamnesis y exploración física son clave para la orientación diagnóstica, sin embargo, en algunos casos pueden no ser de ayuda. Su origen depende de la edad del paciente y puede ser de causa inflamatoria, infecciosa, traumática o idiopática.

Caso clínico. Niña de 2 años que acude a Urgencias por cojera derecha desde hace 1 semana; con tratamiento antiinflamatorio pautado y aceptable respuesta, pero persistencia de cojera. Niega traumatismo o clínica infecciosa. A la exploración, no signos de inflamación aguda en la extremidad, movilidad de miembro conservada no dolorosa. Se realiza radiografía de toda la extremidad sin hallazgos patológicos y se completa estudio con ecografía, objetivándose fractura impactada de hueso cuboides derecho afectando a su margen proximal. Resolución con tratamiento conservador. Seis meses después, consulta por cojera de miembro contralateral desde hace 12 horas, sin traumatismos ni clínica infecciosa asociados. Presenta rechazo de apoyo del pie con resto de exploración normal. Se realiza radiografía de pies en carga: se objetiva fractura impactada de margen proximal de cuboides izquierdo, resuelta con tratamiento conservador.

Comentarios. Las fracturas de cuboides en niños son infrecuentes y probablemente están infradiagnosticadas. Se describen casos en lactantes sin antecedente traumático conocido y presentan radiografía inicial normal, lo que dificulta el diagnóstico. Se debe considerar la fractura de cuboides en el diagnóstico diferencial de cojera en niños pequeños. Pueden ser necesarias pruebas complementarias como ecografía o gammagrafía ósea para su diagnóstico.

Osteomielitis multifocal recurrente, diagnóstico diferencial de dolor óseo en Pediatría. *Matres López B, Caldeiro Díaz MJ, Jiménez Montero B, Álvarez Álvarez C, Roldán Pascual N, Freire Peña MI. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La osteomielitis multifocal recurrente (OMR) es un trastorno autoinflamatorio crónico que ocasiona dolor óseo debido a inflamación del hueso. El diagnóstico es de exclusión; se realiza por los hallazgos clínicos y radiológicos, excluyendo una causa microbiológica y tumoral por el estudio microbiológico e histológico de la biopsia.

Caso clínico. Paciente de 6 años acude a Urgencias por dolor en pie izquierdo desde hace 2 semanas sin traumatismo previo conocido. Se realiza radiografía observando un callo de fractura en segundo metatarsiano. A las dos semanas ante persistencia de dolor y aumento de partes blandas reaccuden a urgencias, se realiza nueva radiografía observándose lesión osteolítica de características agresivas en 2º metatarsiano. Se decide ingreso para realizar diagnóstico diferencial y control del dolor. Durante su ingreso se realiza analítica con hemograma completo diferencial normal, PCR negativa y VSG ligeramente elevada, TAC con lesión sugestiva de agresividad. Se realiza RM que indica signos sugestivos de osteomielitis por lo que se biopsia la lesión y observándose infiltrado plasmocitario reactivo y cultivo de la lesión y hemocultivo, ambos negativos. Ante dichos hallazgos se realiza posteriormente RM de control, apreciándose nuevos focos de inflamación, por lo que se decide iniciar tratamiento con bifosfonatos.

Conclusión. El diagnóstico del dolor óseo en Pediatría tiene un amplio diagnóstico diferencial y en patologías como la OMR es fundamental un diagnóstico y un tratamiento precoz. Se trata de una enfermedad rara, probablemente infradiagnosticada por el desconocimiento de la misma por lo que es importante tenerla en cuenta en nuestro diagnóstico diferencial.

Rectorragia y eosinofilia, ¿en qué podemos pensar? *Delgado Lafuente A¹, Crespo Valderrábano L¹, Vegas Álvarez AM¹, Redondo Vegas E¹, Ferrer Ortiz, I¹, Ortega Macías M¹, Vilches Fraile S¹, Madrigal Rubiales B². ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. La esofagitis eosinofílica es el trastorno gastrointestinal eosinofílico primario (TGEPE) más frecuente y conocido, pero también pueden verse afectados otros tramos intestinales por el infiltrado eosinofílico característico, dando lugar a entidades menos frecuentes como la gastritis, la gastroenteritis y la colitis eosinofílica. Según la localización los síntomas digestivos serán variables.

Caso clínico. Niña de 5 años derivada por rectorragia indolora, inicialmente atribuida a estreñimiento. A pesar de tratamiento con polietilenglicol y deposiciones normales (Bristol 3), persiste hematoquecia. Exploración física y de-

sarrollo ponderoestatural normales. En analítica sanguínea solo destaca eosinofilia moderada ($1,5 \times 10^3/\mu\text{L}$). Parásitos en heces negativos. Calprotectina fecal normal. En colonoscopia se observa imagen de colitis con resultado anatomopatológico de infiltrado inflamatorio difuso con abundantes eosinófilos $>80/\text{CGA}$. Endoscopia digestiva alta sin hallazgos patológicos. Prick para alimentos negativo. Se inicia tratamiento con corticoide oral de liberación prolongada (budesonida).

Comentarios. La colitis eosinofílica es el TGEF menos frecuente, aunque su incidencia ha aumentado en los últimos años. Frecuentemente asocia patología alérgica. Se define por la presencia de un número anormal de eosinófilos en la mucosa, muscular o serosa junto con síntomas derivados de la alteración de la función intestinal (abdominalgia, tenesmo, diarrea con moco y/o sangre, vólvulo, invaginación...). El diagnóstico es histológico y requiere exclusión de otras causas de eosinofilia colónica, como la enfermedad inflamatoria intestinal. No existe consenso sobre el umbral de eosinófilos a partir del cual pueda establecerse el diagnóstico. El tratamiento se basa en series de casos, siendo los corticoides sistémicos/tópicos los que han obtenido mejor respuesta.

Pólipos inflamatorios, ¿con siempre enfermedad inflamatoria intestinal? Rubín Roger S¹, Álvarez Merino M¹, Simón Bernaldo de Quirós C¹, Rodríguez Ovalle S¹, Vázquez Villa JM¹, Rodríguez Ortiz M¹, Hortelano Romero E², Jiménez Treviño S³. ¹Área de gestión clínica de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica; ³Unidad de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La “cap” poliposis (CP) o poliposis capuchón es una entidad benigna, poco frecuente, del intestino grueso. Se caracteriza por pólipos eritematosos sésiles, generalmente múltiples, recubiertos por una capa de tejido de granulación. Hay menos de 100 casos notificados y la mayoría son en adultos. Su etiología no está clara, estando involucrados varios mecanismos etiopatogénicos: traumático, mecánico, infeccioso o inflamatorio. Los síntomas clínicos descritos son: estreñimiento, sangrado rectal, diarrea y dolor abdominal. Presentamos un caso interesante de una paciente en edad pediátrica diagnosticada de CP, con sus características clínicas, endoscópicas e histológicas.

Caso clínico. Niña de 6 años con dolor abdominal y diarrea sanguinolenta de 2 meses de evolución con una pérdida 2 kg de peso. Entre los resultados de las pruebas complementarias iniciales, destacaba una anemia ferropénica con reactantes de fase aguda elevados, una calprotectina de 1028 ug/g con estudio microbiológico negativo en las heces y una ecografía abdominal con varias adenopatías mesentéricas

en ciego. Posteriormente, en la colonoscopia se observaron los hallazgos de la imagen, con unos resultados anatomopatológicos compatibles con una ileocolitis crónica con inflamación moderada-grave en ileon terminal, ausencia de pólipos adenomatosos con presencia de pólipos tipo cap. Ante la sospecha de CP asociada a enfermedad de Crohn (EC), se inició tratamiento con dieta de exclusión de la EC y azatioprina, con escasa respuesta. Se asoció a la azatioprina mesalazina, logrando la remisión clínica, endoscópica e histológica en pocas semanas.

Comentarios. Debido a la infrecuencia de esta patología, la etiopatogenia y el manejo terapéutico de la CP no están del todo establecidos. No obstante, los hallazgos anatomopatológicos de nuestro caso y la buena respuesta al tratamiento inmunosupresor hacen pensar en un origen inflamatorio. Este caso podría resultar de interés en futuras líneas de investigación de esta enfermedad.

No todos los exantemas son infecciosos. Prieto Domínguez C, Angulo Sánchez V, Mirás Veiga A, Blanco Barrio A, Iglesias Rodríguez M, Melgosa Peña M, Gonzalo San Esteban A, Mañaricúa Arnáiz A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. La enfermedad del suero-like es una reacción cutánea que aparece tras la administración de fármacos, vacunas o en caso de infecciones. Suele presentarse 1-2 semanas tras la primera administración del fármaco como una erupción cutánea pruriginosa con/sin fiebre junto con artritis y/o nefritis.

Caso clínico. Paciente de 20 meses que acude por inflamación y eritema pruriginoso en codo izquierdo. Afebril. Finalizó el día anterior tratamiento con amoxicilina por otitis media. Presenta exantema maculopapular, edema y calor en codo izquierdo que se diagnostica de celulitis y se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Analítica sin leucocitosis ni elevación de reactantes. Al día siguiente presenta aumento de extensión de placa eritematosa, sin dolor a la palpación. Además, exantema maculopapuloso generalizado muy pruriginoso, eritema perineal difuso y chapetas malares. Analizando la evolución con exantema generalizado e inflamación en codo izquierdo, con prurito como síntoma guía, sin datos de infección y con el antecedente de tratamiento con amoxicilina y empeoramiento tras iniciar amoxicilina-clavulánico, se diagnostica de enfermedad del suero-like. Se descarta nefritis con analítica de orina. Se suspende antibioterapia y se inicia corticoide y antihistamínico intravenoso. A las 24 horas se observa mejoría, por lo que se da de alta con tratamiento oral.

Comentarios. La enfermedad del suero-like es una entidad infradiagnosticada y fácilmente confundible con otras afecciones cutáneas. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, realizando una historia clínica detallada por lo que el conocimiento de esta entidad importante para realizar un tratamiento precoz eficaz y evitar la prescripción de medicamentos inadecuados.

Un dolor refractario a analgésicos. *Alcalde Alfonso M, Roldán Pascual N, Rollano Corroto I, Caldeiro Díaz MJ, Jiménez Montero B, Marín Roderó J, Ruiz Rentería E, Matres López B.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. El síndrome de dolor locorregional complejo (SDRC) es un dolor a nivel de un miembro desproporcionado respecto a la anamnesis y exploración física acompañado de signos de disfunción autonómica, sensorial o motora. Puede asociarse a síntomas conversivos o comorbilidad psicológica y debe incluirse como diagnóstico diferencial de osteomielitis y artritis.

Caso clínico. Presentamos a una niña sana de 9 años que acude a urgencias por dolor en pie izquierdo de 4 días a pesar de analgesia pautada. Niega traumatismo previo o clínica infecciosa/fiebre. A la exploración frialdad distal y palidez con hiperalgesia/alodinia en antepié. Movilidad conservada aunque dolorosa además de dolor a la palpación de antepié. Se realiza ecografía *doppler* de la extremidad, así como analítica sanguínea, ambas normales salvo dímero-D elevado. Ante mal control del dolor se decide ingreso. Durante el ingreso escasa respuesta a analgésicos de primer escalón (ibuprofeno, paracetamol) y de segundo (parches capsaicina, gabapentina, naproxeno, tramadol). Valorada por Ortopedia infantil que sugiere SDRC y por la unidad del dolor que coloca catéter perineural para bloqueos del nervio tibial con discreta mejoría. Posteriormente se detectan incongruencias clínicas y en la respuesta a analgesia, llegándose a instilar suero fisiológico con iguales resultados por lo que se retira catéter y se intensifica la rehabilitación logrando disminuir el área dolorosa y mejoría clínica.

Comentarios. Es fundamental la sospecha clínica del SDRC para optimizar tratamiento, controlar el dolor y restaurar la función del miembro. Con rehabilitación y psicoterapia precoces la remisión es completa en el 90% de los casos

Una voltereta desafortunada... a propósito de un caso. *Soler Monterde M¹, Domínguez Bernal EM², Marti Rizo J³, De la Rubia Marcos A², Guerra Álvarez OA², Lavandera Gil I¹, Collada Carrasco M¹, Espinosa Rodríguez MA¹.* ¹Médico Interno

Residente, Servicio de Pediatría; ²Médico Adjunto, Servicio de Pediatría; ³Médico Interno Residente, Servicio de Traumatología. Hospital General de Segovia. Segovia.

Introducción. Las lesiones en columna cervical pediátricas son poco comunes siendo causadas principalmente por traumatismos. Es importante detectar precozmente signos de focalidad para descartar alteraciones neurológicas asociadas. Las lesiones cervicales deben vigilarse en síndromes relacionados con inestabilidad atlanto-axial tales como alteraciones del colágeno, síndrome de Ehlers-Danlos y síndrome de Down entre otros.

Caso clínico. Niño de 10 años, sano, que acude a urgencias por dolor cervical tras traumatismo, refiere que intentó realizar una voltereta y resbaló al intentar apoyarse en ambas manos, golpeándose en el cuello en la caída. A la exploración presenta una tortícolis con desviación cefálica a la izquierda, dolorsa, asociada a una contractura muscular paravertebral derecha y apofisalgia cervical. No presenta alteraciones neurológicas concomitantes. Se realiza una radiografía cervical objetivando aumento de la distancia interespinosa atloaxoidea, en la tomografía axial (TAC) de columna cervical se observa fractura-avulsión inferior de arco anterior de C1, sin afectación a la estabilidad de la articulación ni ocupación de canal medular. Se coloca collar tipo Philadelphia y se realiza seguimiento radiológico y clínico por parte de traumatología durante 8 semanas, resolución de la clínica inicial, sin limitación posterior a movimientos cervicales y sin alteraciones neurológicas al alta.

Comentarios. El complejo occipito-atlo-axoideo es una estructura osteoligamentosa estable que protege las estructuras del tronco del encéfalo y la médula. Las fracturas aisladas de atlas (C1) son poco comunes y al presentar forma de anillo suelen ser bilaterales. La mayoría de estas fracturas pueden tratarse mediante inmovilización con una ortesis cervical rígida o un halo-chaleco.

Oblicuidad pélvica, una patología poco conocida. *Muñoz Cabrera VP, Fuentes Martínez S, Martínez Pérez M, Medina Guerrero C, Ariztegui Hoya L, Grullón Ureña EC, Fernández García A, Tapia Gómez AM.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La oblicuidad pélvica congénita es una entidad muy común en lactantes, aunque en ocasiones desconocida, que se caracteriza por contractura en abducción de la cadera afecta (especialmente de la derecha), con ascenso de la mitad de la pelvis contralateral. Esta patología, más habitual en mujeres o primogénitos, puede predisponer al desarrollo de displasia evolutiva de la cadera contralateral.

Caso clínico. Lactante mujer, sin antecedentes familiares ni perinatales de interés, con exploración física anodina a los 15 días de vida y a los dos meses, que presenta en la exploración de los 4 meses, signo de Galeazzi aparentemente positivo y leve asimetría de pliegues cutáneos. Se realiza ecografía de cadera con resultado normal, por lo que se sospecha oblicuidad pélvica y se remite a rehabilitación, con mejoría significativa y buena evolución, siendo dada de alta a los 12 meses.

Comentarios. La oblicuidad pélvica se manifiesta por una contractura unilateral de los músculos abductores, glúteos (principalmente glúteo medio) y tensor de la fascia lata, causando descenso de la pelvis y abducción, flexión y descenso de la extremidad inferior homolateral. Esta entidad se relaciona con otras alteraciones posturales como plagiocefalia, tortícolis y escoliosis, conformando el síndrome del niño moldeado. El diagnóstico, clínico pero complementado con estudios de imagen, permite un tratamiento rehabilitador efectivo. El caso presentado ilustra la importancia de un diagnóstico precoz y tratamiento rehabilitador con ejercicios de estiramientos, para lograr una evolución favorable y evitar complicaciones a largo plazo, como la displasia de cadera adducta contralateral.

Viernes 12 de abril • Sala 2

Corticoterapia en la trombocitopenia primaria inmune (TPI), ¿siempre de primera línea? Rodríguez-Noriega Béjar L¹, Orviz García M², Cabeza Antuña A¹, Rubio Granda A¹, Martino Redondo P¹, Martínez García C¹, Ornia Fernández C¹, Herrero Fernández J³. ¹Área de Gestión Clínica de la Infancia y Adolescencia; ²Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³Centro de Salud de Pola de Siero. Siero, Asturias.

Introducción. La trombocitopenia primaria inmune (TPI) es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por plaquetopenia aislada *de novo* sin causa aparente. Se caracteriza por sintomatología hemorrágica de piel y mucosas y menos frecuentemente de órganos internos.

Caso clínico. Varón de 6 años, sin antecedentes de interés. Consulta por aparición de hematomas sin antecedente traumático conocido. A la exploración se objetivan 4-5 hematomas de 2-3 cm en abdomen y extremidades. Breves epistaxis de repetición en los últimos meses. El hemograma muestra plaquetopenia de 24.000 sin alteración de otras series. Hemograma previo 5 meses antes con plaquetas normales. Ante plaquetopenia de nueva aparición, se decide

ingreso para vigilancia con hemograma a las 24 horas con leve incremento de plaquetas sin presentar nuevos síntomas, siendo alta. En controles ambulatorios posteriores se mantiene plaquetopenia <50.000 con mejoría transitoria tras pauta SEHOP de prednisona con pérdida de respuesta posterior. No clínica de diátesis hemorrágica a otros niveles. Actualmente asintomático, salvo pequeños hematomas y micropequeñas palatinas. Realiza seguimiento en Hematología con hemogramas donde persisten cifras de plaquetopenia tras 6 meses de controles seriados con conducta expectante.

Comentarios. La PTI es la causa más frecuente de trombocitopenia *de novo* en niños sanos. Una historia clínica detallada y un examen físico normales (salvo manifestaciones de diátesis hemorrágica muco-cutánea) asociados a trombocitopenia aislada de nueva aparición, son clave para establecer el diagnóstico. En la actualidad, se prefiere manejo conservador, recomendando conducta expectante en casos asintomáticos o leves, siendo en casos moderados-graves el tratamiento con corticoides y/o gammaglobulinas intravenosas las terapias de elección.

A propósito de un caso, de la dermatitis atópica al shock anafiláctico. Martín Iranzo N, Jiménez Hernández EM, Macías Panedas A, Carrasco Villanueva MJ, Rodríguez Calleja J, Gutiérrez Zamorano M, Villagómez Hidalgo J, De la Torres Santos SI. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Carrión. Palencia.

Introducción. La piel es la barrera estructural principal del organismo. Las infecciones cutáneas pueden explicarse por una auto-inoculación en una herida previa del propio paciente. El causante habitual es el *Staphylococcus aureus*. El diagnóstico es clínico y bacteriológico acompañado de una historia clínica minuciosa. El tratamiento clásico en lesiones leves consiste en mupirocina o ácido fusídico tópicos. Si son lesiones muy numerosas o tras falta de respuesta se recomienda cefadroxilo oral o cloxacilina oral.

Caso clínico. Niña de 7 años, antecedente de dermatitis atópica y episodios de hiperreactividad bronquial en tratamiento con salbutamol a demanda. No alergias previas conocidas. Ingresa por cuadro de eritrodermia y fiebre con exantema cutáneo generalizado, evanescente y pruriginoso, asocia lesiones impetiginizadas y en región poplítea placa compatible con celulitis, además de múltiples lesiones de rascado con mala respuesta al tratamiento. Se aísla *S. aureus* meticilin sensible. Se monitoriza e inicia tratamiento intravenoso, presentado dos episodios compatibles con shock anafiláctico de dificultad respiratoria, desaturación e hipotensión posterior a la administración de nolutil, paracetamol

y la ingesta de melocotón aumentando la triptasa hasta triplicar su cifra basal. Se realizan pruebas complementarias incluyendo, serologías, inmunidad y alergias con resultado positivo para melocotón y ácaros. Continúa en seguimiento en consultas de neumo-alergia con resolución del cuadro y buena evolución.

Comentarios. Es de gran importancia realizar cultivo de las lesiones cutáneas por el aumento de las resistencias que se están produciendo últimamente. Las complicaciones son poco frecuentes, pero se han descrito casos potencialmente graves como celulitis con mala evolución. La dermatitis atópica es un antecedente importante en pacientes con lesiones cutáneas.

“Doctora, mi hijo está azul”. Carrasco Villanueva MJ, Macías Panedas A, Martín Iranzo NM, Jiménez Hernández EM, Bartolomé Porro JM, Gutiérrez Zamorano M, Peña Valenceja A, Cantero Tejedor MT. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Carrión. Palencia.

Introducción. La metahemoglobinemia consiste en la presencia en sangre de una concentración mayor al 1% de metahemoglobina, variante de la hemoglobina, en la que el grupo hemo se encuentra en forma férrica, disminuyendo la captación y el transporte de oxígeno, lo que origina hipoxia tisular. Puede ser congénita o adquirida, por contacto con determinadas sustancias o alimentos con alto contenido en nitratos. Se manifiesta con cianosis progresiva de rápida instauración que no responde a oxígeno. El diagnóstico consiste en determinar el nivel de metahemoglobina en sangre. El tratamiento de elección es el azul de metileno.

Caso clínico. Lactante de 7 meses que es traído a Urgencias por cianosis generalizada, irritabilidad y decaimiento de 6 horas de evolución. Sin antecedentes personales ni familiares de interés, ausencia de cardiopatías en la familia. Ha tomado puré de calabaza y pollo. En la exploración física destaca cianosis generalizada, mayor en manos y mucosa oral. No presenta signos de dificultad respiratoria. Saturación de oxígeno de 83%, que no responde a oxígeno. Se realiza placa de tórax, analítica sanguínea y gasometría arterial, sin hallazgos significativos, y una cooximetría arterial, donde destaca una metahemoglobina >30%. Se deriva a UCI para administración de azul de metileno.

Comentarios. Es fundamental pensar en una metahemoglobinemia ante un paciente cianótico que no responde a oxígeno, pues establecer el tratamiento en el menor tiempo posible es importante para evitar complicaciones e incluso la muerte. El pilar fundamental de esta patología lo constituye la prevención, evitando el consumo de sustancias precipitadoras.

¿Son solo unos ganglios? *Herreras Martínez A, López Iniesta S, Ocaña Alcober C, Ariztegui Hoya L, Rodrigo Fernández A, Iglesias Oricheta M, Fernández Rodríguez L, Escudero Villafañe A.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. Las leucemias agudas constituyen el grupo de neoplasias más frecuentes en edad pediátrica. La leucemia linfoblástica aguda (LLA) comprende el 80%. Las manifestaciones clínicas al debut pueden solaparse con procesos benignos. La duración de los síntomas va desde días a meses, siendo las tipo T las que debutan con mayor leucocitosis, presencia de una masa mediastínica y ocurren en pacientes de mayor edad que las tipo B.

Caso clínico. Niño de 5 años acude por vómitos de 5 horas de evolución, afebril. En tratamiento con amoxicilina-clavulánico por adenitis cervical bilateral de dos días de evolución y una dosis de prednisona por hipertrofia amigdalar grado IV sintomática 7 horas antes. Exploración: palidez, adenopatías laterocervicales y occipitales. Orofaringe con amígdalas hipertroficadas. Analítica sanguínea: urea 62, creatinina 0,48, calcio 9,6, ácido úrico 23, fosfato 10, Hb 10 (mg/dl), LDH 1.204, leucocitos 129.900 (40% blastos), plaquetas 71.000. Ingresa en UCIP para tratamiento del síndrome de lisis tumoral con hiperhidratación y rasburicasa, con buena evolución. En estudio de médula ósea se confirma diagnóstico de LLA tipo T.

Comentario. Los síntomas más frecuentes en un debut leucémico suelen estar asociados a la pancitopenia. Nuestro paciente debutó con adenopatías y síndrome de lisis tumoral probablemente exacerbado por la administración del corticoide. Ante un paciente con síntomas en cuyo diagnóstico diferencial se encuentre una neoplasia sanguínea hay que tener especial cuidado con el empleo de corticoides, ya que si el tipo de leucemia es respondedora a ese tratamiento podemos favorecer el desarrollo de lisis tumoral.

Masa torácica a estudio en el recién nacido. *Ariztegui Hoya L, Medina Guerrero C, Fernandez Álvarez M, Ricoy Chain E, Fdez-Moran González A, Andrés Andrés AG, Arredondo Montero J, Terroba Seara S.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. Existe una gran variedad de entidades que pueden provocar patologías no neoplásicas en las diferentes estructuras de la pared torácica en el niño. La mayoría se manifiestan como una masa palpable y se pueden agrupar según su origen en malformaciones congénitas, infecciosas o traumáticas. Las malformaciones congénitas comprenden

un grupo heterogéneo que presentan una alteración en el desarrollo/morfología de las estructuras de la pared torácica. El espectro comprende desde deformidades leves hasta situaciones graves. El conocimiento de estas entidades va a ser muy importante para poder realizar un diagnóstico preciso y poder instaurar un tratamiento adecuado.

Caso clínico. Recién nacido mujer a término que ingresa en neonatología por distrés respiratorio inmediato y masa extratorácica izquierda a estudio. A la exploración presenta masa fluctuante inframamilar izquierda con prolongación hacia escápula izquierda y ligero quejido. Durante el ingreso se mantiene asintomática, sin problemas a nivel respiratorio. Se realiza ecografía de tórax compatible con malformación vascular de bajo flujo linfática. Radiografía de tórax, ecografía transfontanelar, cardíaca y abdominal sin hallazgos patológicos. Actualmente el paciente se encuentra asintomática y en seguimiento en consultas.

Comentarios. Las malformaciones linfáticas suponen la segunda lesión vascular más frecuente en Pediatría, pudiendo encontrarse de forma aislada o en el contexto de otras patologías. El diagnóstico es generalmente clínico y el estudio por imágenes es de gran utilidad, siendo la ecografía el *gold standard*. El seguimiento de estos pacientes es multidisciplinar y deben participar tanto pediatras como cirujanos. El tratamiento depende del tipo y de la extensión de la malformación linfática.

Una causa poco frecuente de anemia. *Uribe Reina MP Prada Avella MC, Pérez Gutiérrez E, López Santos A, Khemlani Ramchand SY, Vega Bayón M, Fernández González S, López Allúe L.* Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La esferocitosis hereditaria es la anemia hemolítica más común en España. Se debe a mutaciones de los genes que codifican la síntesis de la ankirina. Las manifestaciones son variadas, pueden ser asintomáticas o tener cursos más graves. Las infecciones pueden desencadenar crisis hemolíticas en diversos grados de afectación.

Caso clínico. Paciente de 6 años, antecedente de esferocitosis, mutación *de novo*, que ha requerido únicamente 2 transfusiones en periodo neonatal. Consulta por síntomas respiratorios, prueba rápida de detección de estreptococo del grupo A positiva. Se inicia tratamiento con Penilevel. Cinco días después consulta a Urgencias por vómitos de 24 horas de evolución. Examen físico: palidez mucocutánea marcada e ictericia. Analítica: hemoglobina de 6,1 g/dl, RDW 16%, bilirrubina total de 1,82 mg/dl, PCR de 25 mg/L, haptoglobina 18 mg/dl, LDH 309 U/L, resto normal,

incluyendo sistemático de orina. Se realiza film array de virus respiratorios, con hallazgo de Rinoenterovirus y *Mycoplasma pneumoniae*. Se considera paciente con crisis hemolítica en contexto de infección respiratoria. Se cambia tratamiento antibiótico a azitromicina. Se transfunden hematíes a 10 ml/kg. Analítica post transfusión: hemoglobina de 7,1 g/dl, que cae a 6,2 g/dl al cuarto día de ingreso, por lo que se transfunde nuevamente a 15 ml/kg, con hemoglobina de 9,6 g/dl previa al alta. Además presenta mejoría de niveles de bilirrubina indirecta con respecto a ingreso, LDH estable y haptoglobina en descenso.

Comentarios. En pacientes con esferocitosis hereditaria es importante reconocer y valorar posibles crisis hemolíticas en contexto de procesos infecciosos que pueden parecer de curso leve.

Importancia del correcto manejo postnatal de las malformaciones pulmonares congénitas. *Barbadillo Mariscal B¹, Ruiz Rentería E², Marín Rodero J², Alcalde Alfonso M², Figueroa Jiménez S², López López A², Pérez Belmonte E², Sancho Gutiérrez R².* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. El secuestro pulmonar es una malformación congénita poco frecuente, consistente en tejido pulmonar displásico y no funcionante, con vascularización arterial sistémica. Su diagnóstico puede realizarse a través de las ecografías prenatales o bien tras el nacimiento, siendo el síntoma más frecuente las infecciones respiratorias de repetición. Se debe completar estudio con angio-TAC o angio-RMN y el tratamiento es habitualmente quirúrgico.

Caso clínico. Niña de 6 años que como antecedente de interés presenta en ecografías prenatales de semana 24 y 28 imagen compatible con secuestro pulmonar izquierdo. Por este motivo fue valorada en Neumología Infantil, realizándose ecografías y radiografías torácicas al nacimiento y a los 17 meses sin alteraciones siendo dada de alta. Ahora es remitida de nuevo por tos crónica. Revisando las actuales guías de práctica clínica, se completa estudio de malformación congénita pulmonar con angio-RMN, confirmándose el diagnóstico de secuestro pulmonar en lóbulo inferior izquierdo. A los 7 meses, se realiza lobectomía inferior izquierda. Posterior seguimiento clínico y funcional con buena evolución sin infecciones respiratorias y función pulmonar normal.

Comentarios. En todo paciente con diagnóstico prenatal de malformación pulmonar se debe realizar ecografía y radiografía torácicas al nacimiento, si bien siempre es necesario completar el estudio con angio-TAC o angio-RMN unos meses

tras el nacimiento. Esto es debido a que, como ocurre en este caso, la normalidad de las pruebas de imagen iniciales no descarta la existencia de una malformación pulmonar.

Abordaje de una úlcera corneal extensa. *Muñoz Cabrera VP¹, Fernández García A¹, Hierro Delgado E¹, Martínez Pérez M¹, Fernández García A¹, Medina Guerrero C¹, Rodríguez Fernández AI¹, Jiménez Ruiz A².* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Oftalmología. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. Los traumatismos oculares son una de las urgencias oftalmológicas más comunes entre la población pediátrica. En su mayoría, son consecuencia de accidentes domésticos y escolares. Para su diagnóstico es importante una buena anamnesis, siendo sus síntomas más característicos el dolor, la fotofobia, el lagrimeo y el blefarospasmo; así como una minuciosa exploración oftalmológica mediante tinción con colirio de fluoresceína. A continuación, presentamos un paciente con una úlcera corneal como consecuencia de un accidente doméstico.

Caso clínico. Varón de 2 años que acude a Urgencias tras vertido de una cápsula de detergente de lavadora en ojo derecho con clínica de escozor y rechazo de apertura ocular. Se realiza exploración oftalmológica bajo sedación con midazolam intranasal y ketamina intravenosa. La tinción de fluoresceína revela una marcada hiperemia conjuntival y abrasión corneal nasal sin datos de perforación ocular. Se realizan lavados con SSF y se inicia tratamiento antibiótico y ciclopéjico tópicos con evolución posterior satisfactoria.

Comentarios. Los traumatismos oculares son eventos frecuentes, especialmente en niños, por lo que es preciso un abordaje precoz para prevenir potenciales complicaciones visuales, siendo importante una correcta anamnesis y exploración oftalmológica por parte del pediatra. En úlceras corneales leves, como el caso expuesto, el tratamiento se basa en alivio sintomático con analgesia oral y midriáticos tópicos, pudiendo ser la valoración por parte de Oftalmología diferida. Sin embargo, en caso de lesiones extensas, sospecha de perforación, opacidad corneal o quemaduras palpebrales, se requiere atención oftalmológica urgente.

Microftalmia bilateral y microtía izquierda conformando un síndrome muy infrecuente. *Muñoz Cabrera VP, Álvarez Juan B, Jiménez González A, Hevia Tuñón A, Martínez Pérez M, Fernández-Morán González A, Grullón Ureña EC, Regueras Santos L.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de León. León.

Introducción. La microftalmia, una malformación ocular congénita, se caracteriza por un desarrollo del globo ocular de menor tamaño y puede manifestarse de forma aislada o asociada a diversos síndromes y mutaciones genéticas. Presentamos un caso de microftalmia sindrómica con alteraciones sistémicas y neurológicas.

Caso clínico. Varón, a término, nacido mediante parto eutócico, con antecedentes de crecimiento intrauterino retardado tipo I y riesgo de preeclampsia. Al nacimiento presenta microtía izquierda y microftalmia bilateral así como diagnóstico de hipotiroidismo congénito debido a agenesia tiroidea. Se amplía estudios mediante radiografía axial (esclerosis de plátanos vertebrales), electroencefalograma (normal) y resonancia cerebral que revela disgenesia del cuerpo caloso, hipoplasia cerebelosa y asimetría en los globos oculares con cristalinos en posición anómala. El estudio genético reveló mutación en el gen OTX2, confirmando el diagnóstico de microftalmia sindrómica tipo 5. Actualmente, el paciente presenta prótesis ocular izquierda, hipoacusia neurosensorial bilateral y retraso psicomotor grave, recibiendo tratamiento con Eutirox y melatonina.

Comentarios. Las malformaciones oculares congénitas presentan gran variabilidad etiológica, desde factores ambientales hasta mutaciones genéticas, conformando numerosos síndromes. En el caso presentado, la mutación del gen OTX2, con una prevalencia menor a 1/1.000.000, presenta una gran variedad de manifestaciones oculares y, en ocasiones, problemas cognitivos asociados o disfunción de la hipófisis, formando parte del espectro de displasia septoóptica (hipoplasia del nervio óptico, alteraciones hipofisarias y defectos cerebrales). Debido a la complejidad de los genes involucrados, el asesoramiento genético es crucial, siendo fundamental un manejo multidisciplinario para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

Etiología de masa abdominal poco frecuente, a propósito de un caso. *Vilches Fraile S, Delgado De La Fuente A, Redondo Vegas E, Ferrer Ortiz I, Arnelas Gil L, Ortega Macías M, Campo Fernández N, Pérez Rodríguez M.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. Las masas abdominales en Pediatría son de etiología muy variada. Es necesario realizar una buena historia clínica y exploración física que nos conduzcan a una adecuada impresión diagnóstica, solicitando así las pruebas complementarias necesarias y evitando generar angustia familiar y tratamientos inadecuados.

Caso clínico. Presentamos una paciente de 14 años de edad derivada por su pediatra por presencia de tumoración

abdominal de 6 meses de evolución no dolorosa. No antecedentes personales ni familiares de interés. Presentaba un estadio de Tanner IV-V con ausencia de menarquia. A la exploración se palpa masa abdominal infraumbilical de 10x15 cm, de consistencia gomosa y dolorosa a la palpación profunda. Se realiza analítica sanguínea sin alteraciones y se solicita una ecografía abdominal en la que describen una gran colección en pelvis, homogénea que impresiona de localización vaginal y podría corresponderse con un hematocolpos, sin alteraciones a nivel uterino. Se contacta con ginecología quienes detectan un himen imperforado abombado y a tensión realizándole una himenectomía posterior con resolución de la clínica.

Comentario. El hematocolpos es la retención de la menstruación en la vagina, siendo la causa más frecuente el himen imperforado. Ante una niña con desarrollo puberal y amenorrea primaria con presencia de una tumoración en la exploración abdominal, siempre debemos pensar en la posibilidad de esta patología evitando angustia familiar y retrasos en el diagnóstico.

Síndrome de lisis tumoral. *Acevedo Vega JR, Pérez Gutiérrez E, Prada Avella MC, López Santos A, Gutiérrez Jimeno M, Romano Medina A, Espinosa Leiva AP, Aldana Villamañán I. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. El síndrome de lisis tumoral (SLT) se caracteriza por las alteraciones metabólicas producidas por la rápida destrucción de las células tumorales. Se pueden asociar alteraciones renales, neurológicas o cardíacas con morbimortalidad significativa si no se trata de forma adecuada. Su incidencia no está bien establecida y aunque puede ocurrir en cualquier neoplasia es más común en las hematológicas altamente proliferativas.

Caso clínico. Varón de 13 años con antecedente de osteosarcoma no metastásico de fémur derecho en remisión completa. En control analítico se objetiva leucocitosis 164.920/ μ l con 90% de blastos y lactato deshidrogenasa 827 U/L con iones, ácido úrico y perfil hepatorenal normal. Tras estudio de médula se diagnostica de leucemia linfoblástica proB mutación KMT2A positiva SNC 2. Se inicia profilaxis de SLT con hiperhidratación y rasburicasa pero en control analítico presenta leucocitosis 162.760/ μ l, Potasio 6,5 mmol/L, lactato deshidrogenasa 1.020 U/L, Calcio 5,63 mg/dl, Fosfato 3,73 mg/dl cumpliendo criterios de SLT analítico aunque sin clínica asociada. Se traslada a UCI para monitorización, donde mantiene tratamiento con hiperhidratación y rasburicasa con progresiva mejoría de parámetros analíticos sin precisar correcciones hidroelectrolíticas.

Comentarios. El SLT es una urgencia que se desarrolla los primeros días tras inicio de tratamiento citotóxico, aunque también, puede observarse de forma espontánea antes de iniciarlo. La alta sospecha y el inicio precoz de la profilaxis según el riesgo de cada neoplasia de desarrollar SLT son indispensables para evitar complicaciones posteriores. La hiperhidratación, el alopurinol y la rasburicasa junto con las correcciones hidroelectrolíticas constituyen los pilares del tratamiento.

Más que una anemia. *Acevedo Vega JR, Prada Avella MC, Pérez Gutiérrez E, López Santos A, Espinosa Leiva AP, García Montero M, Romano Medina A, Aldana Villamañán I. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. Se estiman cerca de 300.000 nacimientos cada año con anemia de células falciformes (ACF). Mas de 75% son nacidos en África subsahariana. La ACF se define por la presencia de 2 copias del genotipo S o C para hemoglobina, asocia manifestaciones clínicas severas. En contraste, El rasgo falciforme se presenta con una sola copia de hemoglobina S o C (HbS o HbC) en heterocigosis, una condición generalmente benigna y asintomática.

Caso clínico. Consulta derivado desde Atención Primaria a hematooncología varón de 12 años quien recientemente se ha trasladado a España desde Venezuela. Ambos padres portadores de HbS en heterocigosis. Estuvo en tratamiento hasta los 5-6 años con hidroxiurea. Presenta crisis dolorosas recurrentes en espalda con la marcha, con el frío y con el ejercicio. Hospitalizado en 15 ocasiones aproximadamente. Con posible síndrome torácico agudo en una de ellas. Finalmente le han realizado múltiples transfusiones hasta los 4 años. Al examen físico como único hallazgo escleras con tinte icterico. En hemograma se objetiva anemia normocítica, normocrómica con reticulocitosis, hiperbilirrubinemia leve, lactato deshidrogenasa aumentada. En electroforesis con hemoglobina S del 80,5% por lo que diagnostica de ACF. Se inicia tratamiento con hidroxiurea, fenoximetilpenicilina, se completa esquema vacunal y se canaliza a diferentes especialidades para un manejo integral.

Comentarios, La ACF tiene complicaciones agudas y crónicas que afectan todos los sistemas. El cribado neonatal y seguimiento ha mejorado la sobrevida en los países de altos ingresos. Adecuado manejo de dolor es un pilar fundamental en el tratamiento de paciente con AFC. Seguimiento es fundamental para la prevención de complicaciones agudas y crónicas.

La importancia de la sospecha clínica: enfisema retrofaríngeo espontáneo pediátrico. *Rodrigo Fernández A¹, Arredondo Montero J², Escudero Villafañe A¹, Herreras Martínez A¹, Iglesias Oricheta M¹, Fernández Rodríguez L¹, Rodríguez Fernández AI¹, Díez Llamazares L¹.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. El enfisema retrofaríngeo espontáneo se caracteriza por la presencia de aire retrofaríngeo sin etiología clara. Se considera un diagnóstico de exclusión y es poco frecuente; existen pocos casos descritos en la literatura. Por ello, es de crucial importancia la sospecha clínica.

Caso clínico. Niño de 11 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por dificultad respiratoria de inicio súbito asociada a dolor cervical tras un acceso de tos. Diagnosticado de laringitis aguda 24 horas antes, en tratamiento con corticoides. No había tenido episodios de atragantamiento ni refería sialorrea. A la exploración se mostraba ansioso, pero sin taquipnea ni tiraje. Presentaba crepitación cervical y supraclavicular. Pruebas complementarias anodinas. En radiografía de tórax se objetiva neumomediastino y enfisema subcutáneo cervical, sin neumotórax. La TAC sugería posible origen esofágico distal de la fuga de gas. Posteriormente, en tránsito esófago-gastroduodenal no se objetivó extravasación de contraste a ningún nivel del esófago, descartando esa posibilidad. Se instauró tratamiento con oxigenoterapia en mascarilla con reservorio que se mantuvo 36 horas. A los 3 días se realizó una radiografía de control, observando resolución del cuadro.

Comentario. La mayor parte de los casos de enfisema retrofaríngeo espontáneo ocurren en niñas adolescentes. Suelen estar desencadenados por episodios de tos o esfuerzo. Es un cuadro que se puede manejar de forma conservadora, con analgesia y oxigenoterapia como medida adicional, pero sin olvidar que es un diagnóstico de exclusión y debe hacerse un estudio exhaustivo para descartar otras potenciales causas que puedan poner en peligro la vida del paciente.

Sarcoma en cuádriceps, uno entre millones. *Rea Minango C¹, Musgo Balana P², Gautreaux Minaya SI², Prada Pereira MT², Arias Consuegra MA².* ¹Servicio de Radiodiagnóstico; ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario El Bierzo. Ponferrada, León.

Introducción. Los sarcomas de partes blandas representan el 6,5% de todas las neoplasias de menores de 18 años, presentando una clínica inespecífica que puede suponer un desafío diagnóstico.

Caso clínico. Presentamos el caso de un niño de 8 años que inicia con una clínica de dolor en miembro inferior izquierdo de un mes de evolución acompañado de aumento de tamaño, no refiere otros síntomas acompañantes. Se realiza una radiografía sin evidenciar alteraciones y una ecografía observando una masa en el vientre del cuádriceps con importante flujo vascular sugestivo de sarcoma, se realizan estudios complementarios confirmando sarcoma de Ewing *like* (FISH EWSR1 negativo) con metástasis pulmonares bilaterales.

Comentarios. Los sarcomas de partes blandas representan el 6,5% de todas las neoplasias de menores de 18 años según datos del Registro Nacional de Tumores Infantiles y de ellos 20-25 casos/año corresponden a tumores de partes blandas no rhabdomiomasarcoma. El diagnóstico de esta patología precisa de una alta sospecha clínica. Los factores determinantes son la existencia de metástasis pulmonares, la afectación de partes blandas y la edad del paciente.

Sábado 13 de abril • Sala 1

Derivación a Atención Temprana. Generando consenso sanitario y educativo. *Molleda González S¹, Suárez Rodríguez MA², Gallego Merino M², Nistal Juan ME³, Reguero Bernardino J³, Carro Serrano AM⁴, González García ME⁵, Andrés Fernández MB⁶.* ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León. ²Servicio de Pediatría. C.S. La Palomera. León. ³Servicio de Pediatría. C.S. Ribera del Órbigo. León. ⁴Servicio de Pediatría C.S. José Aguado. León; ⁵Servicio de Pediatría. C.S. Antonio González. León. ⁶Trabajadora social. C.S. Crucero. León.

Introducción. El Libro Blanco de la Atención Temprana (2000) define esta actividad como el “conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Esta actividad ha sido reconocida e impulsada en los últimos años en las diferentes comunidades autónomas como una prestación imprescindible produciéndose un extenso y continuado despliegue de normas y procedimientos.

Trabajo. Siguiendo esta línea de actuación, en nuestra área sanitaria se crea en Marzo de 2023 un grupo de trabajo interadministrativo que engloba a los servicios sanitarios (pediatras y enfermeras de Pediatría), los educativos (orientadoras de los equipos psicopedagógicos) y sociosanitarios (técnicos de los servicios de atención temprana).

Objetivos:

- Revisar los motivos de derivación más habituales a los Servicios de Atención Temprana, así como la edad de valoración.
- Detectar los puntos de mejora.
- Elaborar un documento de consenso para integrarlo en el programa del niño sano y ayudar en la detección precoz de alteraciones motoras y del lenguaje, con especial atención a los trastornos del espectro autista. Es particularmente reseñable que las guarderías y escuelas infantiles contarán con sus anexos de derivación al pediatra de Atención Primaria cuando se detecten señales de alerta.
- Difundir la información entre los profesionales del ámbito sanitario y educativo.

Diagnóstico postnatal de meningocele. *García Blanco C¹, González Martínez C¹, Gijón Criado I¹, Sainz Gómez G², Arriola Rodríguez-Cabello S¹, Cuesta González R¹, Gortázar Arias P¹.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. El meningocele es un defecto del cierre del tubo neural, con alteración de cuerpos vertebrales y herniación de material nervioso. Es un tipo de disrafismo espinal cerrado, prevalencia 0,5-2% recién nacidos (RN) vivos. Su diagnóstico es habitualmente prenatal. Factores de riesgo asociados: déficit ácido fólico, obesidad materna, diabetes pregestacional y factores genéticos entre otros. La profilaxis con ácido fólico constituye la principal estrategia preventiva (0,4 mg/día preconcepcional hasta semana 12), siendo fundamental ajustar dosis si existen factores de riesgo (5 mg/día preconcepcional hasta semana 12).

Caso clínico. RN a término (40+3 semanas) de PAEG (3.600 g), parto eutócico, APGAR 4-10. Primera exploración: tumoración redondeada en región lumbosacra de consistencia blanda 1,5x2 cm cubierta por piel y malformación vascular superficial asociada; aparato locomotor, movilidad extremidades inferiores y neurológico normal. Antecedentes prenatales: cribado cromosomopatías riesgo bajo, serologías negativas y ecografías normales. IMC materno >30. Medicación embarazo: ácido fólico, hierro y yodo. RM cerebral y columna: probable meningocele por defecto de fusión de elementos posteriores (L5, S1, S2, S3), formación quística subcutánea, y alteración focal en cordón medular en L1-L2 (posible división parcial medular).

Conclusiones y comentarios. Los defectos del tubo neural son poco frecuentes y no siempre diagnosticados prenatalmente. La profilaxis con ácido fólico prenatal y controles ecográficos son clave para prevención y diagnóstico. La dosis de ácido fólico debe adaptarse en embarazos con factores

de riesgo, siendo diez veces mayor a la habitual. En casos identificados al nacimiento debe realizarse RM, para programar seguimiento y planificar posible tratamiento quirúrgico.

Diagnóstico diferencial de la ataxia. *Fernández Rodríguez L, Escudero Villafañe A, Iglesias Oricheta M, Herreras Martínez A, Rodrigo Fernández A, Terroba Seara S, Rodríguez Fernández AI, Neira Arcilla MM.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La ataxia es una urgencia neurológica con múltiples causas, pudiendo deberse tanto a causas reversible como a potencialmente graves, por eso es importante un manejo precoz.

Caso clínico. Niña de 11 años con inestabilidad para la bipedestación y deambulación de cuatro días de evolución de inicio agudo. No asocia pérdida de conocimiento, ni vómitos, ni visión borrosa, ni acúfenos, ni diplopía o disartria. No clínica vegetativa. No nistagmus, ni dismetría ni diadococinesia. No alteración de esfínteres. Asocia polidipsia sin poliuria, ni aumento de peso, ni astenia. Afebril y sin clínica infecciosa previa. En urgencias se realiza analítica sanguínea, sistemático, sedimento, tóxicos en orina, ECG, fondo de ojo y TC craneal y punción lumbar sin hallazgos patológicos. En la exploración física marcha abigarrada en tijera estrellada, incapacidad para la bipedestación. Marcha en tandem inestable con romberg inestable pero sin lateralidad definida. Resto de exploración neurológica normal sin dismetrías ni disdiadococinesias, ni temblor con adecuada fuerza de miembros, resto normal. Ingresada se realiza RMN cráneo-medular donde informan hematoma epidural dorsal sin compresión medular y quiste pineal tabicado con efecto expansivo sobre acueducto de Silvio con sospecha de enlentecimiento de circulación de LCR leve y dilatación del III ventrículo. Se deriva a centro de referencia de Neurocirugía Infantil donde tras valoración multidisciplinar se diagnostica de trastorno conversivo y se recomienda terapia psicológica.

Comentarios. La anamnesis y exploración neurológica son fundamentales para el diagnóstico diferencial, ya que en ocasiones los hallazgos incidentales no justifican la clínica del paciente.

Encefalitis por gripe A en 2024: a propósito de dos casos clínicos. *Fernández Rodríguez L, Iglesias Oricheta M, Escudero Villafañe A, Herreras Martínez A, Rodrigo Fernández A, Fuentes Martínez S, Fernández García A, Terroba Seara S.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La encefalitis es un proceso inflamatorio que origina disfunción neurológica y cursa con disminución del nivel de conciencia y alteraciones del comportamiento.

Casos clínicos. Caso 1: Niño de 23 meses con alteración del hábito intestinal, vómitos, somnolencia y episodios de desconexión del medio. Fiebre de 72 horas de evolución; test de antígenos positivo para gripe. A la exploración: hiporreactivo, distrófico y con palidez cutánea. Ecografía abdominal que descarta invaginación intestinal; TAC, EEG y punción lumbar sin alteraciones; RMN compatible con encefalomiелitis aguda diseminada (ADEM) con afectación selectiva de la sustancia blanca subcortical. Empeoramiento en primeras horas de ingreso, pasa a UCIP iniciando tratamiento con aciclovir y oseltamivir con evolución posterior favorable.

Caso 2: Niña de 2 años con cuadro agudo de alteración conductual, ataxia, somnolencia y debilidad de extremidades inferiores. Pico febril único con PCR positiva para Influenza. TAC, analítica y punción lumbar normales; RMN informada como ADEM con afectación predominante de sustancia gris versus encefalopatía vírica. Precisa cuidados intensivos varios días y tratamiento con oseltamivir, inmunoglobulinas y corticoterapia con resolución de la clínica sin secuelas.

Comentarios. La asociación entre el virus influenza y las manifestaciones neurológicas es ampliamente conocida; incluye cuadros como convulsiones, encefalitis, encefalopatía aguda necrotizante o meningitis aséptica. La presentación clínica es amplia, incluyendo alteración del nivel de conciencia, ataxia y debilidad muscular, afectando principalmente a niños menores de 6 años. La evolución es muy variable, tanto en morbimortalidad como en tasas de secuelas. La vacunación es clave para disminuir la incidencia de gripe y sus posibles complicaciones neurológicas.

Síndrome hemofagocítico por *Bartonella henselae*: una causa atípica para una enfermedad infrecuente. Medina Guerrero C, Fernández Álvarez M, Fernández García A, Rodríguez Blanco S, Muñiz Fontán M, Fernández García A, Andrés Andrés AG, Fuentes Martínez S. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. Los síndromes hemofagocíticos (SHF) constituyen una situación de hiperinflamación en respuesta a desencadenantes como infecciones, neoplasias o enfermedades autoinmunes. Su conocimiento, sospecha y tratamiento precoces son de vital importancia.

Caso clínico. Niña de 13 años que ingresa desde urgencias por fiebre y cansancio de 10 días de evolución. Había recibido un ciclo de 3 días de azitromicina. En los antecedentes solo destaca presencia de mascotas (un perro y un

gato) y la exploración física, salvo presencia de astenia, es normal. Se realiza analítica con elevación de PCR (111,5 mg/L) y ferritina (2.253 ng/ml); hemocultivos, urocultivos y Mantoux (negativos); serologías, estudio de autoinmunidad (negativo) y pruebas de imagen, destacando en ecografía una esplenomegalia de 15 cm con 2 abscesos, por lo que se inicia tratamiento con azitromicina y rifampicina ante posible enfermedad por arañazo de gato. A los 8 días persiste la fiebre e inicia hipotensión, por lo que pasa a UCIP para monitorización, cumpliendo criterios de SHF: fiebre, esplenomegalia, anemia, hiperferritinemia, aumento de dímero-D y hemofagocitosis en médula ósea. Se inician bolos de corticoide IV, con buena respuesta. En serologías se objetiva IgM+/IgG- para *Bartonella henselae*, completándose antibioterapia por 3 semanas con seguimiento posterior en Reumatología e Infectología Pediátricas, con adecuada evolución.

Comentarios. La inespecificidad clínica, la evolución tórpida y la variabilidad etiológica reflejan el desafío diagnóstico del síndrome hemofagocítico. Cualquier infección, fiebre o enfermedad reumatológica cuya evolución o clínica sean compatibles obligan a estar alerta, incluso en casos atípicos como una enfermedad por arañazo de gato.

Adenitis axilar de evolución tórpida: enfermedad por arañazo de gato. Martínez Pérez M, Ricoy Chaín E, Medina Guerrero C, Muñoz Cabrera VP, Fernández Fernández A, Grullón Ureña EC, Andrés Andrés AG, Míares González C. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La enfermedad por arañazo de gato es producida por *Bartonella henselae*, bacilo gramnegativo, transmitida por arañazos o mordiscos de felinos. Suele afectar a niños o adultos jóvenes y la presentación más habitual es en forma de linfadenopatía regional, grande y dolorosa de aparición dos semanas tras el arañazo. Puede asociar fiebre, malestar y cefalea. Las pruebas serológicas y la detección PCR de *B. henselae* son pruebas sensibles y específicas para el diagnóstico. La antibioterapia en caso de enfermedad benigna y autolimitada es controvertida, aunque normalmente la azitromicina reduce las adenopatías.

Caso clínico. Niño de 9 años que acude a Urgencias por adenopatía axilar izquierda de 7 días de evolución, dolorosa y enrojecida. Inicialmente asocia fiebre y vómitos durante 24 horas, sin otra sintomatología. Refieren contacto con gato doméstico vacunado y otros fuera de domicilio, sin arañazos evidentes. Se extraen serologías y en analítica sanguínea se objetivan hemograma, bioquímica y reactantes de fase aguda normales. En ecografía se observa adenopatía de 3x3,2 centímetros con pérdida parcial de hilio y área anecogénica

flemonosa. Se inicia tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico. Tras 8 días de tratamiento, presenta aumento subjetivo de tamaño por lo que reconsulta y se evidencia IgM positiva para *B. henselae*. Se cambia pauta antibiótica a azitromicina durante 5 días, finalmente precisa drenaje de la lesión.

Conclusiones. Esta patología suele ser de curso benigno con remisión espontánea, aunque en ocasiones es necesario antibioterapia o exéresis de la adenopatía. Tener presente esta enfermedad en el diagnóstico diferencial de linfadenopatía en pacientes de medios rurales o en contacto habitual con gatos.

Adenopatía recidivante en niña de 3 años. Iglesias Rodríguez M, Portugal Rodríguez R, Gabaldón Pastor D, Calleja Ibáñez M, Prieto Domínguez C, Clavijo Izquierdo ME, Matilla Sainz-Aja N, Angulo Sánchez V. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. Las adenopatías constituyen un motivo habitual de consulta en Pediatría, siendo la mayoría reactivas por procesos infecciosos. Sin embargo, en otras ocasiones podemos encontrarnos procesos oncológicos o infecciones de los propios ganglios linfáticos como causa. Dentro de estas últimas son importantes, pero infrecuentes, las adenopatías por micobacterias, cuya resolución suele requerir tratamientos prolongados e incluso cirugía.

Caso clínico. Niña de 3 años remitida desde Atención Primaria por adenopatía laterocervical, indolora, y sin respuesta a antiinflamatorios ni antibioterapia empírica. En ecografía cervical se observa desestructuración de la parótida con múltiples nódulos hiperecoicos. Se realiza estudio serológico, sin hallazgos. Ante estos hechos se solicita exéresis por parte de Cirugía Infantil, detectándose en la pieza quirúrgica *Mycobacterium avium*. Se inicia tratamiento con rifabutina y azitromicina (resistente *in vitro*, pero sinérgica con rifabutina *in vivo*, por lo que se opta por ella frente a alternativas por el perfil de seguridad) durante 6 meses con mejoría inicial, pero posteriormente empeoramiento progresivo. Se revisa el antibiograma de la muestra quirúrgica, observando sensibilidad a moxifloxacino. Se mantiene terapia triple con azitromicina, rifabutina y moxifloxacino durante 12 meses, con mejoría progresiva hasta resolución clínica y ecográfica, sin incidencias ni efectos adversos durante el tratamiento.

Conclusión. Este caso ilustra la importancia de obtener adecuadas muestras para estudio microbiológico en pacientes con adenopatías infecciosas resistentes al tratamiento, de cara a poder establecer un tratamiento dirigido según el antibiograma para lograr la resolución del proceso.

No todo exantema durante tratamiento antibiótico es alérgico.

Uribe Reina MP, Romero del Hombrebueno Gómez del Pulgar Y, Ortega Vicente E, Acevedo Vega JR, López Santos A, Kheamlani Ramchand SY, Vega Bayón M, Fernández González S. Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La faringoamigdalitis es uno de los motivos de consulta más frecuentes en la edad pediátrica. Su tratamiento va a depender de la causa etiológica sospechada.

Caso clínico. Paciente de 13 años, sin antecedentes patológicos. Consultó a su pediatra por sinusitis, pautó tratamiento con amoxicilina durante una semana. Al finalizar el tratamiento, vuelve a consultar por odinofagia, presentando prueba rápida de detección de estreptococo del grupo A positivo, por lo cual se indicó tratamiento con penicilina. Posterior a 3 dosis, presenta aparición de exantema pruriginoso, papuloso en tronco, abdomen y brazos, algunas de las lesiones confluyen formando placas, con borde eritematoso. Se sospecha alergia a penicilina, por lo que se suspende y se inicia tratamiento con azitromicina. 48 horas después reconsulta por empeoramiento de lesiones cutáneas, al examen físico se evidencia exantema maculopapuloso, sobrelevado, generalizado con lesiones confluentes, nasalización del habla, amígdalas hipertróficas casi contactantes con exudados grasosos en sábana. Se sospecha mononucleosis infecciosa, se extra analítica sanguínea, evidenciando leucocitosis y neutrofilia, con 33% de linfocitos de aspecto reactivo, serologías positivas para virus de Epstein-Barr. Se indica reposo, tratamiento sintomático y antihistamínico.

Comentarios. A pesar de ser una entidad relativamente frecuente, es posible confundir y demorar el diagnóstico de la mononucleosis infecciosa con una infección bacteriana o con reacción cutánea relacionada con alergia a antibióticos. Por esta razón, es importante la correcta anamnesis e identificación de las características del exantema. De esta manera, se evitan tratamiento antibióticos innecesarios y errónea catalogación de posible alergia a betalactámicos.

Pediculosis en pestañas: a propósito de un caso. Martínez Pérez M¹, Pou Blázquez A¹, Medina Guerrero C¹, Paola Cabrera VP¹, Grullón Ureña EC¹, Fernández Álvarez M¹, Loreto Carrero MA², Ocaña Alcober C¹. ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Oftalmología. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La pediculosis es una dermatosis parasitaria muy frecuente en la edad pediátrica, siendo comunes los brotes epidémicos en edad escolar. Existen tres especies

de ectoparásitos que afectan a humanos y se transmiten por contacto directo: *Pediculus capitis*, en cabeza; *Pediculus corporis* en cuerpo y *Phthirus pubis* en zona genital, comunmente conocidos como "ladillas". Este último, es el que se encuentra relacionado con la afectación palpebral y resulta importante identificar la especie, pues la presencia de *P. pubis* podría revelar un abuso sexual.

Caso clínico. Niña de 5 años que consulta por prurito ocular sin otra sintomatología y antecedente paterno de pediculosis genital. En la exploración se evidencian multitud de lesiones costrosas en ambas pestañas, sin evidenciar movimiento durante el examen ocular. Se interconsulta a Oftalmólogo que, con diagnóstico de pediculosis en pestañas, intenta extracción de estas, previa pomada de eritromicina sin éxito. Se decide posteriormente, extracción mecánica de los mismos utilizando lámpara de hendidura bajo sedación en UCI pediátrica. En lámpara se evidencian múltiples huevos, larvas y piojos en párpados superior e inferior de predominio en párpado derecho con escisión de gran parte de ellas. Resto de exploración oftalmológica normal. También presentaba pediculosis en cuero cabelludo, por lo que se fue de alta con tratamiento capilar y revisión oftalmológica. Además, se avisó a Trabajo Social por la posibilidad de existir abuso sexual.

Conclusiones. El tratamiento más efectivo de la phthiriasis palpebral es la eliminación mecánica de los ejemplares adultos y de las liendres, bajo exploración con lámpara de hendidura. En niños esta práctica suele ser difícil, teniendo que recurrir a sedación.

Kawasaki incompleto: ¿un síndrome multifactorial? *Collada Carrasco M, Jiménez Casso S, Valladares Díaz AI, Bartolomé Calvo G, González Martín LM, Lavandera Gil I, Soler Monterde M, Espinosa Rodríguez MC.* Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia. Segovia.

Introducción. La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis autolimitada. Factores genéticos, ambientales y desencadenantes infecciosos producen una sobreproducción de citocinas y activación de células endoteliales. Existe cierta interrelación con el síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (SIMS-Ped). Fuera del cuadro completo, el diagnóstico es difícil. Presentamos un caso de Kawasaki incompleto (KI).

Caso clínico. Niño de 4 años que ingresa por fiebre de 6 días de evolución y afectación progresiva del estado general, sin otra sintomatología. AF: Madre y abuelo linfoma de Hodgkin. Tratado con amoxicilina por infección respiratoria, sin mejoría. Exploración: palidez, irritabilidad y adenopatías latero-cervicales máximo 2.5 cm izquierda y exudado amig-

dalar. Estreptococo y PCR virus respiratorios negativa. Analítica: Hb 9,7 g/dl, 17.000 leucocitos, plaquetas 324.000, Albúmina 3,7 g/dl, PCR 26,90 mg/dl. NT-proBNP: 661 pg/ml. VSG 63 mm/h. Se pauta ceftriaxona sin respuesta. Autoinmunidad negativa. IgG citomegalovirus positivo. ECG: ritmo sinusal repolarización normal. Ecocardiograma: coronarias z scores I+0,8 y D+0,5 DS y FE 68%. Al 11º día de fiebre, por criterios de KI se inician inmunoglobulinas a 2 mg/kg y AAS a dosis antiinflamatorias. Afebril tras 24 h. Plaquetas: 609.000 al 13º día. AAS a dosis antiagregantes durante 6 semanas. Tras 2 meses de seguimiento, normalización clínica, analítica, ECG y ecocardiogramas normales.

Conclusiones. El KI es un reto diagnóstico. Es un síndrome plurietiológico desencadenado por agentes infecciosos. Debe sospecharse ante fiebre > 7 días y analítica compatible. Interfiere con el SIMS-Ped con mayor componente miocárdico. La respuesta a las inmunoglobulinas es confirmatoria. La dosis de aspirina está en revisión actualmente.

Urticaria multiforme: una huella cutánea del adenovirus. *Castellanos Mata A, Alonso Alonso A, Salcedo Fresneda O, Miranda Montequín S, Muñoz Lumbreras M, Martínez García C, Ornia Fernández C, Ordoñez Álvarez FA.* Área de Gestión Clínica de la Infancia y Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La urticaria multiforme es una entidad que aparece en lactantes y niños de corta edad, considerándose una reacción de hipersensibilidad desencadenada por diversos factores, como infecciones o medicamentos. Su trascendencia clínica fundamental recae en la similitud con cuadros más graves, cuyo manejo y pronóstico son diferentes. Se presenta un caso clínico con este diagnóstico.

Caso clínico. Un varón de 2 años, afebril y con buen aspecto general, consultó en un Servicio de Urgencias Hospitalarias por un exantema de 24 horas de evolución. Inicialmente las lesiones aparecieron a nivel cervical y zona del pañal, pautándose antihistamínico oral en Atención Primaria. Posteriormente, el exantema se generalizó y asoció prurito intenso y edema en región facial, manos y pies. Las lesiones eran eritematosas, sobreelevadas, confluentes, algunas con centro más claro y que desaparecían al ejercer presión, sin afectación de mucosas. Analíticamente, destacaba una proteína C reactiva de 4,7 mg/dl y una leucocitosis con neutrofilia ($17,16 \times 10^3$ leucocitos/ μ l, 73,4% neutrófilos). En el exudado faríngeo se detectó PCR positiva para adenovirus. Tras iniciar tratamiento intravenoso con un antihistamínico (dexclorfeniramina) y corticoide (metilprednisolona) el paciente experimentó una mejoría precoz, con desapareciendo las lesiones

Comentarios. La urticaria multiforme debe ser una entidad tenida en cuenta ante cuadros clínicos de características similares, con vistas a evitar errores diagnósticos y de manejo terapéutico.

Psoriasis guttata y su conexión con *Streptococcus pyogenes*: a propósito de un caso. Gándara Samperio C¹, Madrigal Díez C², Rubio Álvarez A², Freire Peña MI¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Centro de Salud Dr. Morante, Santander

Introducción. La psoriasis guttata es una variedad de psoriasis que aparece generalmente en adultos jóvenes o niños. Frecuentemente es precedida por una infección estreptocócica o vírica.

Caso clínico. Se presenta el caso de una adolescente de 15 años que acude a consulta de su pediatra de Atención Primaria debido a la aparición de una erupción cutánea, de dos semanas de evolución, compuesta por lesiones monomorfos en parte posterior de tronco y cuello. Posteriormente se extienden a parte anterior de tronco, brazos y piernas. Se acompañan de leve prurito. Respetan cuero cabelludo, manos y pies. Presenta buen estado general y no han aparecido fiebre, artralgias, ni otros síntomas. En la exploración física se constatan múltiples pápulas bien delimitadas, eritematosas, con superficie blanca y descamativas. Resto de la exploración sin hallazgos. Se sospecha una psoriasis guttata por su presentación clínica y distribución corporal. Se realizan frotis faríngeo y serologías víricas obteniendo en ambas pruebas resultado negativo. La analítica muestra valores normales en el hemograma, anticuerpo anti estreptolisina O (ASLO) 475 IU/ml, velocidad de sedimentación (VSG) 3 milímetros por hora. Resto normal. El resultado del cultivo faríngeo muestra crecimiento escaso de *Streptococcus pyogenes*. Se pauta tratamiento con corticoide tópico de potencia media resolviéndose el cuadro en pocas semanas sin causar complicaciones. Ante cultivo faríngeo positivo se completa tratamiento con antibioterapia oral con amoxicilina durante 10 días.

Comentarios. Generalmente la psoriasis guttata tiene una evolución benigna y responde bien al tratamiento o desaparece espontáneamente. No hay que olvidar tratar la posible infección estreptocócica subyacente con el antibiótico adecuado.

Nódulos post-escabióticos escrotales en un niño: una manifestación clínica poco frecuente en el contexto de aumento de casos de escabiosis. Gándara Samperio C¹, Madrigal Díez C², Gómez Fernández C¹, Freire Peña MI¹. ¹Servicio de Pediatría.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Centro de Salud Dr. Morante. Santander.

Introducción. Los nódulos post-escabióticos son lesiones induradas y pruriginosas que aparecen debido a una reacción de hipersensibilidad retardada al ácaro productor de escabiosis.

Caso clínico. Se presenta el caso de un varón de 10 años, sin antecedentes de interés, que acude a consulta de Pediatría en el mes de Julio debido a unas lesiones micropapulares, urticariformes y pruriginosas en zona posterior de brazo izquierdo y en mano ipsilateral. Se sospecha dermatitis y se pauta corticoide tópico y antihistamínico oral. Mejora el picor, pero tras un mes continúan las lesiones. Se realiza analítica con hemograma sin alteraciones excepto un 10% de eosinofilia; anticuerpos de celiaquía, panel de alérgenos y parásitos en heces negativos. Semanas después aparecen en dicha mano lesiones nodulares y surcos acarinos acompañándose de prurito generalizado de predominio nocturno, sugiriendo escabiosis. Además, ahora los convivientes presentan clínica similar. Se inicia tratamiento con permetrina tópica con escasa respuesta tras dos ciclos. Se pauta entonces ivermectina oral lográndose la remisión de lesiones y prurito. Sin embargo, pocas semanas después aparecen lesiones nodulares y eritematosas en escroto, cada vez más acentuadas y pruriginosas a pesar de tratamiento con corticoide tópico y antihistamínico oral. Se realiza interconsulta al Servicio de Dermatología que diagnostica de nódulos post-escabióticos sin lesiones activas de escabiosis e indica corticoide tópico de potencia media-alta hasta la desaparición completa de las lesiones, que se produce semanas después.

Comentarios. Esta entidad exige alto índice de sospecha ya que a menudo aparece tras un tratamiento adecuado de la infestación inicial por el ácaro.

Espasmo hemifacial idiopático en paciente pediátrico. Álvarez Merino M¹, Hedrera Fernández A¹, Blanco Lago R¹, Rozas Reyes P², Macías Franco S², Pérez Pérez A¹, González Ace-ro A¹, Málaga Diéguez I¹. ¹Unidad de Neuropediatría, Área de Gestión Clínica de Infancia y Adolescencia; ²Unidad de Oftalmología Infantil, Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El espasmo hemifacial es una alteración poco frecuente que se caracteriza por espasmos sincrónicos involuntarios de un lado de la cara.

Caso clínico. Presentamos el caso de un varón de 4 años y 6 meses que presenta episodios paroxísticos de asimetría facial desde hace dos meses. En la exploración se registra-

ron episodios consistentes en contracción tónica involuntaria de la musculatura periorbitaria izquierda seguida de desviación superior de la comisura labial homolateral, de entre 2 y 10 segundos de duración total, que ceden espontáneamente. No se encontraron otras alteraciones en la exploración neurológica ni en las pruebas complementarias realizadas, incluyendo electromiografía, resonancia magnética craneal y exploración oftalmológica. Actualmente, el paciente tiene 8 años y presenta episodios esporádicos de espasmo hemifacial izquierdo cuando está más cansado o nervioso que no han precisado tratamiento al no resultar interfirientes con su actividad habitual.

Comentarios. El espasmo hemifacial se caracteriza por contracciones tónicas sincrónicas e involuntarias de un lado de la cara, que generalmente comienzan en el músculo orbicular de los ojos para extenderse posteriormente a otros músculos homolaterales inervados por el nervio facial. Los pacientes no pueden reprimir los movimientos, que pueden presentarse también durante el sueño (Tan et al.). En el 88-93% de los casos se objetiva una compresión neurovascular del nervio facial ipsilateral (Port), hallazgo no evidenciado en nuestro caso. Dado que la remisión completa es rara, las inyecciones de toxina botulínica se han propuesto como tratamiento eficaz (Defazio et al.) en aquellos casos con alta frecuencia de episodios.

Narcolepsia tipo 2 con hallazgo incidental de quiste de la pars intermedia. *Álvarez Merino M^{1,2}, Hedrera Fernández A¹, Rodríguez de la Rúa MV², García Solana MP, Pérez Gordón J⁴, Rubín Roger S¹, Blanco Lago R¹, Málaga Diéguez I¹.* ¹Unidad de Neuropediatría, Área de Gestión Clínica de Infancia y Adolescencia; ³Unidad de Trastornos del Sueño, Servicio de Neurofisiología; ⁴Unidad de Endocrinología Pediátrica, Área de Gestión Clínica de Infancia y Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud de El Cristo. Oviedo.

Introducción. La narcolepsia es un trastorno del sueño que conlleva excesiva somnolencia diurna provocando un impacto negativo en la conducta y el rendimiento escolar.

Caso clínico. Mujer de 11 años que presenta hipersomnia diurna desde hace más de 2 años, sin asociar apneas nocturnas ni alucinaciones hipnagógicas ni hipnopómpicas ni cataplejía. Se solicita polisomnografía y test de latencias múltiples que muestra latencias medias acortadas, compatible con narcolepsia tipo 2 (sin cataplejía), apoyado por HLA-DR2 positivo. Valorada por Endocrinología pediátrica con diagnóstico de talla alta y pubertad adelantada. Se completan los estudios complementarios con resonancia magnética

con hallazgo incidental de pequeño quiste hipofisario de la pars intermedia. Valorada por Oftalmología con exploración normal, pero con incremento de latencias en potenciales evocados visuales. Presenta una buena evolución con pautas de higiene del sueño y con tratamiento con metilfenidato a dosis bajas, con buena respuesta y mejoría del estado de alerta durante la actividad escolar.

Comentarios. Los quistes de la pars intermedia son quistes benignos por persistencia de estructuras de la bolsa de Rathke en la hipófisis cuya incidencia está en torno al 10-15% de la población, siendo más frecuente en mujeres (2:1). Son en su mayoría asintomáticos, pero pueden asociar disfunción hipofisaria, pubertad precoz o adelantada. En lesiones grandes se ha reportado alteración visual por compresión de estructuras vecinas. No se ha reportado hasta la fecha específicamente su relación con la narcolepsia, aunque sí un caso en relación con hipersomnia.

Parálisis flácida aguda en el lactante: el secreto está en la miel. *Vázquez Villa JM¹, Hedrera Fernández A¹, Blanco Lago R¹, Muñoz Lumbreras M¹, Mayordomo Colunga J², Díaz García P², Málaga Diéguez I¹, Concha Torre A².* ¹Unidad de Neuropediatría, Área de Gestión Clínica de Infancia y Adolescencia; ²Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Área de Gestión Clínica de Infancia y Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La ingesta de esporas de *Clostridium botulinum* presentes en la miel puede provocar botulismo en lactantes por liberación de toxinas que bloquean la neurotransmisión colinérgica en la unión neuromuscular, ocasionando parálisis flácida aguda craneocaudal, oftalmoplejía, insuficiencia respiratoria y disfagia.

Caso clínico. Lactante de 3 meses con letargia, rechazo de alimentación, succión débil y progresiva debilidad, con episodios de apnea y disminución del nivel de conciencia. Evolucionó a insuficiencia respiratoria progresiva, presentando una parada respiratoria, precisando maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) y posterior intubación. Desarrolló en horas una parálisis flácida aguda arrefléxica de progresión craneocaudal, ptosis, oftalmoplejía, disfagia y estreñimiento, atribuidos posteriormente a la ingesta de miel; una vez descartados hallazgos confusores transitorios oftalmológicos (hemorragias retinianas bilaterales) y radiológicos (aumento del espacio epidural dorsal), atribuidos a maniobras de RCP y a hipotensión licuoral post-punción, respectivamente. El estudio de conducción nerviosa reveló una polineuropatía sensitivo-motora axonal. El bioensayo fue sugestivo de botulismo, con reacción en cadena de polimerasa (PCR) y

cultivo negativos 8 días tras el debut. La administración de antitoxina botulínica heptavalente condujo a una mejoría progresiva en semanas, con incremento de movilidad voluntaria, permitiendo extubación a los 20 días del tratamiento y alimentación oral a los 40 días. El estudio de conducción nerviosa se normalizó a los 6 meses del debut, con mejoría clínica y reflejos osteotendinosos presentes.

Comentarios. La detección temprana del botulismo del lactante y el tratamiento precoz con antitoxina botulínica son cruciales para prevenir la progresión de la enfermedad, durante la que son precisas terapias intensivas.

Cianosis al nacimiento: actuación rápida. *Jiménez Hernández EM, Macías Panedas A, Carrasco Villanueva MJ, Martín Iranzo NM, Cantero Tejedor MT, De la Torre Santos SI, Bartolomé Porro JM, Barrio Alonso MP. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.*

Introducción. La atresia pulmonar con comunicación interventricular (CIV) representa una cardiopatía muy poco frecuente. Supone la forma extrema de la tetralogía de Fallot. No existe comunicación entre el ventrículo derecho y la arteria pulmonar, produciéndose el flujo sanguíneo pulmonar por el ductus arterioso y/o arterias aortopulmonares. El tratamiento quirúrgico se adapta al paciente y a sus características anatómicas.

Caso clínico. Recién nacida, parto extrahospitalario. Líquido meconial. Apgar referido: 6/7. Embarazo controlado y ecografías en principio normales. A su llegada al hospital se objetiva cianosis y dificultad respiratoria por lo que se inicia presión positiva en la vía aérea. Saturación de oxígeno de 88% a pesar de FiO_2 de 40% por lo que ingresa en Neonatología. Se mantiene soporte respiratorio y se realizan radiografía de tórax y ecocardiografía. En ecocardiografía se identifica CIV subaórtica de 6 milímetros (mm). Vaso sistémico que acaba sobre tabique interventricular. Atresia pulmonar sin flujo anterógrado. Ductus arterioso de 5 mm del que depende flujo pulmonar, dos ramas pulmonares no confluentes. Ante dicho hallazgo se inicia perfusión de prostaglandinas y se comunica con Hospital de referencia para traslado. A su llegada, se confirma diagnóstico de atresia pulmonar con CIV y flujo pulmonar dependiente de ductus arterioso, por lo que se mantiene perfusión de prostaglandinas y posteriormente se presenta en sesión médico-quirúrgica.

Comentarios. Ante un neonato con cianosis tenemos que descartar las causas más frecuentes y en caso de cardiopatía congénita cianótica iniciar perfusión de prostaglandinas. La atresia pulmonar supone una entidad infrecuente con gran complejidad quirúrgica.

No toda elevación del intervalo ST es sinónimo de infarto. *Alcalde Alfonso M, Rollano Corroto I, Reyes Sancho S, Fernández Suárez N, Viadero Ubierna MT, Garde Basa J, Ramos Cela M, Pérez Miguel M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. El dolor torácico supone el 4% de las urgencias pediátricas y el segundo motivo de derivación a cardiología infantil. Dentro de las causas de dolor torácico con elevación del segmento ST, se encuentran la pericarditis aguda y el infarto agudo de miocardio, dos entidades con pronóstico y tratamiento muy diferentes. La incidencia de la pericarditis no está bien establecida en Pediatría, algunos trabajos hablan de 1/1.000 ingresos pediátricos mientras que la isquémica es excepcional.

Caso clínico. Paciente de 15 años que acude a Urgencias por dolor precordial no irradiado de 12 horas de evolución. Niega cortejo vegetativo, síncope o disnea. Afebril, sin clínica infecciosa. Refiere empeoramiento del dolor con inspiración profunda y mejoría al inclinar el tronco hacia delante. Se realiza analítica incluyendo troponinas, hemograma y CPK normales, radiografía de tórax sin hallazgos y ECG que evidencia elevación cóncava del ST de V2 a V6. En ecocardiografía fina lámina de derrame pericárdico. Se decide ingreso hospitalario, se pauta antiinflamatorio y reposo con remisión de la clínica.

Comentarios. El dolor torácico, y más cuando se acompaña de elevación del ST, supone un motivo de gran angustia para el paciente, la familia e incluso el pediatra por la analogía con la enfermedad isquémica del adulto. Además de las diferencias en las características del dolor; la negatividad de los enzimas cardíacos y el ECG dan pistas para diferenciarlos. En resumen, debemos tener en cuenta la pericarditis como causa relativamente frecuente de dolor torácico con elevación del ST en la infancia, donde el origen isquémico es excepcional.

Citomegalovirus en el lactante sano. *López Santos A, Alonso Vicente C, Fombellida De la Fuente C, Romero del Hombre-bueno Gómez del Pulgar Y, Acevedo Vega JR, Uribe Reina MP, Fernández González S, Vega Bayón M. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. Una de las etiologías más frecuentes de la gastritis en la infancia es la de origen infeccioso. Las manifestaciones clínicas pueden estar ausentes o ser muy inespecíficas. El diagnóstico definitivo es endoscópico con toma de biopsias. El curso es autolimitado y la recuperación espontánea. El tratamiento es sintomático, siendo de elección los inhibidores de la bomba de protones (IBP).

Caso clínico. Lactante de 11 meses con alergia a la proteína de la leche de vaca IgE mediada. Recibe fórmula extensamente hidrolizada de caseína, sin transgresiones dietéticas. Presenta cuadro de hematemesis, previamente asintomático salvo disminución de las tomas. En analítica sanguínea destacan datos de anemia ferropénica, resto de pruebas de laboratorio y de imagen normales. Se realiza endoscopia digestiva alta donde se evidencian lesiones compatibles con gastritis crónica antral. En el estudio de la biopsia se halla PCR y serología de citomegalovirus (CMV) positivo. Se inicia tratamiento con IBP presentando franca mejoría.

Comentarios. La primoinfección por CMV ocurre con más frecuencia en la infancia, con una prevalencia de la infección en países desarrollados de hasta un 60-80% de la población adulta. La mayoría de las infecciones son asintomáticas o paucisintomáticas, y no revisten gravedad en población inmunocompetente. El CMV produce infección latente a lo largo de la vida por lo que, en ocasiones, distinguir infección activa de infección latente o reactivación asintomática supone un reto diagnóstico para el profesional.

Contra todo pronóstico. A propósito de un caso grave de polineuropatía aguda inmunomediada, tipo desmielinizante. *Clavijo Izquierdo ME¹, Gil Calderón FJ¹, Navarro Abia V², Barbadillo Mariscal B¹, Iglesias Rodríguez M¹, Cuervas-Mons Tejedor M³, Ruiz Araus A¹, Calleja Ibañez M¹.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Pediatría, Sección de Neurología Pediátrica; ³Servicio de Pediatría, Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineuropatía inflamatoria aguda inmunomediada. Se trata de una de las causas más comunes de debilidad adquirida. La mortalidad en niños es menor del 3%, siendo su pronóstico menos favorable en menores de 2 años, si requieren soporte ventilatorio, si hay afectación de pares craneales, o si debuta con parálisis severa o progresión rápida de la misma.

Caso clínico. Niño de 11 años que debuta con abasia, mialgias y visión borrosa. El LCR muestra disociación albumino-citológica, el electromiograma polirradiculopatía desmielinizante aguda, y el estudio inmunológico es negativo. Progresión rápida. Ingresó en UCIP durante 2 meses, precisando ventilación mecánica y marcapasos. Recibió tratamiento con inmunoglobulinas y plasmaféresis. Previo al alta de UCIP presenta temblor distal en extremidades superiores, hipomimia, dolor neuropático en miembro inferior derecho, reflejo pupilar en ojo izquierdo enlentecido, hiporreflexia en zonas distales de extremidades, y dificultad para la bipedestación. Ha evolucionado favorablemente, con resolución del

temblor distal y mejoría del dolor neuropático. Reinicia deambulación a los 63 días del inicio del proceso, siendo capaz al alta hospitalaria de dar 33 pasos con apoyo de 4 puntos. Tras 8 meses de evolución camina con ortesis antiequina, andando hasta 2 kilómetros. Se mantiene en seguimiento por Neuropediatría, Neurofisiología y Rehabilitación.

Comentario. El conocimiento de la evolución y los factores pronósticos del SGB permiten optimizar e individualizar el tratamiento de los pacientes, siendo agresivos en los que lo precisan, reduciendo las secuelas. Es necesario seguir investigando para poder mejorar el manejo de estos pacientes.

¿Es simplemente una otitis? Otitis media aguda y sus complicaciones. *Herreras Martínez A, Fuentes Martínez S, Martínez Pérez M, Escudero Villafaña A, Iglesias Oricheta M, Fernández Rodríguez L, Rodrigo Fernández A.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La otitis es una de las infecciones más frecuentes en Pediatría. Gracias a la antibioterapia, el pronóstico de las otitis ha cambiado radicalmente, disminuyendo en gran medida sus complicaciones. La mastoiditis es la más frecuente; sin embargo, cabe destacar otras complicaciones intra y extracraneales como los abscesos. La mastoiditis puede constituir el punto de partida para la diseminación de la infección.

Caso clínico. Niño de 2 años que acude por convulsión febril. Diagnosticado de faringoamigdalitis estreptocócica en urgencias unas 4 horas antes, pautándose tratamiento antibiótico. Cuadro catarral de 48 horas de evolución con odinofagia y otalgia asociada. Exploración: orofaringe hiperémica con exudados, impresiona de trismus intermitente, limitación a la hiperextensión del cuello que impresiona de antiálgica, no se visualizan tímpanos por tapones de cerumen. Analítica sanguínea: 15.000 leucocitos, PCR 223 y PCT 75. TAC craneal: absceso en región preauricular próximo a articulación temporomandibular derecha, otomastoiditis derecha y sinusitis. Durante el ingreso inició edema facial que fue disminuyendo paulatinamente con el tratamiento. Se realizó drenaje quirúrgico del absceso con cultivo del mismo negativo.

Comentario. Las otitis medias agudas son en general autolimitadas, con resolución completa en el 90% de las mismas. Sin embargo, hay que tener en cuenta la posibilidad de complicaciones, que continúan siendo un potencial de morbilidad en nuestro medio. En nuestro caso, la clínica de dificultad para la apertura bucal fue imprescindible para la orientación diagnóstica. Por todo ello, es importante una adecuada anamnesis y exploración física que permita un diagnóstico precoz, evitando así el desarrollo de complicaciones.

Encefalopatía por déficit de vitamina B12: a propósito de un caso. *Matilla Sainz-Aja N, Iglesias Rodríguez M, Ruiz Araus A, Domínguez Sánchez P, Navarro Abía V, Fernández de Valderrama Rodríguez A, Oquillas Ceballos A, Tejero Pastor L.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. La encefalopatía por déficit de vitamina B12 o cobalamina, aunque infrecuente en la edad pediátrica, produce síntomas neurológicos y hematológicos. Debe formar parte del diagnóstico diferencial ante síntomas como regresión del neurodesarrollo, trastornos del movimiento, convulsiones, apatía, irritabilidad..., especialmente si se asocian con anemia megaloblástica.

Caso clínico. Lactante mujer de 6 meses, con antecedentes maternos de déficit de B12 y varios antecedentes familiares de epilepsia, que debuta con crisis epilépticas refractarias y retraso global del desarrollo. Se realiza analítica sanguínea encontrándose déficit de cobalamina y resonancia magnética cerebral por microcefalia apreciándose higroma frontal laminar bilateral con aumento del espacio subaracnoideo compatible con hidrocefalia benigna. Se instaura tratamiento con suplementos de vitamina B12 hasta encontrarse en rango en analítica y se repite la resonancia con normalización de los hallazgos previos, reinterpretados en este contexto como una atrofia secundaria al déficit de B12. La evolución ha sido favorable, no ha tenido nuevas crisis, permitiendo la retirada de los fármacos, sin embargo, persiste retraso global del desarrollo con mayor afectación en el área del lenguaje.

Comentario: Las causas de los trastornos de cobalamina pueden ser carenciales (lo más frecuente), alteraciones en la absorción y transporte o errores innatos del metabolismo. En la resonancia magnética, se suele evidenciar degeneración de la sustancia blanca cerebral, con hipomielinización, asociado con la regresión de las habilidades cognitivas y el retraso psicomotor. El diagnóstico y tratamiento precoz permite evitar posibles secuelas neurológicas permanentes. Es importante identificar lo antes posible las causas potencialmente tratables de las enfermedades neurológicas.

Sábado 13 de abril • Sala 2

Torsión testicular asincrónica bilateral neonatal. *Olarte Ingarroca S, Pérez Costoya C, Hortelano Romero E, Calvo Penín C, Sánchez Pulido LJ, Rosell Echevarría MJ, Gómez Farpón A, Álvarez Muñoz V.* Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción. La torsión testicular neonatal es con frecuencia intrauterina y extravaginal, causando isquemia y necrosis del testículo. Suele ocurrir entre la semana 34-36 de gestación. El diagnóstico prenatal es difícil, por lo que habitualmente se detecta al nacimiento. Se presenta como un teste indurado, aumentado de tamaño y bolsa escrotal con pocas alteraciones.

Caso clínico. Neonato varón con antecedentes de parto eutócico de 39+4 semanas y hallazgo ecográfico prenatal de hidrocele derecho. A las 3 horas de vida se objetivan signos de escroto agudo derecho. En la ecografía se evidencia una colección peritesticular derecha sugestiva de hematoma evolucionado. A la exploración, se encuentra asintomático, con el escroto derecho aumentado de tamaño, coloración vinosa, transluminación positiva, impresionando de hidrocele a tensión. El paciente ingresa en Neonatología con control analítico normal. Al reevaluar a las 10 horas se decide repetir ecografía doppler testicular por dolor a la exploración, evidenciándose un hidrocele a tensión derecho con el testículo escasamente vascularizado y teste izquierdo desestructurado, no vascularizado, en probable relación con torsión intrauterina. Se realiza intervención quirúrgica urgente con hallazgos de teste izquierdo atrófico y teste derecho con torsión extravaginal de aspecto necrótico que recupera mínimamente la coloración. Se realiza orquiectomía izquierda y orquidopexia derecha.

Comentarios. Ante un posible escroto agudo perinatal, lo más probable es que la torsión se haya producido intraútero. Está indicada la revisión quirúrgica del teste para realizar una detorsión si procede y pexia del contralateral, y en caso teste no viable realizar orquiectomía.

Vólvulo de intestino delgado en una paciente pediátrica recientemente apendicectomizada. *Escudero Villafañe A¹, Rodríguez Ruiz M², Arredondo Montero J², Sánchez Prieto C¹, Fernández Rodríguez L¹, Iglesias Oricheta M¹, Herreras Martínez A¹, Rodrigo Fernández A¹.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. El vólvulo intestinal es una patología comúnmente asociada en Pediatría a malrotación intestinal, siendo infrecuente pensar en ella como complicación postquirúrgica. Detectarla supone un reto, y tiene una importante letalidad en caso de error diagnóstico.

Caso clínico. Niña de 12 años, con antecedente de apendicectomía laparoscópica 3 meses antes, acude a urgencias por dolor abdominal generalizado de 12 horas de evolución, que asocia émesis de repetición. A la valoración

inicial se constata afectación del estado general secundario a dolor. En la exploración física se objetiva un abdomen no distendido, pero escasamente depresible, con defensa abdominal generalizada. Se realiza una analítica de sangre que no presenta alteraciones y se solicita una ecografía abdominal, que el servicio de radiología, dados los hallazgos encontrados, amplía con una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica, que informan como sugestiva de sufrimiento intestinal secundario a una probable torsión del meso. Ante dichos hallazgos se indica laparotomía exploradora urgente. Se objetiva un vólvulo a expensas de una brida firme que afecta a la práctica totalidad del intestino delgado. Se realiza devolvulación manual y maniobras de reperfusión tisular, constatándose adecuada recuperación del paquete intestinal en su totalidad. La paciente evoluciona favorablemente, permaneciendo ingresada 6 días. Actualmente se encuentra dada de alta, asintomática y en seguimiento evolutivo.

Comentarios. Ante un abdomen agudo pediátrico en un paciente con antecedente de cirugía abdominal reciente, el diagnóstico diferencial debe incluir a parte de las complicaciones habituales (obstrucción e infección), entidades menos frecuentes, como el vólvulo intestinal, ya que se trata de una patología tiempo-dependiente que sin un diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoces tiene consecuencias devastadoras.

Lengua vellosa negra en niños. Iglesias Oricheta M, Herreas Martínez A, Rodrigo Fernández A, Escudero Villafañe A, Fernández Rodríguez L, Fuentes Martínez S, Jiménez González A. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La lengua vellosa negra es una entidad benigna y autolimitada con baja incidencia en Pediatría, variando la prevalencia entre 0,5% y 11%. Está ocasionada por proliferación de bacterias y levaduras cromógenas en relación con factores precipitantes (antibióticos tópicos y sistémicos, sequedad o mala higiene bucal...). Se caracteriza por hipertrofia, hiperqueratosis y elongación de papilas filiformes lingual, lo que da un aspecto pardo-negrucito al dorso de la lengua. Su diagnóstico es clínico y el tratamiento suele ser conservador ya que su evolución natural es a la resolución espontánea.

Caso clínico. Niña de 11 meses, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por clínica catarral de 3 días de evolución y pico febril hace 24 horas. La madre refiere notar una mancha oscura en la lengua desde unas horas antes. En la exploración física se observa en la zona

dorsal de la lengua una lesión marronácea de aspecto vellosa que no se desprende con el depresor. No presenta lesiones a otros niveles. Fue diagnosticada de lengua vellosa negra y se manejó de manera conservadora con buena evolución.

Comentarios. Es importante conocer esta entidad infrecuente y su naturaleza benigna para evitar tratamientos y derivaciones innecesarias. Hay que diferenciarla de la simple pigmentación de la lengua sin hipertrofia de papilas, así como de las infecciones fúngicas. El manejo es expectante pero se recomienda evitar factores desencadenantes, buena higiene bucal y en algunos casos se puede plantear el uso de queratolíticos.

¡Vaya cabeza! Espinosa Rodríguez MC¹, Collada Carrasco M¹, Soler Monterde M¹, Lavandera Gil I¹, Bartolomé Calvo G¹, Rojas Farias FE², Casado Verrier B², González Martín LM¹.

¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Dermatología. Hospital General de Segovia. Segovia.

Introducción. El querión de Celso es una complicación poco común de la tiña del cuero cabelludo, resultante de una respuesta intensa de hipersensibilidad celular del huésped al dermatofito.

Caso clínico. Niña marroquí de 6 años que consulta por aparición de una placa dolorosa de morfología circular y coloración blanquecina de 4 cm en región occipital del cuero cabelludo, levemente descamativa y alopecia localizada. Ante la sospecha de tiña se obtiene cultivo con crecimiento de *Microsporum canis*, iniciando tratamiento con terbinafina oral y ciclopirox tópico. Evolutivamente asocia signos de sobreinfección bacteriana con supuración de la lesión añadiéndose amoxicilina-clavulánico oral y ácido fusídico tópico. Reconsulta 1 mes después por empeoramiento, con crecimiento de la lesión hasta 10x5 cm y sobreinfección por *Klebsiella oxytoca*.



Ingresa con amoxicilina-clavulánico endovenoso y se realiza curetaje y desbridamiento, con aplicación de secantes y antibiótico tópico, cambiando terapia antifúngica a fluconazol oral. Dada la persistencia de signos inflamatorios locales se añade tratamiento corticoideo endovenoso ante la sospecha de reacción de hipersensibilidad celular del huésped al dermatofito. Evoluciona favorablemente, persistiendo únicamente placa alopecica, manteniéndose al alta curas tópicas, fluconazol y corticoterapia oral. Se realiza seguimiento posterior, persistiendo tras 3 meses descamación y pápulas costrosas, sugiriendo una posible resistencia al tratamiento anterior e iniciando griseofulvina oral.

Comentarios. Es importante el tratamiento precoz de las tiñas (previo al resultado del cultivo) asegurando la adherencia terapéutica para prevenir complicaciones como la alopecia cicatricial irreversible. Ante una evolución subóptima se debe descartar sobreinfección bacteriana y reacciones de hipersensibilidad al dermatofito. Identificar y tratar a portadores asintomáticos y no compartir objetos personales evitará reinfecciones.

Hoyuelos supraespinosos: ¿son solo una alteración cutánea? *Martínez Pérez M, Fernández Álvarez M, Molleda González S, Fernández Fernández D, Ariztegui Hoya L, Fuentes Martínez S, Rodríguez Blanco S, Alonso Quintela P.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. Las depresiones cutáneas congénitas son una entidad infrecuente. Los hoyuelos, o fositas supraespinosas son una entidad congénita caracterizada por una depresión cutánea profunda, estando la piel fijada a planos profundos por ausencia de dermis y/o tejido celular subcutáneo. No suelen superar el centímetro de tamaño y se localizan habitualmente en cara o sobre prominencias óseas (acromion, escápula, sacro, codos, rodillas o tibia). Suelen estar presentes desde el nacimiento, aunque pueden hacerse más evidentes con el crecimiento del niño.

Caso clínico. Recién nacido de embarazo sin controlar, edad gestacional estimada entre 31-34 semanas. Serologías maternas al ingreso normales. Fumadora durante el embarazo. No patología materna durante la gestación conocida. Riesgo infeccioso por amniorrexis prolongada. Parto eutócico, Apgar 9/10 y pH 7,26. En la exploración física durante su ingreso en Neonatología se evidencian dos lesiones cutáneas excavadas milimétricas y simétricas en ambas regiones supraescapulares. No incidencias durante su ingreso, salvo hallazgo de hemorragia milimétrica en matriz germinal. Exploración neurológica y neuroconducta

normal. Historiando a la familia, tanto el padre como los hermanos poseen la misma alteración, sin otros antecedentes familiares relevantes.

Conclusiones. En la mayoría de los casos, estos hoyuelos se presentan como lesión única, aislada, y se consideran una entidad benigna de etiología desconocida. Sin embargo, varias publicaciones relacionan este tipo de defectos cutáneos con gran variedad de enfermedades, como infecciones, errores innatos del metabolismo, traumatismos mecánicos durante la gestación o síndromes congénitos. En nuestro caso, podría englobarse dentro de la forma aislada de presentación, aunque de probable origen hereditario.

Crisis asmática que no mejora, ¿en qué pensar? *Castellanos Mata A¹, Rodríguez-Noriega Bejar L¹, Santos Gómez L¹, Vega López L¹, González Sánchez S², Martino Redondo P¹, Cabeza Antuña A¹, Fernández Miaja M¹.* ¹Área de Gestión Clínica de la Infancia y Adolescencia; ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La dificultad respiratoria en la edad pediátrica es un motivo frecuente de urgencias de Pediatría. Las causas pueden ser muy diversas, aunque, por su elevada prevalencia, el asma es uno de los principales motivos. Los broncodilatadores son la base del tratamiento, si bien debemos descartar otras enfermedades o complicaciones en el caso de una mala respuesta a los mismos.

Caso clínico. Niña de 5 años, asmática, a tratamiento de base con 100 µg diarios de propionato de fluticasona. Acude por cuadro de dificultad respiratoria de 2 semanas de evolución, acentuado en las últimas 12 horas, sin mejoría tras la administración de broncodilatadores en domicilio. En urgencias presenta una exacerbación asmática moderada con Pulmonary Score de 5 puntos, administrándose salbutamol, bromuro de ipratropio y corticoide oral. A pesar del tratamiento, persiste la dificultad respiratoria y las necesidades de oxigenoterapia suplementarias las primeras horas. Se realiza una radiografía de tórax que muestra imagen compatible con neumomediastino. Se decide ingreso hospitalario con tratamiento broncodilatador y oxigenoterapia. Presentó una buena evolución clínica, repitiéndose a las 48 horas la radiografía con notable mejoría y práctica resolución, que permitió el alta a domicilio tras 3 días de ingreso.

Comentario. El neumomediastino se define por la presencia de aire en el mediastino y su diagnóstico debería considerarse en aquellos pacientes con reagudizaciones asmáticas con mala respuesta al tratamiento broncodilatador. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante radiografía de tórax, presentando una evolución satisfactoria

con tratamiento sintomático (reposo y analgesia) además del tratamiento de la exacerbación asmática.

Hernia paraduodenal incarcerada, causa infrecuente de dolor abdominal. *Musgo Balana P, Gautreaux Minaya SI, Expósito de Mena H, Prada Pereira MT, Del Villar Guerra P, Arias Consuegra MA. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario El Bierzo. Ponferrada, León.*

Introducción. El dolor abdominal agudo es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría, tanto en urgencias como en Atención Primaria. Sus causas varían en función de la edad del paciente. Una anamnesis detallada y exploración física completa resultan fundamentales para orientar el diagnóstico, permitiendo descartar patología quirúrgica aguda.

Caso clínico. Niño de 10 años con antecedente de intervención quirúrgica de criptorquidia y hernia inguinoescrotal izquierda, que acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal periumbilical de 3 días de evolución que asocia náuseas y vómitos biliosos. En la exploración física presenta distensión abdominal y timpanismo en hemiabdomen superior sin otras alteraciones. Se realizó ecografía abdominal y TAC sin contraste en los que se observó una hernia paraduodenal izquierda incarcerada de pequeño volumen con un saco herniario de 4 centímetros. Ante estos hallazgos se trasladó al paciente al centro de referencia para su intervención quirúrgica.

Comentarios. Las hernias internas son una causa infrecuente de obstrucción intestinal siendo las hernias paraduodenales izquierdas las más comunes. Se pueden presentar como hallazgos asintomáticos o como formas graves en caso de incarceración o estrangulación herniaria. La clínica asociada es inespecífica lo que dificulta su diagnóstico y hace necesario realizar pruebas de imagen, siendo la TAC abdominal la prueba de elección. El tratamiento es quirúrgico, procediendo a la liberación del tracto digestivo afecto y cierre del orificio herniario.

“Si oyes galopar... a veces también son cebras”. No siempre el nefrótico infantil es una enfermedad de cambios mínimos. *Ferrer Ortiz I¹, Pérez Porra S¹, Fekete López E¹, Criado Muriel C², Antúnez Plaza P², Cebrian Muñños C⁴, Velasco Pelayo L⁵, Puente Montes S¹.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Servicio de Pediatría; ³Servicio de Anatomía Patológica; ⁴Servicio de Cirugía Pediátrica; ⁵Servicio de Radiología Intervencionista. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. La nefropatía por Inmunoglobulina M (IgM) se caracteriza por el depósito mesangial difuso de IgM visualizado por inmunofluorescencia (IFD), con hallazgos histopatológicos que varían entre la enfermedad de cambios mínimos (ECM) y patrón de esclerosis focal y segmentaria. Por ello, su existencia como patología independiente ha sido debatida por diversos autores, que sostienen que se trata de una forma de transición entre otras entidades.

Caso clínico. Varón de 6 años de origen magrebí previamente sano que ingresa por síndrome nefrótico y hematuria macroscópica. Refieren antecedente paterno de ingreso a los 8 años por edemas. Se inicia tratamiento con corticoterapia, enalapril e infusiones de seroalbúmina por anasarca con respuesta al tratamiento desde el décimo día, desaparición posterior de la macrohematuria y remisión completa a los 21 días. Estudio del complemento, autoinmunidad y despistaje infeccioso sin alteraciones salvo IgM positiva para virus de Epstein-Barr, con PCR negativa. Ante hematuria macroscópica en contexto de síndrome nefrótico se realiza biopsia. En ella se objetiva depósito exclusivo de IgM mesangial en IFD sin aparición de otras inmunoglobulinas, compatible con el diagnóstico de nefropatía proliferativa mesangial IgM. Se realiza retirada progresiva de corticoterapia con buena evolución inicial, pero presentando una recaída a los 2 meses desde la suspensión completa.

Comentario. La prevalencia de la nefropatía IgM varía desde un 1,8% a un 18,5% en biopsias de riñones nativos. Puede manifestarse como hematuria, síndrome nefrótico o una proteinuria asintomática, pero con una tasa de respuesta inferior al tratamiento que en la ECM.

Adolescente con hematuria macroscópica: Un reto diagnóstico. *Sanz Santillán B, Gómez Arce A, García Blanco C, Pérez Fraga P, Gándara Samperio C, Marín Rodero J, López Fernández C. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La hematuria es un motivo de consulta frecuente y alarmante. Según la causa se puede distinguir hematuria glomerular, destacando la nefropatía IgA, o extra-glomerular, causada principalmente por infecciones urinarias o hipercalciuria idiopática, teniendo en cuenta siempre otras entidades menos frecuentes, sobre todo cuando la evolución no es la esperable.

Caso clínico. Varón de 13 años, con antecedente de esclerosis tuberosa y TDAH, que consulta por síntomas miccionales y dolor retrotesticular, sin otra clínica. Presenta exploración física normal y, ante leucocituria en el análisis de orina se indica tratamiento con fosfomicina. A las 24 h reaccide por

aumento de dolor y hematuria macroscópica, refiriendo haber expulsado en la orina unos “fideos” y mostrando cierto nerviosismo. Sin cambios en la exploración física, ante posible litiasis urinaria, se realiza analítica sanguínea sin alteraciones, se repite estudio de orina incluyendo hematíes dismórficos (no significativos para origen glomerular), se solicita ecografía renal ambulatoria y se adecua analgesia. Reconsulta de nuevo por dolor intenso, confesando finalmente haberse introducido 4 cuerpos extraños alargados a través de la uretra, no habiendo expulsado uno de ellos. Se realiza ecografía donde se objetiva el cuerpo extraño en la uretra y es extraído manualmente bajo sedoanalgesia.

Conclusión. En un paciente con hematuria habrá que descartar en primera instancia aquellas causas más frecuentes, pero sin olvidar entidades más raras cuando la evolución no es favorable. En nuestro caso, teniendo en cuenta que el desenlace era difícil de sospechar, una anamnesis más detallada quizá hubiera evitado la realización de pruebas complementarias innecesarias.

Conocerlo para pensar en ello: edema escrotal idiopático.

Ortega Macías M¹, Vilches Fraile S¹, Fekete López E¹, Arnelas Gil L¹, Vegas Álvarez AM¹, Molina Vázquez ME², Crespo Valderrábano L¹, Puente Montes S¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. El edema escrotal idiopático es una patología poco frecuente que se incluye dentro del diagnóstico diferencial del síndrome escrotal agudo. Afecta principalmente a niños prepúberes. La etiología es desconocida.

Caso clínico. Varón de 9 años sin antecedentes de interés, que consulta por dolor testicular bilateral, más marcado en teste derecho, de pocas horas de evolución, sin otra clínica acompañante. Presenta dolor a la palpación de ambos testículos, móviles, sin cambios de coloración en piel escrotal y aumento de líquido por transluminación en bolsa escrotal predominantemente derecha. En ecografía *doppler*-testicular se observa testes de tamaño normal adecuadamente perfundidos, con mínimo hidrocele derecho y engrosamiento difuso de cubiertas testiculares con aumento difuso de su vascularización. Ante la sospecha de edema escrotal idiopático se inicia tratamiento con antiinflamatorios orales con buena evolución remitiendo la sintomatología dos días más tarde.

Comentarios. El edema escrotal idiopático se caracteriza por la presencia de edema y eritema de aparición súbita, en uno o ambos hemiescrotos, con aspecto normal de ambos testes y epidídimos. El diagnóstico es fundamentalmente

clínico, aunque la realización de una ecografía-*doppler* apoya el diagnóstico, ya que permite determinar el engrosamiento de la piel y las cubiertas subcutáneas escrotales y la ausencia de alteraciones testiculares. Aunque es una entidad autolimitada, puede simular otras causas escroto agudo, por lo que es fundamental su diagnóstico para evitar tratamientos innecesarios como la antibioterapia o el abordaje quirúrgico.

Importancia de la sistémica de lectura en la radiografía de tórax. Ruiz Rentería E¹, Barbadillo Mariscal B², Sancho Gutiérrez R¹, Pérez Belmonte E¹, Gómez Dermit V¹, Alcalde Alfonso M¹, Figueroa Jiménez S¹, Marín Rodero J¹.

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. La lectura sistemática de la radiografía de tórax debería ser imprescindible en la práctica clínica. Se debe valorar inicialmente la correcta técnica (penetración, inspiración y rotación) para después pasar a su lectura de forma ordenada: partes blandas, hueso, mediastino y parénquima pulmonar.

Casos clínicos. Caso 1: Niño de 13 años, asmático, que acude a urgencias por disnea y dolor torácico desde hace 24 horas. Exploración con tiraje e hipoventilación/sibilancias en ambos hemitórax. Mejoría tras dexametasona oral y broncodilatadores. Rx tórax sin alteraciones parenquimatosas, pero ante persistencia de dolor torácico se revisa de nuevo objetivándose neumomediastino y enfisema subcutáneaocervical. Ingres para oxigenoterapia durante 3 días con resolución del cuadro.

Caso 2: Niño de 12 años con antecedente de encefalopatía hipóxico-isquémica secundaria a parada cardiorrespiratoria por estatus epiléptico. Acude a Hospital de Día para revisión programada multidisciplinar. Asintomático. Exploración con hipoventilación en campo pulmonar izquierdo. Rx tórax informada como atelectasias múltiples bilaterales en relación con su patología de base. Se solicita revisión de pruebas de imagen previas ante reagudizaciones respiratorias frecuentes en los últimos meses. Se observan en varias de ellas una imagen radiodensa a nivel pulmonar, confirmándose mediante TAC torácica la existencia de una pieza dentaria en bronquio pulmonar izquierdo. Ante los hallazgos, se deriva a centro de referencia para realización de broncoscopia, extrayendo pieza dentaria sin complicaciones y presentando buena evolución posterior.

Conclusiones. Con estos dos casos, pretendemos demostrar la importancia de la sistémica de lectura en la radiografía de tórax, evitando pasar por alto alteraciones que puedan ser importantes para el diagnóstico y pronóstico del paciente.

“Soy como tú... pero no igual”. Diferente evolución de la nefropatía IgA pediátrica. Ferrer Ortiz I¹, Vilches Fraile S¹, Antúnez Plaza P², Criado Muriel C³, González Márquez PI⁴, Rodríguez Martín F⁵, Villacastin M⁶, Puente Montes S¹.

¹Servicio Pediatría; ⁴Servicio Anatomía Patológica; ⁵Servicio Nefrología; ⁶Servicio Radiología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Servicio Anatomía Patológica; ³Servicio Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. La nefropatía por Inmunoglobulina A (NIgA) es la glomerulopatía secundaria más frecuente en edad pediátrica. La biopsia se reserva a pacientes con daño renal agudo o proteinuria persistente, objetivándose en ella depósito mesangial predominante de Inmunoglobulina A (IgA). Presentamos dos pacientes con presentación atípica de NIgA.

Casos clínicos. Caso 1: Mujer de 12 años con antecedente de púrpura de Schönlein-Henoch (SH) sin nefropatía. Presenta hematuria macroscópica tras faringoamigdalitis. Asocia daño renal agudo proteinuria nefrótica sin hipertensión. Estudio de complemento, autoinmunidad y serologías normales, pero con elevación de IgA sérica. Ante la sospecha de daño tubular recibe fluidoterapia intravenosa durante 7 días con mejoría del filtrado. Reingreso a los 6 días por nuevo episodio de macrohematuria con nuevo empeoramiento del filtrado glomerular. Biopsia compatible (NIgA estadio M1E1SOTOCO). Evolución posterior favorable sin tratamiento específico, persistiendo microhematuria y mínima proteinuria.

Caso 2: Mujer de 13 años con antecedente paterno de SH, consulta por macrohematuria y edemas. Se confirma proteinuria nefrótica e hipoalbuminemia. Estudio complemento, inmunoglobulinas y autoinmunidad normal. Recibe tratamiento con enalapril, corticoterapia oral y bolos de metilprednisolona sin respuesta completa por lo que se escala tratamiento a tacrolimus tras realización de biopsia (NIgA estadio M1EOS1TOC1), consiguiéndose remisión completa.

Comentario. Aunque habitualmente los pacientes con NIgA presentan evolución favorable, un pequeño porcentaje precisan manejo terapéutico agresivo para alcanzar la remisión.

Lactante con lesión en cuero cabelludo. Montes Granda M¹, Montes Zapico B¹, Rodríguez Manchón S¹, Fernández Castro A¹, Arroyo Hernández M¹, Lastra Areces B¹, Pérez Solís D¹, Sierra Dorado G². ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario San Agustín. Avilés.

Introducción. La tiña capitis inflamatoria consiste en una parasitación del pelo por dermatofitos unida a una respuesta inmunitaria celular a la infección fúngica. Comienza como

una placa eritemato-escamosa que evoluciona a una lesión eritematosa, sobreelevada y dolorosa, con supuración por orificios foliculares con pústulas, y que presenta costras melicéricas o hemáticas y alopecia cicatricial. Puede asociar fiebre, afectación del estado general y adenopatías. Tras la sospecha clínica, el diagnóstico se basa en la demostración microbiológica del hongo implicado y se trata con antifúngico oral durante varias semanas.

Caso clínico. Presentamos el caso de una lactante de 9 meses con dermatitis seborreica habitual en cuero cabelludo con empeoramiento consistente en mayor eritema y descamación. Es valorada inicialmente en su Centro de Salud pautándosele tratamiento tópico pero, ante progresión de las lesiones con tumefacción dolorosa témporo-parietal izquierda y adenopatías, acude a Urgencias de su hospital. Se decide ingreso para antibioterapia intravenosa y a las 48 horas, presenta drenaje espontáneo de la lesión, “en espumadera”, tomándose muestra para cultivo, pero sin apreciarse crecimiento bacteriano. Se toma entonces muestra de escamas y pelo para su observación al microscopio con KOH, apreciándose hifas y arthroconidias parasitando el pelo. Se inicia tratamiento con fluconazol oral con evolución satisfactoria aunque persiste cierta alopecia cicatricial residual. En el cultivo del pelo y del exudado se aísla *Trichopyton mentagrophytes*.

Comentarios. Es importante sospechar esta entidad ante lesiones en cuero cabelludo ya que el diagnóstico y tratamiento precoces evitarán complicaciones como una extensa alopecia cicatricial y también la transmisión del microorganismo causante.

Invaginación intestinal, no solo en niños pequeños. Delgado Lafuente A¹, Vegas Álvarez AM¹, Crespo Valderrábano L¹, Andrés Porras MP¹, Redondo Vegas E¹, Puente Montes S¹, Cabeza Arce N¹, Botía Martínez C². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La invaginación intestinal es la emergencia abdominal más común en la primera infancia, siendo inusual en niños mayores y adultos. El 90% de los casos se trata de invaginaciones íleo-cólicas de causa idiopática, siendo el resto de tipos infrecuentes y en su mayoría asociados a causa anatómica desencadenante.

Caso clínico. Niño de 13 años que consulta en urgencias por dolor abdominal difuso de cinco horas de evolución, asociado a vómitos, inicialmente alimenticios y posteriormente biliosos. Dos deposiciones líquidas malolientes. No

fiebre. Exploración física: aspecto alterado y palidez cutánea, abdomen con ruidos hidroaéreos ausentes, defensa e intenso dolor a la palpación en hemiabdomen derecho con posible masa palpable, sin signos de irritación peritoneal. Hemograma con leucocitosis y desviación izquierda, sin aumento de reactantes de fase aguda. En ecografía abdominal se visualiza larga invaginación ileo-ileal en fosa ilíaca derecha e hipogastrio que finaliza próxima a la válvula ileocecal. Cambios oclusivos en asas proximales. En TAC abdominal posible divertículo de Meckel involucrado. Laparoscopia exploradora donde se objetiva invaginación en divertículo de Meckel y 10 cm de asas isquémicas en íleon. Se amplía a laparotomía con desinvaginación manual y se reseca zona isquémica con anastomosis termino-terminal.

Comentarios. La mayoría de invaginaciones ileo-ileales son transitorias y se resuelven espontáneamente. Más infrecuentemente son secundarias a lesiones subyacentes, como el divertículo de Meckel, ganglio linfático aumentado de tamaño, pólipo y otras. La repercusión clínica, presencia de determinadas causas anatómicas o signos de compromiso vascular de asas pueden ser indicación de tratamiento quirúrgico.

Hipomelanosis macular progresiva en la adolescencia: Un reto diagnóstico con tratamientos efectivos. Gándara Samperio C¹, Madrigal Díez C², Gómez Fernández C¹, Freire Peña MI¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Centro de Salud Dr. Morante. Santander.

Introducción. Las lesiones hipopigmentadas de la piel son entidades frecuentes. Dentro de este grupo de enfermedades se engloba la hipomelanosis macular progresiva, que aparece generalmente en personas jóvenes, de sexo femenino y con fototipos altos.

Caso clínico. Se presenta el caso de una adolescente de 15 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consulta a su pediatra de Atención Primaria debido a la aparición de unas lesiones maculares hipopigmentadas confluyentes, que surgieron inicialmente en parte anterior de tronco tras la época estival. Después de meses de evolución, las lesiones se extienden a zona posterior de tronco, glúteos y parte proximal de extremidades inferiores. Refiere tardar en consultar porque son asintomáticas. Las máculas no muestran descamación, eritema ni inflamación. No presenta prurito, dolor ni otros síntomas locales ni sistémicos acompañantes. Las mucosas están respetadas. Resto de la exploración sin hallazgos. Niega toma de fármacos y exposición a productos químicos. Ante sospecha clínica de

pitiriasis versicolor se inicia tratamiento antifúngico tópico. Tres semanas después se programa control en el que se observa aumento de la extensión de las lesiones. Se realiza interconsulta al servicio de Dermatología que sospecha una hipomelanosis macular progresiva y pauta tratamiento tópico con clindamicina y peróxido de benzoilo, produciéndose mejoría lenta de las máculas hipopigmentadas.

Comentarios. Esta entidad es a menudo infradiagnóstica pues presenta un reto por su amplio diagnóstico diferencial. Aunque su etiopatogenia es desconocida generalmente responde bien al tratamiento tópico adecuado reforzando la idea que han presentado algunos estudios sobre el papel del *Propionibacterium acnes* en esta afección.

Nefropatía secundaria a infección por virus BK en un paciente con trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos. Simón Bernaldo de Quirós C¹, Vázquez Villa JM¹, Rodríguez Ovalle S¹, Álvarez Merino M¹, Rodríguez Ortiz M¹, Rubín Roger S¹, Palomo Moraleda P², Ordoñez Álvarez FA³. ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Hematología y Hemoterapia; ³Sección de Nefrología Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La infección por virus BK puede evidenciarse en el 40% de pacientes con trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (TAPH), siendo la cistitis hemorrágica su forma de presentación más habitual. La nefropatía inducida por esta infección viral es menos conocida en estos pacientes. Reportamos un caso pediátrico con TAPH y nefropatía secundaria a infección por virus BK.

Caso clínico. Varón de 12 años controlado en Hematología Pediátrica por anemia de Fanconi con TAPH 9 meses antes presentó una elevación progresiva de la creatinina sérica hasta 2,02 mg/dl (filtrado glomerular estimado de 23 ml/min/1,73 m²), solicitándose valoración nefrológica. Presentaba, además, enfermedad injerto contra receptor (EICR) cutánea y digestiva y datos analíticos de microangiopatía trombótica, por lo que recibía múltiples fármacos inmunosupresores y de soporte con potencial nefrotoxicidad. Su deterioro de función renal no asociaba hipertensión arterial ni proteinuria y mantenía una diuresis conservada. Durante la primera evaluación nefrológica se comprobó, además de su elevación de creatinina sérica, la presencia mantenida de una alta carga viral urinaria para virus BK desde el primer mes post-TAPH, con aparición de viremia BK y aumento progresivo de la misma durante el último mes de evolución (hasta > 10⁷ copias/ml). Se realizó una biopsia renal percutánea ecoguiada, con positividad de virus BK mediante inmunohistoquímica y una nefritis aguda clase 2.

Comentarios. La nefropatía por virus BK, poco reportada en pacientes pediátricos con TAPH, es una complicación potencial en este tipo de procedimiento y debe estar presente en el diagnóstico diferencial de un deterioro asociado de función renal.

Abordaje del liquen estriado en Pediatría: perspectivas desde Atención Primaria. *Angulo Sánchez V, Urquiza Físico JL, Iglesias Rodríguez M, Gil Calderón FJ, Barbadillo Mariscal B, Luis Barrera C, Oquillas Ceballos L, Pérez Arnaiz L. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El liquen estriado es una dermatosis inflamatoria, de etiología desconocida, que cursa con pápulas de 2 a 4 milímetros de diámetro que forman bandas siguiendo las líneas de Blaschko. Pueden acompañarse de prurito, pero habitualmente son asintomáticas. Su forma de presentación más frecuente es en la edad escolar y el sexo femenino. El diagnóstico es clínico y no requiere pruebas complementarias. Es de carácter autolimitado y benigno que suele desaparecer espontáneamente a los 6-12 meses, por lo que no precisa tratamiento. Se pueden emplear corticoides e inhibidores de la calcineurina en caso de que sea sintomático.

Caso clínico. Lactante mujer de 18 meses que consulta en Atención de Primaria por aparición de lesión lineal eritemato-eczematoso, descamativa, no pruriginosa de tres meses de evolución. Recorre de proximal a distal la cara interna de extremidad inferior izquierda. No antecedentes personales de interés. Ante sospecha de posible eccema atópico, se inicia tratamiento con corticoide tópico con leve mejoría al inicio del tratamiento y reaparición posterior. Ante persistencia de la lesión tras un mes de tratamiento, se realiza interconsulta no presencial a dermatología que informan del probable diagnóstico de liquen estriado. Actualmente, tras 10 meses de evolución la lesión persiste con las mismas características y sin síntomas.

Discusión. Entidad cuyo conocimiento es de gran utilidad, ya que al presentar un diagnóstico clínico con carácter benigno y autorresolutivo, se puede manejar por completo desde la consulta de Atención Primaria, pudiendo evitar así pruebas complementarias y derivaciones al especialista hospitalario innecesarias.

Evaluación de la trombocitosis como predictor de abscesos tras alta en pacientes apendicectomizados. *Hortelano Romero E¹, Pérez Costoya C¹, Rubín Roger S², Rosell Echevarría MJ¹, Sánchez Pulido L¹, Calvo Penín C¹, Olarte Ingaroca S¹, Álvarez Muñoz V¹.* ¹Servicio de Cirugía Pediátrica; ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. Analizar si la trombocitosis como marcador analítico al alta es predictor positivo de aparición de abscesos intraabdominales tras intervención por apendicitis aguda.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, analítico y prospectivo de pacientes intervenidos de apendicitis en el intervalo temporal desde el 01/05/23 hasta el 01/03/24 en una comunidad de 1.022 millones de habitantes. Los datos se recogieron a partir de historias clínicas desde el sistema operativo de nuestro hospital. Se realizó el estudio estadístico utilizando la plataforma SPSS. Criterios de inclusión: Todos los pacientes menores de 14 años que tuvieron un diagnóstico de apendicitis complicada diagnosticada intraoperatoriamente y que cumplieron criterios de alta precoz según protocolo de nuestro centro (Dolor controlado con analgesia oral, deambulación, tolerancia de dieta basal y analítica sanguínea sin leucocitosis).

Resultados. Se incluyeron los resultados de 67 pacientes. Con 74,6% de hombres y 25,4% de mujeres con una media de edad de 9 años. En nuestro estudio estadístico, al analizar la relación entre la presencia de trombocitosis al alta con formación de abscesos al alta fue “no estadísticamente significativo” ($p=0,25$). Por lo que en nuestra muestra y con nuestra metodología no podemos demostrar que exista una relación entre la trombocitosis y la aparición de abscesos posteriores al alta.

Hipertensión arterial como hallazgo en niña de 3 años ingresada: ¿Son solo nervios, o hay algo más? *Iglesias Rodríguez M, Santamaría Sanz P, Melgosa Peña M, Oquillas Ceballos A, de la Mata Franco G, Ruiz Araus A, Luis Barrera C, Pérez Arnaiz L. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. Es frecuente en los pacientes ingresados la detección de cifras elevadas de tensión arterial por fenómenos de bata blanca, pero cuando estos se detectan, es fundamental determinar si se trata de un hallazgo aislado, o realmente estamos ante una hipertensión arterial (HTA). La HTA en Pediatría se caracteriza por ser con mayor frecuencia secundaria, no esencial, lo que obliga a hacer una búsqueda enérgica de las causas de esta.

Caso clínico. Niña de 4 años ingresada en planta de hospitalización por un cuadro de gastroenteritis aguda con deshidratación moderada, a la que se le detectan, en varias ocasiones cifras elevadas de tensión arterial durante el ingreso. En el estudio inicial ecográfico se observa flujo turbulento en arterias renales parenquimatosas izquierdas. Se realiza angio-TC en la que se observa estenosis de arteria renal izquierda, arteria mesentérica superior y disminución del calibre sin obstruir el flujo de ambas arterias ilíacas y la arteria renal derecha, compa-

tible con síndrome de aorta media. A nivel de daño en órganos diana solamente presentaba hipertrofia de ventrículo izquierdo con función preservada, sin otras afectaciones. Actualmente en tratamiento con atenolol, amlodipino e hidralazina, con cifras tensionales elevadas, pero estables y sin deterioro de la función renal y con resolución de la hipertrofia ventricular.

Conclusiones. Con este caso queremos poner de manifiesto la importancia de determinar de forma adecuada la tensión arterial en los pacientes pediátricos, ya que el diagnóstico precoz de la HTA permite iniciar su tratamiento antes y minimizar los daños en órganos diana.

No toda dificultad respiratoria es asma. Ariztegui Hoya L, Martínez Pérez M, Muñoz Cabrera VP, Herreras Martínez A, Sánchez Prieto C, Rodrigo Fernández A, Fuentes Martínez S, Hierro Delgado E. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La agenesia unilateral de arteria pulmonar (AUAP) es una malformación rara, que puede presentarse de forma aislada o asociarse a malformaciones cardiovasculares. Clínicamente el paciente puede encontrarse asintomático, siendo un hallazgo incidental, o presentar síntomas como dificultad respiratoria temprana, infecciones respiratorias recurrentes, hemoptisis y/o hipertensión pulmonar.

Caso clínico. Niño de 7 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias de Pediatría por dificultad respiratoria en contexto de cuadro catarral y fiebre de 4 días de evolución. Sin crisis de asma previas ni episodios de atragantamiento. A la exploración física presenta taquipnea, tiraje subcostal y supraesternal, y auscultación con hipoventilación bilateral más marcada en hemitórax derecho. Radiografía de tórax informada como probable agenesia de arteria pulmonar derecha con hipoplasia pulmonar. Ante estos hallazgos se realiza angio-TC de arterias pulmonares, donde se confirma agenesia de arteria pulmonar derecha, con tronco intercostobronquial derecho y arteria diafragmática derecha prominentes. Se completa el estudio con ecocardiografía que descarta hipertensión pulmonar y otras malformaciones asociadas, y se realiza espirometría con resultado normal. Evolución posterior favorable, actualmente el paciente se encuentra asintomático.

Comentarios:

- La AUAP es una patología congénita que, aunque suele estar asociada a malformaciones cardiovasculares, también puede hallarse de manera aislada.

- Los pacientes con AUAP aislada presentan síntomas leves o incluso ausentes, y no suelen ser diagnosticados hasta la adolescencia o edad adulta.
- La técnica *gold standard* para el diagnóstico definitivo es la angio-TC, ya que permite estudiar el árbol vascular arteriovenoso y muestra otras alteraciones vasculares asociadas.

Signo del remolino, crucial en casos de torsión testicular intermitente. Muñoz Cabrera VP, Fuentes Martínez S, Ricoy Chain E, Fernández García A, Martínez Pérez M, Fernández Álvarez M, Grullón Ureña EC, Ocaña Alcober C. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La torsión testicular es una urgencia urológica, siendo la tercera causa más frecuente de escroto agudo en pacientes pediátricos. Su diagnóstico precoz es crucial, especialmente en aquellos casos de torsión intermitente puesto que la exploración realizada durante los episodios de detorsión espontánea puede inducir falsos negativos y comprometer la viabilidad del testículo si continúa la evolución.

Caso clínico. Niño de 11 años con dolor testicular izquierdo agudo, progresivo y de gran intensidad. Niega antecedente traumático. No cortejo vegetativo. Destaca tumefacción de teste izquierdo sin hiperemia ni calor local, dolor a la palpación de polo inferior, reflejo cremastérico conservado y signo de Prehn negativo; score de Twist de 4 puntos. En ecografía: signo del remolino del cordón espermático, con leve disminución del flujo doppler que resuelve espontáneamente durante la exploración radiológica normalizándose la vascularización, siendo ambos testículos de tamaño, morfología y ecogenidad normales. Estos hallazgos sugieren una torsión testicular intermitente. Ingresa para observación, con resolución total de la clínica, sin precisar cirugía urgente.

Comentarios. La torsión testicular es una patología tiempo dependiente que presenta desafíos diagnósticos, especialmente en casos de torsión intermitente. Aunque el diagnóstico es clínico, la ecografía-doppler es una herramienta fundamental, siempre que no retrase la intervención quirúrgica urgente. Es clave tener en cuenta que un flujo doppler conservado no excluye la torsión intermitente, destacando así la utilidad del signo del remolino, dada su rendimiento para el diagnóstico de esta entidad poco frecuente, cuyo manejo definitivo se basa en la orquidopexia como medida de prevención.