

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

Boletín de Pediatría

VOL. LXV • Nº 271 • 1/2025


SOCIEDAD DE PEDIATRÍA

ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN Miembro de la Asociación Española de Pediatría

**Junta Directiva de la
Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León**

PRESIDENTA:	María Jesús Cabero Pérez
VICEPRESIDENTE ASTURIAS:	Gonzalo Solís Sánchez
VICEPRESIDENTE CASTILLA Y LEÓN:	Fernando Centeno Malfaz
SECRETARIO GENERAL:	Lorenzo Guerra Díez
TESORERO:	Julián Rodríguez Suárez
PRESIDENTE DEL PATRONATO FESV:	Corsino Rey Galán
DIRECTOR DEL BOLETÍN:	Antonio Hedrera Fernández
DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB:	David Pérez Solís
VOCALES:	
ATENCIÓN HOSPITALARIA:	Rocío Sancho Gutiérrez
ATENCIÓN PRIMARIA:	Ana Corrales Fernández
CIRUGÍA PEDIÁTRICA:	Isabel Simal Badiola
ASTURIAS:	Javier González García
ÁVILA:	Sara Rupérez Peña
BURGOS:	Gregorio de la Mata Franco
CANTABRIA:	Montserrat Matilla Barba
LEÓN:	Jorge Martínez Sáenz de Jubera
PALENCIA:	Beatriz Bello Martínez
SALAMANCA:	Beatriz Plata Izquierdo
SEGOVIA:	Leticia González Martín
VALLADOLID:	Sara Puente Montes
ZAMORA:	Víctor Manuel Marugán Isabel
VOCALES DE RESIDENTES:	
ASTURIAS:	Clara Simón Bernaldo de Quirós
CANTABRIA:	Julia Marín Rodero
CASTILLA-LEÓN:	Mario Iglesias Rodríguez

**Comité Editorial del Boletín de Pediatría de la
Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León**

DIRECTOR FUNDADOR:	Ernesto Sánchez Villares†
DIRECTOR:	Antonio Hedrera Fernández (Oviedo)
CONSEJO DE REDACCIÓN:	
	Carlos Alcalde Martín – <i>Errores innatos del metabolismo</i>
	Víctor Álvarez Muñoz – <i>Cirugía Pediátrica</i>
	Juan Arnáez Solís – <i>Neonatología</i>
	María Jesús Cabero Pérez – <i>Neumología Pediátrica</i>
	Laura Calle Miguel – <i>Infectología Pediátrica</i>
	Ramón Cancho Candela – <i>Neuropediatría</i>
	Alfredo Cano Garcinuño – <i>Neumología Pediátrica</i>
	Hermenegildo González García – <i>Hematología y Oncología Pediátricas</i>
	Lorenzo Guerra Díez – <i>Urgencias Pediátricas</i>
	Carlos Imaz Roncero – <i>Psiquiatría Infantil</i>
	María Soledad Jiménez Casso – <i>Cardiología Pediátrica</i>
	Santiago Lapeña López de Armentia – <i>Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica</i>
	Venancio Martínez Suárez – <i>Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria</i>
	Gregorio de la Mata Franco – <i>Nefrología Pediátrica</i>
	Inés Mulero Collantes – <i>Endocrinología Pediátrica</i>
	Carlos Ochoa Sangrador – <i>Investigación y Pediatría Basada en la Evidencia</i>
	David Pérez Solís – <i>Pediatría Hospitalaria</i>
	Pablo Prieto Matos – <i>Genética Clínica y Dismorfología</i>
	Corsino Rey Galán – <i>Cuidados Intensivos Pediátricos</i>
	Beatriz Salamanca Zarzuela – <i>Cardiología Pediátrica</i>
	Marta Sánchez Jacob – <i>Bioética y Pediatría Social</i>
	Gonzalo Solís Sánchez – <i>Neonatología</i>
	Ricardo Torres Peral – <i>Gastroenterología y Nutrición Pediátrica</i>

Secretaría de Redacción

Área de Gestión Clínica de Pediatría
Hospital Universitario Central de Asturias
Avenida de Roma, s/n
33011 Oviedo
Correo electrónico: boletin@sccalp.org

Edición y Publicidad

ERGON CREACIÓN, S.A.
C/ José Echegaray, 8. 28232 Las Rozas de Madrid
Tel. 91 636 29 30
e-mail: mayte.revuelta@ergon.es - www.ergon.es

Soporte Válido. Ref. SVR nº 23
ISSN (versión electrónica): 2340-5384
ISSN (versión impresa): 0214-2597



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

XXI Premio JOSÉ DÍEZ RUMAYOR del BOLETÍN DE PEDIATRÍA

Publicación Oficial de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
(SCCALP)

BASES DE LA CONVOCATORIA

1. Se establece un Premio de 500 €* destinado a recompensar el mejor trabajo publicado en el Boletín de Pediatría desde enero a diciembre del año 2025, ambos inclusive, dentro de las secciones de Revisiones, Originales y Notas Clínicas de la revista.
2. La selección del trabajo premiado será realizada por un jurado constituido por el Consejo de Redacción del Boletín de Pediatría y su Director o por un Comité en el que delegue, que deberá estar integrado por personas de reconocido prestigio científico.
3. El Jurado del Premio se reunirá previamente a la Reunión de Primavera de la SCCALP del año 2026 y se considerará constituido cuando estén presentes la mayoría de sus miembros. Los artículos publicados serán evaluados objetivamente siguiendo criterios de calidad, originalidad y presentación.
4. El Jurado podrá declarar desierto el Premio si considera que ninguno de los trabajos publicados reúne los requisitos necesarios para ser premiado.
5. El fallo del Jurado será inapelable, debiendo publicarse en la página web de la SCCALP y comunicarse de forma oficial al autor principal desde la Secretaría de la Sociedad.
6. La entrega del Premio, por el Consejo de Redacción del Boletín de Pediatría, se hará con ocasión del acto de clausura de la Reunión de Primavera de la SCCALP del año 2026.

**Menos impuestos legalmente establecidos.*

Sumario

Reunión de Primavera de la SCCALP. Palencia, abril 2025

1 PROGRAMA CIENTÍFICO

MESA REDONDA: ACTUALIZACIÓN EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- 3 Actualización en VIH. Profilaxis postnatal y lactancia materna en hijos de madre VIH
A.G. Andrés Andrés

- 11 Actualización en infecciones congénitas: Toxoplasma y citomegalovirus
F. Baquero-Artigao

MESA REDONDA: SALUD DIGITAL

- 20 Salud digital, nuevas recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría
M.C. García de Ribera
- 25 ¿Buen uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) por menores de edad
D.A. Cortejoso Mozo

28 COMUNICACIONES ORALES

44 POSTERS

68 Normas de publicación

Summary

Spring Meeting of the SCCALP. Palencia (Spain), april 2025

1 SCIENTIFIC PROGRAM

ROUND TABLE: UPDATE ON INFECTIOUS DISEASES

- 3 Update on postnatal prophylaxis with antiretrovirals and controversies in breastfeeding in children of HIV mothers
A.G. Andrés Andrés
- 11 Update on congenital infections: Toxoplasma and cytomegalovirus
F. Baquero-Artigao

ROUND TABLE: DIGITAL HEALTH

- 20 Digital health, new Spanish Association of Pediatrics recommendations
M.C. García de Ribera
- 25 Good use of information and communication technologies (ICT) by minors?
D.A. Cortejoso Mozo

28 ORAL COMMUNICATIONS

44 POSTERS

68 Publication guidelines

Reunión de Primavera de la SCCALP

Programa científico

VIERNES, 4 DE ABRIL

09:00 Talleres precongreso (15 minutos de descanso)

Los alumnos deben escoger 2 talleres.

1^{er} turno: 09:00-11:00 h. 2^o turno: 11:30-13:30 h.

- **Centro Cultural de la Diputación:** Lactante febril. Myriam López Rojo (*Pediatra Atención Primaria, CS Aranda de Duero Sur, Burgos*), María Natalí Campo Fernández (*Urgencias Pediátricas, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid*).
- **Hotel Castilla Vieja, Sala 1:** Taller de suturas. Ramón Castañera González, Álvaro Centeno Velasco (*Cirugía, Complejo Asistencial Universitario de Palencia*).
- **Hotel Castilla Vieja, Sala 1:** Simulación pediátrica. María Gutiérrez Zamorano, Elsa Izquierdo Herrero (*Pediatría, Complejo Asistencial Universitario de Palencia*).

15:00 Entrega de Documentación

15:30 Comunicaciones orales y posters

- **Centro Cultural de la Diputación.** Moderadores: Isabel Carpintero y Carlos Ochoa.
- **Sala 1 Hotel Castilla Vieja.** Moderadores: María Tríguez y Jorge Martínez.
- **Sala 2 Hotel Castilla Vieja.** Moderadores: Nuria Zamora y Lucía Torres.

17:00 Descanso-café

17:30 Inauguración oficial del Memorial. Bienvenida y presentación

18:00 Mesa Redonda. Actualización en Enfermedades Infecciosas.

Moderadores: Paula Alonso Quintela (*Pediatra, Complejo Asistencial Universitario de Palencia*), Carlos Pérez Méndez (*Pediatra, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón*)

- ¿Son relevantes las ITS en pediatría? Cristina Epalza Ibarrodo (*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid*)
- Actualización en VIH. Profilaxis y lactancia materna en hijos de madre VIH. Ana Gloria Andrés Andrés (*Complejo Asistencial Universitario de León*)
- Actualización en infecciones congénitas. Fernando Baquero Artiago (*Hospital Universitario La Paz, Madrid*)

20:15 Asamblea General de socios

21:15 Cena cóctel de bienvenida en el Hotel Castilla Vieja

SÁBADO, 5 DE ABRIL

09:00 Comunicaciones orales y posters

- **Centro Cultural de la Diputación.** *Moderadores:* Ramón Cancho y Alfonso Peña.
- **Sala 1 Hotel Castilla Vieja.** *Moderadores:* María Gutiérrez y Carmen Goetz.
- **Sala 2 Hotel Castilla Vieja.** *Moderadores:* Elsa Izquierdo y Patricia García.

11:00 Descanso café

11:30 Mesa Redonda sobre salud digital

Moderadores: Antonio Hedrera Fernández (*Neuropediatra, Hospital Universitario Central de Asturias*), Beatriz Bello Martínez (*Pediatra de Atención Primaria de Palencia*)

- Salud digital, guía para familias, nuevas recomendaciones de la AEPED. Cristina García de Ribera (*Pediatra de Atención Primaria Valladolid, Miembro del Comité de Promoción de la Salud de la AEPED*).

- Nuevas tecnologías, el buen uso de las TICs. David Cortejoso Mozo (*Psicólogo Sanitario, Decano-Presidente del Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León*).
- Ser padres en la era digital. María Zabala Pin (*Periodista, consultora y divulgadora sobre la convivencia de la tecnología en la familia y el aula*).
- Pausa y Reconecta, presentación de un proyecto de la Junta de Castilla y León. Esperanza Vázquez Boyero (*Gerente de Servicios Sociales y Comisionada Regional para la Droga de la Junta de Castilla y León*).

13:30 Entrega de premios a las mejores comunicaciones. Entrega del XX Premio José Díaz Rumayor del Boletín de Pediatría

13:45 Clausura de la Reunión

Mesa Redonda: Actualización en enfermedades infecciosas

Actualización en VIH. Profilaxis postnatal y lactancia materna en hijos de madre VIH

A.G. ANDRÉS ANDRÉS

Urgencias Pediátricas e Infectología Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León.

RESUMEN

La instauración de medidas de profilaxis ha disminuido la transmisión vertical (TV) en España a menos del 1% en los hijos de mujeres con VIH (MVIH).

Los nuevos casos de infección suelen deberse a fallos en la implementación de medidas de prevención de la TV durante la gestación⁽¹⁾. Aunque la carga viral plasmática (CVP) previa al parto es el factor de riesgo más importante en la TV, existen otros factores a considerar, como la prematuridad, tipo de parto, tiempo de bolsa rota... y la situación clínica materna, incluyendo la primoinfección durante la gestación. Estos factores se minimizan si tras el tratamiento antirretroviral (TAR) durante la gestación se alcanza CVP indetectable (< 50 copias/ml) antes del parto. Además, la profilaxis postnatal con antirretrovirales (ARV) en monoterapia o terapia combinada ha mostrado ser efectiva para disminuir la TV del VIH en combinación con las medidas previas y como única medida en caso de RN de madre con infección VIH que no recibió medidas de profilaxis ante/intraparto. En los últimos años ha aumentado el uso de triple terapia en casos de alto riesgo de TV⁽²⁾. La profilaxis postnatal debe iniciarse lo antes posible, recomendándose empezar en primeras 4-6 horas de vida^(2,3).

En el RN de bajo riesgo la profilaxis se ha simplificado a 2-4 semanas de AZT (zidovudina) oral. Tanto las guías británicas⁽⁴⁾, como las más actuales de EE.UU.⁽³⁾ recomiendan solo 2 semanas de ZDV en situaciones de bajo riesgo, en gestantes con un mínimo de 10 semanas de TAR, si existe evidencia de al menos 2 CVP < 50 copias/ml y EG > 37 semanas^(3,4) en el recién nacido.

En cuanto a la alimentación de estos recién nacidos hijos de MVIH, actualmente la lactancia artificial exclusiva

es la única forma de alimentación que no implica riesgo de transmisión y es el método de alimentación recomendado en nuestro medio⁽⁵⁾. Se desconoce el riesgo real de transmisión vertical de VIH asociado a la lactancia materna en un contexto de TAR universal, adherencia al tratamiento y carga viral plasmática (CVP) indetectable. Se sitúa por debajo del 1%, pero no es cero. Actualmente se podría considerar no contraindicación de dar lactancia materna solo en caso de que se cumplan todas las siguientes condiciones⁽⁵⁾: historia de adherencia a TAR excelente, supresión viral el mayor tiempo posible, y como mínimo el tercer trimestre del embarazo; compromiso de vinculación postparto y posibilidad de apoyo en la lactancia y/o experiencia previa en lactancia; disposición de consultores de lactancia accesibles para responder las situaciones imprevistas; control analítico estrecho con CVP mensuales en la madre hasta finalizar el periodo de lactancia y recomendable una carga viral a los 2 meses del fin de esta.

Palabras clave: Lactancia materna; Prevención perinatal de la transmisión VIH-1; Terapia antirretroviral (TAR); VIH.

UPDATE ON POSTNATAL PROPHYLAXIS WITH ANTIRETROVIRALS AND CONTROVERSIES IN BREASTFEEDING IN CHILDREN OF HIV MOTHERS

ABSTRACT

The adoption of prophylaxis measures has reduced Vertical Transmission (TV) to less than 1% in Spain in the children of women with HIV (MVIH). New cases of infection are usually due to failures in the implementation of TV

Correspondencia: aandresan@saludcastillayleon.es

© 2025 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

prevention measures during pregnancy¹. Although plasma viral load (CVp) close to delivery is the most important risk factor in VT, there are other factors to consider, such as prematurity, type of delivery, time of rupture of the water ... and maternal clinical situation, including primary infection during pregnancy. These factors are minimized if undetectable pCV (< 50 copies/ml) is reached before delivery after antiretroviral treatment (ART) during pregnancy. In addition, postnatal prophylaxis with antiretrovirals (ARV) as monotherapy or combination therapy has been shown to be effective in reducing HIV VT in combination with previous measures and as the only measure in the case of newborns of an HIV-infected mother who did not receive antepartum/intrapartum prophylaxis measures. In recent years, the use of triple therapy in high-risk cases of TV4 has increased. Postnatal prophylaxis should be started as soon as possible, and it is recommended to start in the first 4-6 hours of life. In low-risk newborns, prophylaxis has been simplified to 2-4 weeks of oral AZT (zidovudine).

As for the feeding of these newborns born to MVIH, exclusive artificial breastfeeding is currently the only form of feeding that does not involve risk of transmission and is the recommended feeding method in our environment. The real risk of mother-to-child transmission of HIV associated with breastfeeding in the context of universal ART, adherence to treatment, and undetectable plasma viral load (pCV) is unknown. It is below 1%, but it is not zero. Currently, breastfeeding could be considered non-contraindication only if all of the following conditions are met: history of adherence to excellent ART; viral suppression for as long as possible, and at least the third trimester of pregnancy; commitment to postpartum bonding and the possibility of breastfeeding support and/or previous breastfeeding experience; availability of accessible lactation consultants to respond to unforeseen situations; close analytical control with monthly qvP in the mother until the end of the lactation period and a viral load recommended 2 months after the end of breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding; Prevention of perinatal HIV-1 transmission; Antiretroviral therapy (ART); HIV.

INTRODUCCIÓN /OBJETIVO

Recientemente se han actualizado las guías, tanto nacionales como internacionales, de tratamiento y manejo de los recién nacidos expuestos a VIH durante el embarazo y el parto^(3,4), así como las recomendaciones/evidencias/controversias sobre la alimentación de estos lactantes (lactancia materna vs lactancia artificial)⁽⁵⁾.

En esta revisión se pretende dar a conocer dichas recomendaciones para intentar alcanzar el objetivo ideal de transmisión “cero” del VIH a los niños.

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL (PROFILAXIS POSNATAL CON ANTIRRETROVIRALES)

La transmisión vertical de la infección VIH (durante la gestación, el parto o la lactancia materna) sigue representando la principal vía de infección en la población pediátrica, y supone el 9% de nuevas infecciones en todo el mundo.

La tasa de transmisión vertical del VIH se ha reducido desde el 13-48% en los primeros años de la pandemia, hasta cifras cercanas al 0% cuando se aplican de forma adecuada las medidas de prevención.

La implementación de estas medidas de profilaxis en España ha disminuido la tasa de transmisión vertical (TV) a menos del 1% y actualmente los nuevos casos de infección están relacionados, con fallos en dicha implementación y con casos de primoinfección por VIH en la gestación.

La prevención o profilaxis de la TV del VIH incluye actuaciones en tres periodos: prenatal (durante la gestación), perinatal (transmisión en el parto) o postnatal (profilaxis con fármacos antirretrovirales)⁽⁶⁾.

En esta revisión nos centraremos sobre todo en la última parte y comentaremos brevemente las dos primeras

1. Prenatal

Durante el embarazo todas las gestantes deben ser cribadas para la infección VIH (serología mediante ELISA) en el primer control y se aconseja repetirla, si fue negativa, en el tercer trimestre o una vez por trimestre en casos de conductas sexuales de riesgo.

Actualmente la mayoría de las gestantes infectadas, fueron diagnosticadas antes de la concepción y están recibiendo tratamiento antirretroviral.

Todas las mujeres infectadas por el VIH deben recibir lo antes posible tratamiento antirretroviral combinado (TAR), que es la medida más efectiva en la prevención de la transmisión vertical. El TAR durante el embarazo permitirá el control de la carga viral materna, factor más importante asociado a la transmisión del VIH.

2. Perinatal o transmisión en el parto

Si la situación serológica con respecto al VIH es desconocida en el momento del parto, se deben realizar pruebas serológicas rápidas/urgentes. El parto es el momento de mayor riesgo de transmisión vertical del VIH, y el factor de riesgo más importante es la carga viral plasmática (CVp) detectable.

Si la gestante está infectada, y no ha recibido previamente TAR, se iniciará este de inmediato, y se administrará zidovudina (AZT) intravenosa durante el parto, indicándose además cesárea.

Se recomienda determinación de la CVp entre las semanas 34-36 de gestación (4 semanas antes de la fecha prevista de parto) para programar con antelación la vía más adecuada del parto y la profilaxis correcta.

El riesgo de TV del VIH es muy bajo cuando la gestante se encuentra en supresión viral (< 50 copias/ml) en el momento del parto.

No se requiere ZDV IV en los casos que han recibido ARV durante el embarazo y tienen una CVp < 50 copias/ml en las 4 últimas semanas antes del parto.

Considerar ZDV IV intraparto en las mujeres con CVp ≥ 50 copias/ml y < 1.000 copias/ml y cuando existan dudas de la adherencia al tratamiento (B-III).

Se recomienda ZDV IV durante el trabajo de parto si CVp > 1.000 copias/ml o no se conoce en las últimas 4 semanas antes del parto independientemente del régimen ARV que esté tomando.

3. Profilaxis posnatal con fármacos antirretrovirales (ARV)⁽³⁾

Se ha mostrado eficaz para disminuir la TV del VIH en combinación con las medidas previas. También es eficaz como única medida en el recién nacido (RN) de madre con infección VIH que no recibió medidas de profilaxis ante/intraparto.

El tipo de profilaxis posnatal vendrá determinado por el riesgo materno de transmisión del VIH (situación clínica, carga viral y estado de inmunosupresión), por el tratamiento realizado durante el embarazo y por las características del parto (tablas I, II y III).

3.1 Profilaxis en RNAT

3.1.a RNAT de bajo riesgo (tabla I)

La profilaxis postexposición en RNAT de bajo riesgo durante el periodo neonatal se realiza con AZT (zidovudina) en monoterapia: existe presentación oral (10 mg/ml) e intravenosa (2 mg/ml).

TABLA I. Profilaxis en RNAT de bajo riesgo

Escenarios	Profilaxis en el RN	Inicio, dosis, duración
Bajo riesgo: madre VIH que ha recibido TAR combinado en gestación con control de la replicación viral en las 3-4 semanas previas al parto (CVp < 50 copias/ml)	Monoterapia con AZT	– Iniciar en las primeras 4-6 horas de vida – Dosis: 4 mg/kg/12 h, VO, 4 semanas
Muy bajo riesgo: además de lo previo, evidencia de al menos 2 CVp < 50 copias/ml, mínimo de 10 semanas de TAR, y edad gestacional ≥ 36 semanas	Monoterapia con AZT	– Iniciar en las primeras 4-6 horas de vida – Dosis: 4 mg/kg/12 h, VO, considerar solo 2 semanas

AZT: zidovudina; CVp: carga viral plasmática; RN: recién nacido; TAR: tratamiento antirretroviral; VIH: virus de inmunodeficiencia humana; VO: vía oral.

TABLA II. Profilaxis en RNAT de alto riesgo

Escenarios	Profilaxis en RN	Momento de inicio dosis y duración
Gestante con carga viral > 50 copias/ml en el parto, o CVp desconocida, o mala adherencia reciente	AZT + 3TC + NVP Si sospecha de resistencias a ARV, valorar administrar un régimen de profilaxis que incluya raltegravir (RAL)	Iniciar precozmente, primeras 4-6 horas de vida – AZT: 4 mg/kg/12 h, VO, durante 4 semanas – 3TC: 2 mg/kg/12 h, VO, durante 4 semanas – NVP: 6 mg/kg/12 h, VO, durante 2 semanas Como alternativa se puede administrar NVP a dosis de profilaxis: 2 mg/kg/24 h, VO, la primera semana, 4 mg/kg/24 h en la segunda semana y suspender
	En caso de exposición previa a ITINN y sospecha o confirmación de resistencias a los mismos: AZT + 3TC + RAL	– AZT: 4 mg/kg/12 h, VO, durante 4 semanas – 3TC: 2 mg/kg/12 h, VO, durante 4 semanas – RAL: 1,5 mg/kg/24 h, VO, durante la primera semana, y 3 mg/kg/12h 3 semanas más (total: 4 semanas)
Madre diagnosticada de infección VIH en el momento del parto	AZT + 3TC + NVP	Iniciar en primeras 4-6 h de vida – AZT: 4 mg/kg/12 h, VO, durante 4 semanas – 3TC: 2 mg/kg/12 h, VO, durante 4 semanas – NVP: 6 mg/kg/12 h, VO, durante 2 semanas

3TC: lamivudina; ARV: antirretrovirales; AZT: zidovudina; CVp: carga viral plasmática; IV: vía intravenosa; NVP: nevirapina; RAL: raltegravir; RN: recién nacido; VIH: virus de inmunodeficiencia humana; VO: vía oral.

La pauta de AZT durante 4 semanas se ha demostrado igual de eficaz que la pauta de seis semanas. Las guías actuales recomiendan 4 semanas para minimizar la toxicidad. En situaciones de muy bajo riesgo (ver [tabla I](#)) se recomiendan solo 2 semanas.

3.1.b Profilaxis en RNAT de alto riesgo ([tabla II](#))

La profilaxis postexposición durante el periodo neonatal se realiza con tratamiento combinado: evidencia de mayor eficacia de tratamientos combinados (3 fármacos) en hijos de gestantes que no recibían TAR o desconocían su infección por VIH.

3.2 Profilaxis en RN pretérmino (< 37 semanas de EG) ([tabla III](#))

También en este grupo la profilaxis postexposición durante el periodo neonatal se realizará según el riesgo del recién nacido.

Dosis en pretérminos según edad gestacional⁽⁶⁾

- **Lamivudina (3TC):**
 - < 32 semanas: NO RECOMENDADO.
 - > 32 semanas: 2 mg/kg cada 12 horas VO durante 4 semanas.
- **Nevirapina (NVP):**
 - < 32 semanas: uso no recomendado, podría valorarse individualmente: 3 dosis de NVP a 2 mg/kg VO en los días 0, 2 y 6 postparto.

- Entre 32-34 semanas: 2 mg/kg cada 12 horas VO durante 2 semanas.
- 34-37 semanas: 4 mg/kg cada 12 horas VO en primera semana y 6 mg/kg cada 12 horas VO en segunda semana.

3.3 Seguimiento del neonato expuesto⁽⁶⁾

Hay que hacer seguimiento clínico y analítico del RN expuesto:

- En las primeras 48 h: hemograma, transaminasas Bi total y directa y PCR ARN/DNA VIH-1.
- Si alto riesgo de TV, se puede repetir la PCR ARN/ADN entre los 15-21 días de vida; en casos de bajo riesgo, no sería necesario.
- Se recomienda repetir la determinación de ARN/ADN 2 semanas después de finalizar la profilaxis (en torno a las 6-8 semanas de vida) y a los 3-4 meses.
- Serología VIH tipo 1 y 2 a los 18 meses: para descartar definitivamente la infección.

3.4 Diagnóstico de la infección por VIH⁽⁷⁾

- En menores de 18 meses: al menos 2 PCR de ARN y/o ADN de VIH positivas en determinaciones de sangre diferentes a cualquier edad.
- En mayores de 18 meses: una serología VIH positiva con una segunda prueba serológica confirmatoria (Western Blot u otra prueba confirmatoria) también positiva.

TABLA III. Profilaxis en RN pretérmino		
Escenarios	Profilaxis	Observaciones
RNPT con CVp materna < 50 copias/ml	AZT	Cambiar a tratamiento oral (AZT) una vez que el RN consiga tolerancia oral y mantener hasta un total de 4 semanas
	≥ 35 semanas de edad gestacional:	
	– Oral (VO): 4 mg/kg/12 h, 4 semanas – Intravenoso (IV, si no tolerancia oral): 3 mg/kg/12 h, 4 semanas	
RNPT con CVp materna > 50 copias/ml o desconocida	30-34 semanas de edad gestacional:	
	– VO: 2 mg/kg/12 h durante las primeras 2 semanas, luego subir a 3 mg/kg/12 h hasta las 4 semanas de vida – IV: 1,5 mg/kg/12 h durante las primeras 2 semanas, luego subir a 2,3 mg/kg/12 h hasta las 4 semanas de vida	
	< 30 semanas de edad gestacional:	
RNPT con CVp materna > 50 copias/ml o desconocida	– VO: 2 mg/kg/12 h durante 4 semanas – IV: 1,5 mg/kg/12 h durante 4 semanas	
	Madre (preparto): considerar administrar NVP, dosis única 200 mg	
	RNPT hasta conseguir tolerancia oral: AZT intravenoso (ver dosis en apartado de bajo riesgo)	
RNPT con CVp materna > 50 copias/ml o desconocida	En el caso de niños RNPT, especialmente < 34 SEG, se recomienda solo el uso de AZT durante 4 semanas.	
	En RNPT entre 34-37 SEG puede considerarse, de forma individualizada, la administración de triple terapia con AZT, 3TC y NVP (ver dosis más adelante)	

3TC: lamivudina; AZT: zidovudina; CVp: carga viral plasmática; IV: vía intravenosa; NVP: nevirapina; RAL: raltegravir; RN: recién nacido; RNPT: recién nacido pretérmino; SEG: semanas de edad gestacional; TAR: tratamiento antirretroviral; TV: transmisión vertical; VO: vía oral.

CONTROVERSIAS Y EVIDENCIAS EN LACTANCIA MATERNA EN EL RN EXPUESTO A VIH

La lactancia materna tiene beneficios de sobra conocidos, tanto para la madre como para el recién nacido, por lo que se recomienda como forma de alimentación en los primeros meses de vida en población general.

En madres VIH el balance riesgo/beneficio en nuestro medio todavía no está claro, y aunque el riesgo de transmisión es muy bajo (< del 1% según los últimos estudios), no puede decirse que sea cero.

Existen todavía incertidumbres sobre la relación entre carga viral plasmática en leche materna y si la indetectabilidad plasmática es garantía de no transmisión. Tampoco está claro el efecto que puede tener la integridad intestinal del bebé o el manejo de las diferentes complicaciones que puedan aparecer durante la lactancia.

En países de recursos limitados con grandes cohortes de seguimiento, cuando se ha empleado el tratamiento antirretroviral durante la lactancia, el riesgo de transmisión está en torno al 0,7%-3%, pero en nuestro medio (Europa o Estados Unidos), existe poca experiencia, por lo que aún no hay suficiente información ni recomendaciones sobre la seguridad de la LM en los hijos de MVIH.

Por ello, **actualmente la lactancia artificial exclusiva es la única forma de alimentación que no implica riesgo de transmisión y es el método de alimentación recomendado en nuestro medio⁽⁵⁾.**

En países con bajos recursos donde no hay garantía de agua en óptimas condiciones para preparar leche de fórmula, y además existen dificultades económicas para adquirir dicha leche, supone mayor riesgo de salud para el bebé que el riesgo de transmisión de VIH, por lo que la OMS recomienda la lactancia materna.

1. Recomendaciones de alimentación del recién nacido hijo de madres VIH

En la leche materna de mujeres VIH no ha podido demostrarse el paradigma indetectable igual a intransmisible. Se desconoce el riesgo de transmisión vertical de VIH asociado a la lactancia materna en un contexto de TAR universal, adherencia al tratamiento y carga viral plasmática (CVp) indetectable. El riesgo se sitúa por debajo del 1%, pero no es cero.

No existen cohortes de mujeres con larga trayectoria de tratamiento, adherentes e indetectables. La mayor parte de los datos en lactancia materna proceden de zonas con recursos limitados.

Estudios como el PROMISE⁽¹⁰⁾ comparó, en un contexto de recursos limitados, la eficacia en la prevención de la transmisión del VIH durante la lactancia materna entre recién

nacidos que recibían profilaxis postexposición con nevirapina frente a mantener a la madre con TAR. Este estudio reportó tasas de transmisión de 0,6% (IC 95%: 0,4-1,1) a los 12 meses y 0,9% a los 24 meses. Se observaron dos casos de transmisión a pesar de que la madre se mantenía con TAR y las CVp eran indetectables. Estudios similares han reportado tasas de transmisión asociadas a lactancia materna del 1,1% a los 6 meses, que aumentaban a los 12 meses hasta el 3%. Incluso en personas con CVp indetectable, células latente-mente infectadas podrían pasar a la leche por extravasación o migración transepitelial en la glándula mamaria.

La lactancia artificial con fórmula elimina totalmente el riesgo de transmisión.

La recomendación actual en el contexto de infección por el VIH incluso en mujeres en TAR y con CVp indetectable sigue siendo la lactancia artificial.

Si se plantea el amamantamiento, se deberán tener en cuenta los factores que aumentan la transmisión del VIH por la leche materna:

- Con relación a la madre: la CVp, primoinfección o enfermedad avanzada por VIH, problemas de adherencia o de malabsorción
- Con relación a la lactancia: exclusiva o mixta, duración, inflamación/ grietas del pezón o mastitis)
- Con relación al niño: prematuridad, inmadurez mucosa, infecciones.

En base a ello y para minimizar el riesgo de transmisión **se podría considerar no contraindicación de dar lactancia solo en caso de que se cumplan todas las condiciones siguientes⁽⁵⁾:**

- Adherencia a TAR excelente.
- Supresión viral el mayor tiempo posible, y como mínimo el tercer trimestre del embarazo.
- Compromiso de vinculación postparto y posibilidad de apoyo en la lactancia y/o experiencia previa en lactancia.
- Disposición de consultores de lactancia accesibles para responder las situaciones que se vayan produciendo.
- Control analítico estrecho con CVp mensuales en la madre hasta finalizar el periodo de lactancia y recomendable una carga viral a los 2 meses del fin de la misma.

Se desaconseja totalmente la lactancia si existen antecedentes o riesgo de:

- Blips de carga viral detectable (cualquier carga viral entre 50 y 500 copias/ml).
- Primoinfección en el embarazo o enfermedad avanzada por VIH.

- Problemas de adherencia o de malabsorción por un cuadro intercurrente.
- Inestabilidad psicológica que pueda interferir con la adherencia.
- Lactancia mixta (combinar la lactancia materna con lactancia artificial u otra alimentación).
- Prematuridad (inmadurez intestinal del recién nacido).

Si se decide lactancia materna y debido a que el riesgo es acumulativo, se recomienda que la lactancia materna sea exclusiva durante los 6 primeros meses, pero no se prolongue más de 6 meses.

A partir del sexto mes se recomienda lactancia artificial junto con la alimentación complementaria.

2. Atención antenatal a gestantes con infección por el VIH-1

Fomentar la toma de decisiones informadas y compartidas sobre la lactancia.

Si el deseo de dar el pecho no es compartido con el profesional sanitario, puede conllevar mayor riesgo de transmisión al hijo.

Si una mujer está interesada en lactar, es responsabilidad del profesional sanitario ofrecer información contrastada y analizar la posibilidad de barreras económicas o socioculturales, evitando juicios de valor y abordando los riesgos y beneficios de forma clara.

Si finalmente la mujer decide lactar a su bebé, debe ser acompañada en todo el proceso para minimizar el riesgo de transmisión materno-fetal.

Se recomienda abordaje precoz sobre la alimentación del recién nacido por parte de los distintos profesionales implicados. Lo ideal es preguntar cómo les gustaría alimentar a su hijo/a, e informar de pros y contras. Este primer consejo debe darlo preferentemente, el médico responsable del seguimiento de la MVIH y debe incluir información sobre la evidencia disponible y la recomendación en nuestro medio de lactancia artificial⁽¹¹⁾.

Informar además de la existencia de un convenio en la actualidad que garantiza el suministro gratuito de la fórmula al recién nacido (convenio ANDI-AEP-Ministerio de Sanidad) durante los primeros seis meses de vida⁽¹²⁾.

Asesoramiento multidisciplinar: valorar los riesgos y beneficios y exponer las recomendaciones basadas en la evidencia, a ser posible ofreciendo información por escrito.

Factores como la adherencia al tratamiento, prematuridad, el consumo de sustancias, o las complicaciones en el agarre pueden modificar el riesgo de transmisión, por lo que deben ser abordados individualmente.

Hay que explicar que ante situaciones de riesgo como CVp detectable en la madre (> 50 copias/ml), la aparición de mastitis o grietas en el pezón, o bien situaciones de muguet o diarrea en el lactante, se deberá valorar interrumpir la lactancia y administrar profilaxis postexposición en el lactante.

Cuando se considere necesario, se solicitará la intervención de otros profesionales (asesores/as de lactancia, matronas o enfermería especializada, trabajo social, etc.).

Si optan por LM, debe recomendarse que este sea lactancia materna exclusiva y que no se prolongue más de seis meses.

Refuerzo de adherencia: durante toda la lactancia la madre debe continuar con TAR. Continuar con el mismo que tomaba durante el embarazo si CVp indetectable. La adherencia estricta durante la gestación y el postparto es clave para garantizar el mínimo riesgo de transmisión. La madre debe tener una CVp indetectable durante el mayor tiempo posible (imprescindible el último trimestre del embarazo) y durante todo el periodo de lactancia.

La atención preparto será la misma que cualquier otro VIH embarazada, realizando determinación de la CVp al menos trimestralmente, y a las 34-36 semanas.

3. Seguimiento de la mujer y del recién nacido alimentado con lactancia materna

Es muy importante el seguimiento conjunto por internista/infectólogo y el pediatra/pediatra infectólogo para unificar visitas. El refuerzo en la adherencia es uno de los objetivos clave ya que el postparto es un tiempo de riesgo bien por sobrecarga física y/o psicológica.

El recién nacido (por definición de bajo riesgo para plantear LM) recibirá zidovudina oral que se iniciará en las primeras 4-6 horas de vida, a dosis de 4 mg/kg/12h durante 2-4 semanas como el resto de recién nacidos expuestos.

Comprobar adecuada técnica de amamantamiento y que la pérdida de peso al alta no supere el 10%. No indicada el alta precoz. Hay que asegurar que la madre recibe el apoyo necesario para un buen agarre y prevenir la presencia de grietas.

En caso de precisar suplementos con fórmula, deberán ser indicados por un facultativo del equipo multidisciplinar. Podrá suplementar con leche donada pasteurizada o fórmula artificial.

Se recomienda CVp mensual.

Revisiones y pruebas recomendadas en el niño expuesto amamantado:

- En las primeras 48 h de vida: visita clínica y PCR-ARN VIH.
- A los 14-21 días: visita clínica y PCR-ARN VIH.

- Cada 4-6 semanas hasta el fin de la LM: vista clínica y PCR-ARN VIH.
- A los 4-6 meses de suspender LM vista clínica y PCR-ARN VIH.
- A los 18 meses serología VIH.

Revisiones y pruebas recomendadas en la madre que da LM:

- Primeras 48 hs de vida: visita clínica y PCR-ARN VIH.
- Cada 4-6 semanas hasta el fin de la LM: vista clínica y PCR-ARN VIH.
- A los 2 meses de suspender lactancia: Vista clínica y PCR-ARN VIH.

4. Situaciones que pueden hacer suspender o interrumpir la LM

4.1 Carga viral detectable en la madre

Interrumpir la lactancia administrando cabergolina e iniciar profilaxis postexposición en el niño.

Si bebé en profilaxis con AZT, deberían añadirse dos fármacos para completar una triple terapia:

- NVP/AZT/3TC: más experiencia.
- RAL/AZT/3TC sería la primera opción en nuestro medio.
- Mayores de 4 semanas y más 3 kg de peso DTG/AZT/3TC sería la primera opción.

4.2 Problemas médicos en la madre que pueden aumentar el riesgo de transmisión

Problemas gastrointestinales como la diarrea, náuseas o vómitos, pueden disminuir la absorción del TAR.

Depresión postparto, puede generar problemas de adherencia: importante detección precoz y valorar interrumpir la lactancia o reforzar el seguimiento.

4.3 Mastitis, ingurgitación y aparición de grietas

Aumentan el número de células proinflamatorias, así como la permeabilidad en las células que tapizan los conductos mamarios y por lo tanto aumenta potencialmente la cantidad de virus a la que está expuesto el lactante. No hay datos sobre la repercusión que pueden tener en mujeres con CVp indetectable, pero se considera un aumento del riesgo.

Se recomienda interrumpir temporalmente la lactancia, hasta 48 horas después de la resolución del cuadro, y ofrecer como alimento leche almacenada previamente al cuadro o fórmula. Mientras tanto, debe extraerse leche y administrar tratamiento antiinflamatorio y/o antibiótico. No administrar esta leche al bebé. Si afectación unilateral, se puede seguir

lactando con el pecho sano. Una vez que sane, esperar 48 horas antes de volver a amamantar.

Valorar individualmente profilaxis postexposición en el niño.

4.4 Suplementación con fórmula

Los lactantes que reciben LM junto con otros alimentos sólidos tienen mayor probabilidad de infección que los que reciben LM exclusiva (25%). No se sabe si la lactancia mixta aumenta el riesgo. Sin embargo, sí son más probables la intolerancia a proteínas de la leche de vaca (las alteraciones en la mucosa pueden incrementar el riesgo).

La lactancia mixta aumenta el riesgo de ingurgitación y mastitis, contribuyendo también al aumento de riesgo de transmisión.

Se desaconseja la lactancia mixta de forma mantenida (la suplementación puntual con fórmula, no parece que aumente el riesgo).

4.5 Gastroenteritis en el lactante

Pueden producir inflamación a nivel de la mucosa, y aumentar el riesgo teórico de transmisión. Valorar la interrupción temporal ante cuadros de candidiasis o gastroenteritis, ofreciendo leche de fórmula, hasta la recuperación. Extraer leche cada 3 horas para mantener la producción y evitar la mastitis. Esta leche se podría almacenar para su uso posterior una vez restablecida la mucosa.

CONCLUSIONES

La optimización de la profilaxis postnatal sigue siendo un paso fundamental, no solo para prevenir la transmisión vertical, sino también un hito clave en el camino para lograr la eliminación de la transmisión vertical y poner fin a la epidemia de sida pediátrico.

En los últimos años ha aumentado el uso de triple terapia en casos de alto riesgo de TV. Sin embargo, en el RN de bajo riesgo la profilaxis se ha simplificado a 2-4 semanas de zidovudina oral.

En cuanto a la alimentación de los hijos de MVIH en nuestro medio se recomienda la alimentación con leche de fórmula para evitar la transmisión del VIH por lactancia materna (evidencia AI)

A pesar de esta recomendación, es importante tener siempre en cuenta la opinión de la madre. Algunas mujeres pueden optar por LM por convicción personal, otras por evitar estigmatización o por otros motivos. Los pediatras y resto de clínicos deben estar formados e informados para asesorar a estas madres adecuadamente según las circuns-

tancias de cada gestante. Si la decisión de lactar es firme hay que apoyarlas según la evidencia disponible y siguiendo las recomendaciones de las guías nacionales e internacionales.

Se necesita acumular información para seguir avanzando en el conocimiento y en las mejores opciones de tratamiento y prevención de las personas con VIH.

BIBLIOGRAFÍA

1. Illán Ramos M, Mazariegos Orellana D, Prieto Tato LM, Navarro-Gomez ML, Gómez ML, Muñoz Gállico E, et al. Clinical and epidemiologic characteristics of a cohort of HIV-infected mother-infant pairs during 21 years. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2022; 91: 479-84.
2. Chiappini E, Galli L, Giaquinto C, Ene L, Goetghebuer T, Judd A, et al. Use of combination neonatal prophylaxis for the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in European high-risk infants. *AIDS*. 2013; 27: 991-1000.
3. Panel on Treatment of HIV during pregnancy and prevention of perinatal transmission. Recommendations for use of antiretroviral drugs during pregnancy and interventions to reduce perinatal transmission in the United States. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/management-infants-arv-hiv-exposure-infection> [consultado 10/03/2025].
4. Guilleece Y, Tariq S, Bamford A, Bhagani DS, Byrne DL, Clarke DE, et al. British HIV Association and Children's HIV Association guidelines for the management of HIV infection in pregnancy and postpartum 2018. *HIV Med*. 2019; 20: 2-85.
5. Sainz T, Martín Carbonero L, Suy A, López M, de Alba Romero C, Epalza C, et al. Lactancia materna en el recién nacido expuesto al VIH: recomendaciones y seguimiento madre-hijo. SEIP-AEP, SEGO, SEIMC-GESIDA; 2025.
6. Soler Simón JA, Prieto Tato LM, Illán Ramos M, Ramos Amador JT. VIH. Prevención de la transmisión vertical (profilaxis posnatal con antirretrovirales). (v.3.0/2024) Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. Disponible en <https://www.guia-abe.es/> [actualizado el 11/04/2024; consultado el 04/04/2025].
7. Grupo de expertos de la División de control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis (DCVIHT), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. Diciembre 2023. Disponible en: <http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2021/01/Documento-de-consenso-para-el-seguimiento-de-lainfeccion-po-vih-en-relacion-con-reproduccion-embarazo-parto.pdf> [consultado marzo 2025].
8. World Health Organization. Updates on HIV and infant feeding guidelines. 2016. Disponible en: www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv-infant-feeding-2016 [consultado marzo 2025].
9. Panel on Treatment of HIV During Pregnancy and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for the use of antiretroviral drugs during pregnancy and interventions to reduce perinatal HIV transmission in the United States. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/perinatal/> [consultado marzo 2025].
10. Flynn PM, Taha TE, Cababasay M, Fowler MG, Mofenson LM, Owor M, et al. Prevention of HIV-1 transmission through breastfeeding: Efficacy and safety of maternal antiretroviral therapy versus infant nevirapine prophylaxis for duration of breastfeeding in HIV-1-infected women with high CD4 cell count (IMPAACT PROMISE): A randomized, open-label, clinical trial. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2018; 77: 383-92.
11. Powell AM, Knott-Grasso MA, Anderson J, Livingston A, Rosenblum N, Sturdivant H, et al. Infant feeding for people living with HIV in high resource settings: a multi-disciplinary approach with best practices to maximise risk reduction. *Lancet Reg Health Am*. 2023; 22: 100509.
12. Secretaría de Estado de Sanidad. Resolución de 25 de julio de 2023, por la que se publica el Convenio con la Asociación Nacional de Fabricantes de Productos de Dietética Infantil y la Fundación Española de Pediatría, para la dispensación gratuita de leche de fórmula adaptada para lactantes expuestos al VIH. BOE [Internet]. 2023 ago 1 (182): 114110-5. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2023/08/01/pdfs/BOE-A-2023-17731.pdf> [consultado el 18 de marzo de 2025].

Mesa Redonda: Actualización en enfermedades infecciosas

Actualización en infecciones congénitas: Toxoplasma y citomegalovirus

F. BAQUERO-ARTIGAO

Servicio de Pediatría. Enfermedades Infecciosas y Tropicales. Hospital La Paz. Madrid. Red de Investigación Traslacional en Infectología Pediátrica (RITIP). CIBER de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC) del Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

RESUMEN

El cribado de Toxoplasma en el embarazo ya no se recomienda en España y, actualmente, tan solo la mitad de los hospitales lo realizan. Sin embargo, el tratamiento prenatal en la gestante (espiramicina para prevenir la transmisión y pirimetamina-sulfadiazina si ya está establecida) reduce la toxoplasmosis congénita sintomática y las secuelas a largo plazo. El tratamiento de elección en los niños con infección confirmada es la combinación de pirimetamina, sulfadiazina y ácido folínico durante un año. El tratamiento disminuye pero no elimina el riesgo de secuelas (especialmente coriorretinitis), por lo que debe realizarse un seguimiento hasta la edad adulta.

El cribado gestacional para citomegalovirus tampoco se recomienda en nuestro país, aunque sería recomendable realizarlo en el primer trimestre del embarazo, ya que el riesgo de secuelas se limita a niños con infección congénita tras primoinfección materna en el primer trimestre. Si se confirma infección gestacional, la madre debe recibir tratamiento con valaciclovir oral lo antes posible y hasta la amniocentesis, para disminuir la transmisión materno-fetal. En los recién nacidos con infección congénita sintomática se recomienda tratamiento con valganciclovir durante 6 meses. En los niños con infección congénita en los que desconocemos el momento de infección materna o en los que se ha documentado primoinfección materna durante el primer trimestre de gestación debe realizarse un seguimiento especializado hasta al menos los 6 años de vida. Los niños con citomegalovirus congénito tras infecciones maternas en el

segundo o tercer trimestre de gestación no requerirían seguimiento.

Palabras clave: Citomegalovirus; Cribado gestacional; Infección congénita; Toxoplasma; Tratamiento neonatal.

UPDATE ON CONGENITAL INFECTIONS: TOXOPLASMA AND CYTOMEGALOVIRUS

ABSTRACT

Toxoplasma screening during pregnancy is not recommended in Spain and currently only half of hospitals perform it. However, prenatal treatment in pregnant women (spiramycin to prevent mother-to-child transmission and pyrimethamine-sulfadiazine if already established) reduces cases of symptomatic congenital toxoplasmosis and long-term sequelae. The treatment of choice in children with confirmed infection is the combination of pyrimethamine, sulfadiazine and folinic acid for one year. Treatment reduces but does not eliminate the risk of sequelae (especially chorioretinitis), so follow-up should be carried out until adulthood.

Maternal cytomegalovirus screening is also not recommended in our country, although should be performed in the first trimester of pregnancy, as sequelae are limited to maternal infection acquired in the first trimester of pregnancy. In cases of maternal primary infection in the first trimester, oral valaciclovir should be administered as early as possible and until the amniocentesis, to reduce vertical transmission. Newborns with symptomatic dis-

Correspondencia: fbaqueroartigao@gmail.com (Fernando Baquero-Artigao)

© 2025 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

ease should be treated with valganciclovir for 6 months. Children with congenital cytomegalovirus and confirmed transmission in the first trimester or unknown timing of transmission should be followed up to at least 6 years of age to ensure specialized management. For those with documented maternal primary infection in the second and third trimesters of pregnancy this follow-up may not be necessary.

Keywords: Cytomegalovirus; Gestational screening; Congenital infection; Toxoplasma; Neonatal treatment.

TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA

Introducción

La toxoplasmosis congénita (TC) es la consecuencia de la transmisión fetal por vía transplacentaria de *Toxoplasma gondii* tras la primoinfección materna. Es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio. Sin embargo, sus graves consecuencias en algunos niños, hacen que sea motivo de interés y preocupación por parte de obstetras y pediatras.

La incidencia de la toxoplasmosis gestacional y congénita varía mucho de unos países a otros, e incluso, de unas regiones a otras dentro del propio país. En España existe poca información en este sentido, siendo más habituales los estudios de prevalencia que de incidencia⁽¹⁾. Algunos trabajos realizados en nuestro país a finales del siglo pasado encontraban una incidencia de toxoplasmosis gestacional del 1,9%⁽²⁾. Esta incidencia podría ser actualmente menor, ya que la tasa de seroprevalencia en mujeres embarazadas ha disminuido del 40-50% en los años 80 al 11-21% en los últimos estudios publicados^(3,4), de forma paralela a la mejoría de los hábitos higiénicos y a las medidas de control sanitario. Aunque estos datos indican que hay un mayor porcentaje de mujeres susceptibles, la baja circulación del parásito hace que las tasas de infección sean probablemente bajas. Si extrapolamos los datos de países con tasas de seroprevalencia gestacional similares⁽⁵⁾, la incidencia de infección gestacional sería de 1/1.000 embarazos, y la TC afectaría a 1/10.000 nacidos vivos, lo que supondría alrededor de 40 casos anuales en nuestro país. Esta baja incidencia ha conducido a que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia no recomiende el cribado sistemático en la embarazada, y, actualmente, tan solo la mitad de los hospitales en España realizan serología trimestral de toxoplasmosis en la gestación⁽⁶⁾.

Manifestaciones clínicas

El riesgo de TC y la aparición de síntomas en el recién nacido (RN) dependen del momento de la infección ges-

tacional. La probabilidad de infección es más alta en infecciones gestacionales tardías, siendo muy alta durante el tercer trimestre. Por el contrario, el grado de afectación es mayor cuando la infección se produce en las primeras semanas del embarazo y va disminuyendo a medida que transcurre la gestación^(7,8). La infección transmitida en los primeros meses de embarazo puede producir aborto o anomalías congénitas graves. La TC sintomática tiene un amplio espectro de manifestaciones clínicas inespecíficas. Puede presentarse como enfermedad generalizada con fiebre, hepatoesplenomegalia, linfadenopatías, ictericia y anemia y con frecuencia asocia enfermedad neurológica en forma de calcificaciones encefálicas, hidrocefalia, alteraciones del LCR, convulsiones y, especialmente coriorretinitis⁽⁹⁾. La tríada clásica (coriorretinitis, hidrocefalia y calcificaciones cerebrales) ocurre en menos del 10% de los casos (figura 1).

Sin embargo, la clínica no es característica y puede ser indistinguible de otras infecciones congénitas como el citomegalovirus. En los últimos meses de gestación las alteraciones son con frecuencia subclínicas en el RN, aunque puede aparecer coriorretinitis o más raramente disfunción neurológica meses o años después del nacimiento⁽⁷⁻⁹⁾ (tabla I).

Dada la importante morbilidad de la infección, se aconseja el uso de espiramicina para prevenir la infección fetal en embarazadas con infección gestacional en cualquier trimestre. Si se confirma infección fetal mediante PCR en líquido amniótico, se recomienda el inicio en la gestante de terapia específica con pirimetamina y sulfadiazina, que previene la mortalidad y la aparición de secuelas graves en el recién nacido⁽¹⁰⁾. Recientemente, se ha descrito que el inicio de cualquier terapia antiparasitaria en la embarazada reduce los casos de TC sintomática y las secuelas a largo plazo⁽¹¹⁾.

Diagnóstico neonatal

Debe estudiarse a todos los RN con historia de toxoplasmosis gestacional o con síntomas propios de la enfermedad al nacimiento. Las pruebas complementarias para el estudio de toxoplasmosis al nacimiento se resumen en la tabla II⁽¹⁰⁾.

Las técnicas habituales de diagnóstico microbiológico (IgM, IgA, PCR) son muy específicas pero poco sensibles. Además, un estudio reciente ha demostrado que la sensibilidad de estas pruebas es aún más baja en RN de madres que han recibido tratamiento frente a *Toxoplasma* durante la gestación⁽¹²⁾. Por tanto, aunque la positividad de estas pruebas confirma el diagnóstico de TC en el RN, su negatividad no lo excluye. Así, especialmente en



Figura 1. Recién nacido con toxoplasmosis congénita con hidrocefalia, calcificaciones cerebrales y cicatriz coriorretiniana.

TABLA I. Riesgo de infección y afectación fetal y clínica en el recién nacido según el momento de infección gestacional.			
Edad gestacional	Transmisión vertical	Afectación fetal	Tipo de afectación
< 14 semanas	< 10%	60%	Abortos precoces o clínica grave Microcefalia Hidrocefalia Coriorretinitis Calcificaciones intracraneales Convulsiones Ictericia Anemia Hepatoesplenomegalia
14-28 semanas	15-55%	25%	Variable, desde afectación grave a formas asintomáticas con riesgo de secuelas tardías: – Coriorretinitis – Retraso psicomotor – Sordera neurosensorial
> 28 semanas	55-80%	15%	Generalmente asintomáticas con riesgo de coriorretinitis tardía, excepcional afectación intracraneal

pacientes asintomáticos, es crucial valorar el momento de la infección gestacional, y si existen dudas, realizar Western-Blot (WB) para comparar el perfil inmunológico madre-hijo y realizar un seguimiento de los anticuerpos

IgG. La demostración de neosíntesis de anticuerpos en el RN por WB, la elevación de los títulos de IgG o su persistencia por encima del año de vida es diagnóstica de infección congénita.

TABLA II. Pruebas complementarias en el RN para el estudio de toxoplasmosis congénita.

1. Hemograma y bioquímica completa con función hepática
2. Fondo de ojo
3. Potenciales evocados auditivos
4. Estudio de imagen: ecografía cerebral o resonancia magnética cerebral
5. Estudio citoquímico del líquido cefalorraquídeo
6. Estudio microbiológico:
 - IgM e IgG e IgA en la primera semana de vida
 - PCR en sangre, LCR y orina del RN
 - Western-Blot madre-hijo en infecciones gestacionales en tercer trimestre
 - PCR en placenta

Clasificación del recién nacido

Al nacimiento, según la sintomatología encontrada y el resultado de las pruebas diagnósticas, se puede clasificar al RN en dos grupos (*figura 2*): TC confirmada (sintomático o con pruebas microbiológicas positivas) y TC dudosa (asintomático y con pruebas microbiológicas negativas)⁽¹⁰⁾. En este último caso es importante valorar el momento de la infección gestacional mediante los datos aportados por la madre o el obstetra. Si la infección gestacional fue en el 1^{er} trimestre, el niño no necesita seguimiento, ya que la infección fetal en este trimestre es muy poco probable y si se produce suele ser sintomática. Si ocurrió en el 2^o trimestre se realizará seguimiento de la IgG cada 1-2 meses sin tratamiento hasta su negativización. Si no hay un descenso significativo en cada control serológico o los

anticuerpos persisten a los 12 meses, se iniciará tratamiento. Si la infección gestacional fue en el 3^{er} trimestre, se recomienda realizar técnica de WB para comparación de los perfiles inmunológicos madre-hijo. Si el resultado es negativo se repetirá al mes de vida, y si persiste negativo se hará seguimiento de la IgG cada 1-2 meses hasta comprobar su negativización. Si el WB es positivo, se iniciará tratamiento.

Tratamiento neonatal

El tratamiento de elección en los niños con infección confirmada es la combinación de pirimetamina, sulfadiazina y ácido folínico durante 1 año^(10,11) (*tabla III*). El tratamiento disminuye el riesgo de coriorretinitis de un 72%⁽¹³⁾ a un 30%⁽¹⁴⁾, y mejora el pronóstico neurológico de los RN con afectación sintomática y afectación del sistema nervioso central⁽¹⁵⁾. La administración de corticoides (prednisona, 1mg/kg/día repartido en dos dosis) se recomienda en caso de hiperproteínorrea marcada (>1 g/dl) o coriorretinitis activa. El tratamiento corticoideo se mantiene hasta la normalización del LCR (control en 1 mes) o desaparezcan los signos de actividad en la coriorretinitis⁽¹⁰⁾.

Seguimiento del recién nacido

Durante el tratamiento se aconseja seguimiento clínico estrecho, con especial atención a los incrementos excesivos del perímetro craneal, desarrollo psicomotor, fijación de la mirada y aparición de estrabismo o nistagmo^(10,11). Se debe ajustar frecuentemente la dosis al peso y reali-

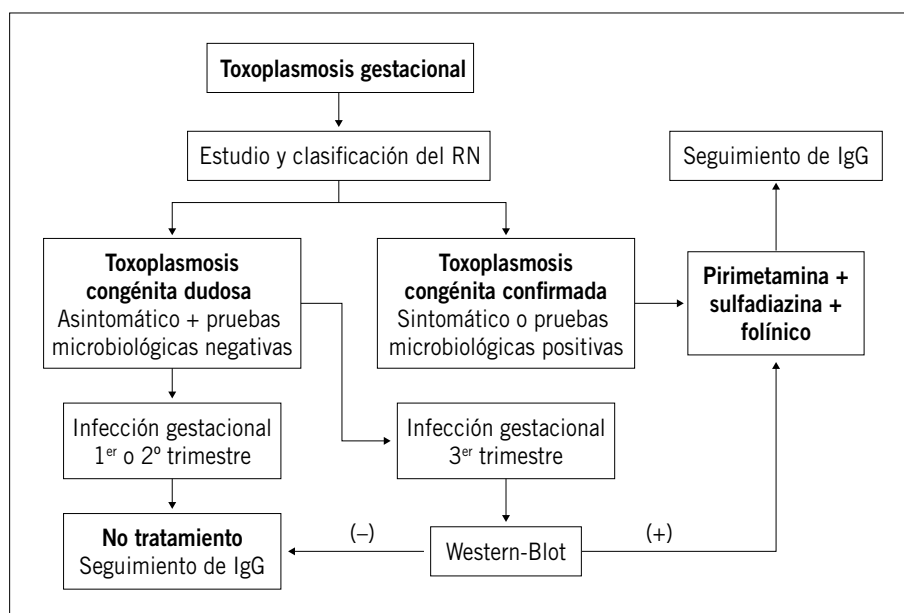


Figura 2. Algoritmo diagnóstico-terapéutico de toxoplasmosis en el RN.

TABLA III. Tratamiento de la toxoplasmosis congénita en el recién nacido.

Tipo de infección	Tratamiento	Dosis	Comentarios
Toxoplasmosis congénita sintomática	Pirimetamina (P)	1 mg/kg/12 horas, 48 h 1 mg/kg/día, hasta los 6 m 1 mg/kg lunes, miércoles y viernes, hasta los 12 m Dosis máx.: 25 mg	Tratamiento durante 1 año
	Sulfadiazina (S)	100 mg/kg/día, repartido en dos dosis, hasta los 12 m Dosis máx.: 1,5 g/12 h	
	Ácido fólico (AF)	5-10 mg, 3 días por semana, hasta los 12 m y 1 semana Dosis máx.: 15 mg/48 h	
Toxoplasmosis congénita asintomática	P + S + AF	Igual que en el primer apartado	Tratamiento durante 1 año A partir del 2º mes puede pasarse a administrar la pirimetamina a días alternos

zar controles analíticos y sedimentos de orina seriados para detectar toxicidad hematológica, renal y cutánea. La neutropenia inducida por pirimetamina es el efecto adverso más frecuente. Si los neutrófilos son $< 1.000/\text{mm}^3$, se debe aumentar la dosis de ácido fólico. Si no hay respuesta, se administrará la pirimetamina 3 días por semana, suspendiéndose transitoriamente si la cifra es $< 500/\text{mm}^3$.

Debe realizarse fondo de ojo cada 3 meses hasta los 18 meses, y posteriormente cada 6-12 meses hasta que el niño sea capaz de referir cambios en la visión. El tratamiento disminuye pero no elimina el riesgo de secuelas, por lo que debe realizarse un seguimiento oftalmológico y neurológico de todos los niños hasta la edad adulta⁽¹⁰⁾.

INFECCIÓN CONGÉNITA POR CITOMEGALOVIRUS

Introducción

Citomegalovirus (CMV) es un herpesvirus que, tras la infección, permanece en estado latente en el individuo, sufriendo reactivaciones periódicas y excretándose de forma intermitente por orina, saliva, semen, secreción vaginal y leche materna⁽¹⁶⁾. La infección pediátrica se adquiere habitualmente en la edad preescolar, por contacto directo con secreciones contaminadas de otros niños. La infección congénita se produce tras la primoinfección materna durante el embarazo, lo cual ocurre entre el 1 y el 4% de las gestantes seronegativas⁽¹⁷⁾, o por reactivación o reinfección viral en mujeres previamente inmunes⁽¹⁸⁾. La transmisión global es del 30-40%, aunque es más frecuente conforme avanza la gestación⁽¹⁹⁾.

Es la infección congénita más frecuente en los países desarrollados, con una prevalencia a nivel mundial que oscila entre el 0,3 y el 2,4% de los RN⁽²⁰⁾. En nuestro medio la prevalencia es del 0,5%, lo que supone que uno de cada 200 RN nace con esta infección⁽²¹⁾. Por tanto, constituye una de las causas más frecuentes de retraso psicomotor y sordera neurosensorial de origen infeccioso⁽¹⁶⁾.

Un estudio reciente de seroprevalencia realizado en gestantes en nuestro medio, ha encontrado que un 62% son inmunes al comienzo del embarazo⁽²²⁾. Del 8,7% que presentaban IgM positiva en el primer trimestre, un 15% tuvieron baja avidéz (indicativa de infección reciente), y, en este grupo, una tercera parte transmitió la infección al RN⁽²²⁾. Se ha comunicado que la presencia de secuelas en el RN está relacionada con el momento de infección materna, siendo exclusiva de las infecciones gestacionales en el primer trimestre^(23,24). Por tanto, en la actualidad se aboga por realizar serología materna solo durante el primer trimestre de gestación, para poder identificar a las mujeres con primoinfección y establecer un tratamiento precoz con valaciclovir, que ha demostrado reducir significativamente la transmisión fetal⁽²⁵⁾. En la figura 3 se hace una propuesta de cribado gestacional en el primer trimestre, con una interpretación de los posibles resultados serológicos.

Diagnóstico neonatal

El diagnóstico microbiológico en el RN se realiza mediante la identificación del genoma viral mediante PCR en muestras de orina, saliva, sangre o líquido cefalorraquídeo dentro de las dos primeras semanas de vida⁽¹⁶⁾. En los

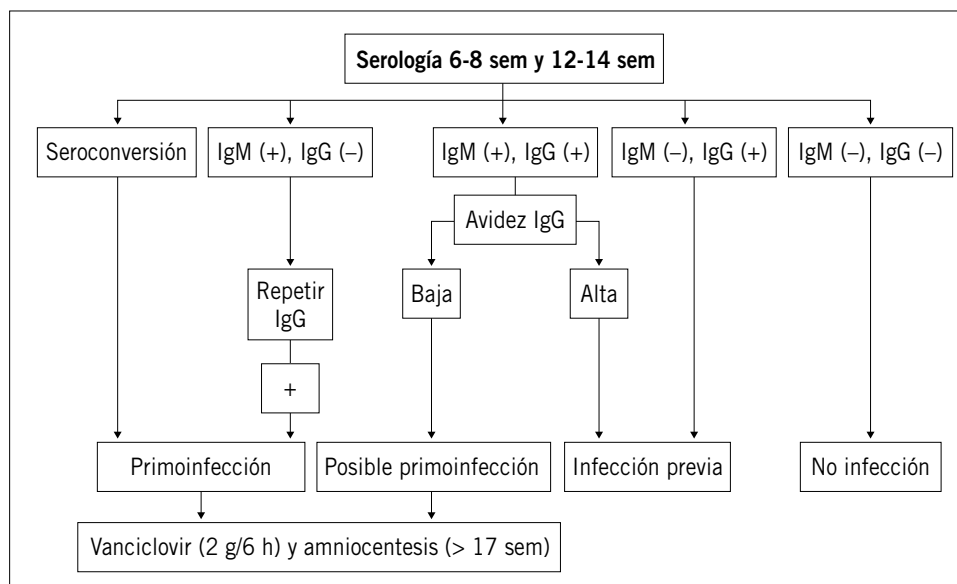


Figura 3. Propuesta de cribado gestacional para citomegalovirus en el primer trimestre.

RN con infección congénita, se realizará evaluación neurológica completa, hemograma con bioquímica y función hepática, punción lumbar, ecografía cerebral, fondo de ojo, y potenciales evocados auditivos y visuales. En niños con infección sintomática se recomienda completar el estudio con resonancia magnética cerebral, que tiene más sensibilidad que la ecografía para el diagnóstico de displasias corticales y lesiones de la sustancia blanca⁽²⁶⁾. Las alteraciones más frecuentes son ventriculomegalia, calcificaciones intracraneales, trastornos de migración neuronal (especialmente polimicrogiria) e intensidad anormal de la sustancia blanca⁽²⁷⁾ (figura 4).

Las secuelas son mucho más frecuentes en los niños que presentan síntomas al nacimiento (40-58%) frente a los asintomáticos (13%)⁽²⁰⁾. La principal secuela es la sordera neurosensorial, que es bilateral en dos tercios de los niños y puede ser progresiva en un 30-80%⁽²⁸⁾. En los niños sintomáticos, aparece hipoacusia en un 30-50% de los casos (frente a un 7-10% en los asintomáticos), y suele ser más precoz y más grave⁽²⁹⁾. Otras secuelas de la infección son retraso psicomotor, parálisis cerebral, hipotonía, paresia, epilepsia, problemas visuales, alteraciones dentarias y retraso en el lenguaje y en el aprendizaje⁽¹⁶⁾.

Tratamiento neonatal

Los dos fármacos antivirales con mayor actividad frente a CMV son ganciclovir y valganciclovir. Ganciclovir se ha utilizado en RN con infección congénita sintomática por CMV en un intento de disminuir sus secuelas. En un estudio randomizado de fase III, se estudió la eficacia de ganciclovir intravenoso (12 mg/kg/día en dos dosis

diarias durante 6 semanas) en la prevención de la sordera neurosensorial en neonatos con infección congénita sintomática y afectación del sistema nervioso central⁽³⁰⁾. No se observó deterioro auditivo en ningún niño tratado con ganciclovir a los 6 meses de seguimiento, en comparación con el 41% de los controles ($p < 0,01$). El mismo grupo publicó posteriormente un mejor desarrollo psicomotor en los pacientes tratados⁽³¹⁾.

Valganciclovir es un profármaco de ganciclovir cuya biodisponibilidad es de aproximadamente el 60% y que es una buena alternativa en el tratamiento de estos pacientes, facilitando su tratamiento ambulatorio y obviando los problemas derivados de un acceso intravenoso prolongado⁽¹⁶⁾. En un estudio de farmacocinética en neonatos se estableció que dosis de 16 mg/kg por vía oral son equivalentes a 6 mg/kg de ganciclovir intravenoso⁽³²⁾. El fármaco se comercializa en polvo para suspensión oral (50 mg/ml). Los efectos secundarios son los mismos que tras la administración de ganciclovir, siendo los más frecuentes la aparición de neutropenia, anemia y diarrea⁽³²⁾.

En el momento actual se recomienda el inicio de tratamiento antiviral a todos los neonatos con infección congénita sintomática por citomegalovirus, tengan o no afectación del SNC, para prevenir el desarrollo de hipoacusia y mejorar el pronóstico neurológico a largo plazo⁽¹⁹⁾. Valganciclovir (32 mg/kg/día en dos dosis) puede darse como tratamiento de inicio⁽¹⁹⁾, salvo en pacientes con problemas digestivos o intolerancia oral y en casos gravemente sintomáticos, donde es preferible la utilización inicial de ganciclovir. Actualmente se recomienda su administración prolongada durante 6 meses, que ha demostrado un

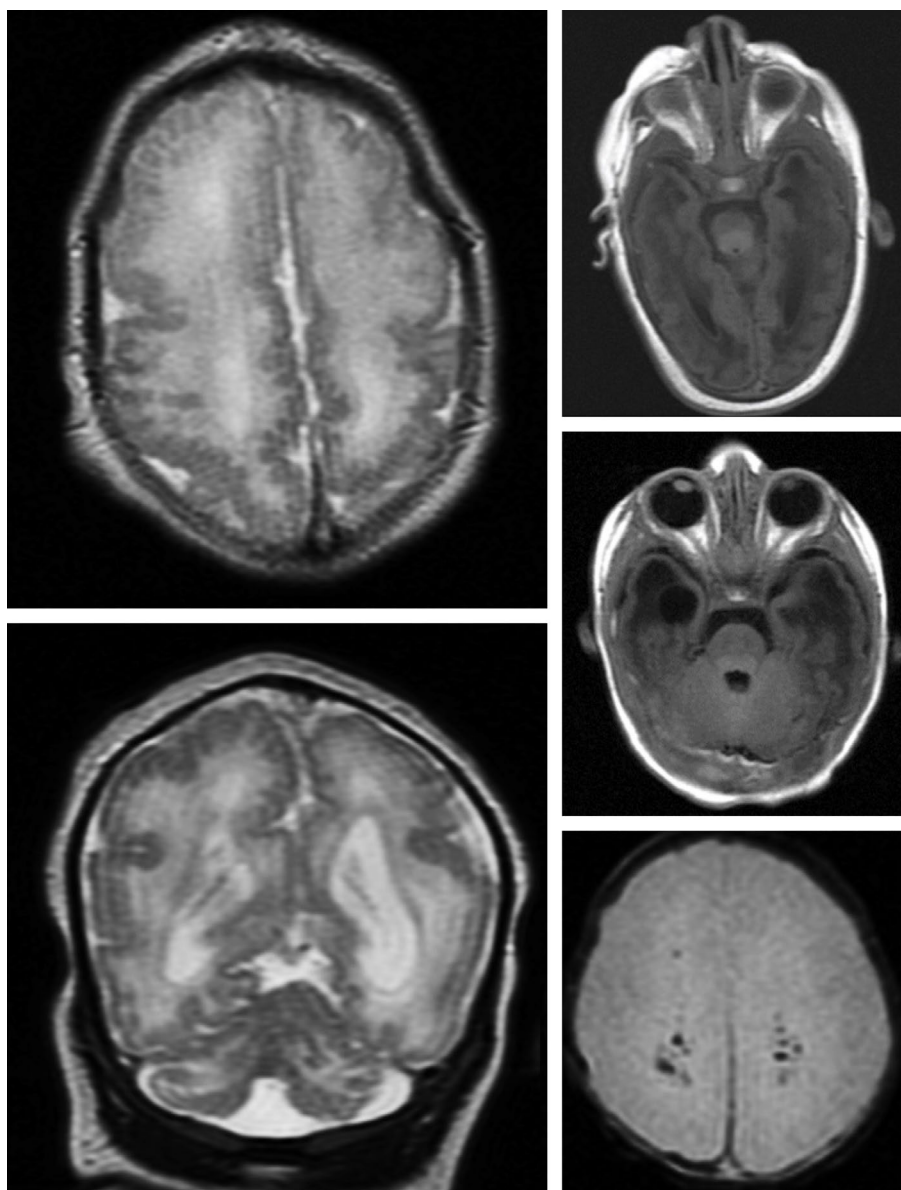


Figura 4. RM de lactante con CMV congénito sintomático. Se aprecian áreas de polimicrogiria, afectación difusa de la sustancia blanca, quistes en lóbulos temporales y calcificaciones cerebrales.

mayor efecto en la prevención de la hipoacusia progresiva que las pautas de 6 semanas⁽³³⁾. El tratamiento antiviral en infección asintomática no puede recomendarse en la actualidad⁽¹⁹⁾, ya que no hay ensayos clínicos controlados que demuestren su eficacia y tan solo el 7-10% de los niños desarrollan hipoacusia progresiva.

Seguimiento del recién nacido

Solo requieren seguimiento los RN con infección congénita demostrada en los que desconocemos el momento de infección materna o en los que se ha documentado primoinfección materna durante el primer trimestre de gestación⁽¹⁹⁾. Los RN con CMV congénito tras infecciones

maternas en el segundo o tercer trimestre de gestación no requerirían seguimiento al no tener riesgo de secuelas a largo plazo^(19,23,24).

En los casos sintomáticos tratados con valganciclovir se debe ajustar frecuentemente la dosis al peso y realizar controles analíticos seriados para detectar toxicidad hematológica. La neutropenia es el efecto adverso más frecuente. Si los neutrófilos son $< 500/\text{mm}^3$, el tratamiento se debe suspender transitoriamente hasta su recuperación⁽¹⁶⁾.

En los niños sintomáticos al nacimiento o con antecedente de infección materna en el primer trimestre, debe realizarse un seguimiento neurológico reglado hasta al menos la edad escolar, con especial atención al desa-

rollo psicomotor, y, más a largo plazo, a las alteraciones del comportamiento, déficit de atención y trastornos del espectro autista⁽¹⁹⁾. Dado el riesgo de desarrollo de hipoacusia, se recomienda seguimiento por ORL al menos hasta los 6 años de edad, que se prolongará hasta la edad adulta en aquellos con hipoacusia detectada al nacimiento o durante la evolución⁽¹⁹⁾. No se requiere seguimiento oftalmológico en niños con fondo de ojo normal al nacimiento⁽¹⁹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

- de Ory Manchón F. Encuestas seroepidemiológicas en enfermedades no inmunoprevenibles y su interés en salud pública. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83: 645-57.
- Del Castillo Martín F. Toxoplasmosis congénita. Una enfermedad con demasiados interrogantes. *An Pediatr (Barc)*. 2004; 61: 115-7.
- Ramos JM, Milla A, Rodríguez JC, Padilla S, Masiá M, Gutiérrez F. Seroprevalence of *Toxoplasma gondii* infection among immigrant and native pregnant women in Eastern Spain. *Parasitol Res*. 2011; 109(5): 1447-52.
- Santiago B, Blázquez D, López G, Sainz T, Muñoz M, Alonso T, et al. Perfil serológico en gestantes extranjeras frente a VIH, VHB, VHC, virus de la rubéola, *Toxoplasma gondii*, *Treponema pallidum*, y *Trypanosoma cruzi*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012; 30(2): 64-9.
- Piffer S, Lauriola AL, Pradal U, Collini L, Dell'Anna L, Pavanello L. *Toxoplasma gondii* infection during pregnancy: a ten-year observation in the province of Trento, Italy. *Infez Med*. 2020; 28(4): 603-10.
- Guarch-Ibáñez B, Carreras-Abad C, Frick MA, Blázquez-Gamero D, Baquero-Artigao F, Fuentes-Corripio I, et al.; Spanish REIV-TOXO group. Resultados de la encuesta nacional de REIV-TOXO sobre el cribado gestacional de la toxoplasmosis en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2024; 42(9): 478-83.
- Carlier Y, Truysens C, Deloron P, Peyron F. Congenital parasitic infections: a review. *Acta Trop*. 2012; 121: 55-70.
- SYROCOT (Systematic Review on Congenital Toxoplasmosis) study Group; Thiébaud R, Leproust S, Chene G y Gilbert R. Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis: a meta-analysis of individual patients' data. *Lancet*. 2007; 369: 115-22.
- Remington JS, McLeod R, Wilson CB, Desmonts G. Toxoplasmosis. En: Remington JS and Klein J, Wilson CB, Nizet V, Maldonado YA, editores. *Infectious diseases of the fetus and newborn infant*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders. 2011: 918-1041.
- Baquero-Artigao F, del Castillo Martín F, Fuentes Corripio I, Goncé Mellgren A, Fortuny Guasch C, de la Calle Fernández-Miranda M, et al; Grupo de Trabajo de Infección Congénita y Perinatal de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Guía de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica para el diagnóstico y tratamiento de la toxoplasmosis congénita. *An Pediatr (Barc)*. 2013; 79(2): 116.e1-e16.
- Guarch-Ibáñez B, Carreras-Abad C, Frick MA, Blázquez-Gamero D, Baquero-Artigao F, Fuentes-Corripio I, et al.; the Spanish REIV-TOXO group. REIV-TOXO Project: Results from a Spanish cohort of congenital toxoplasmosis (2015-2022). The beneficial effects of prenatal treatment on clinical outcomes of infected newborns. *PLoS Negl Trop Dis*. 2024; 18(10): e0012619.
- Guegan H, Stajner T, Bobic B, Press C, Olariu RT, Olson K, et al. Maternal anti-toxoplasma treatment during pregnancy is associated with reduced sensitivity of diagnostic tests for congenital infection in the neonate. *J Clin Microbiol*. 2021; 59(2): e01368-20.
- Phan L, Kasza K, Jalbrzikowski J, Noble AG, Latkany P, Kuo A, et al.; Toxoplasmosis Study Group. Longitudinal study of new eye lesions in children with toxoplasmosis who were not treated during the first year of life. *Am J Ophthalmol*. 2008; 146(3): 375-84.
- Phan L, Kasza K, Jalbrzikowski J, Noble AG, Latkany P, Kuo A, et al.; Toxoplasmosis Study Group. Longitudinal study of new eye lesions in treated congenital toxoplasmosis. *Ophthalmology*. 2008; 115(3): 553-559.e8.
- McLeod R, Boyer K, Karrison T, Kasza K, Swisher C, Roizen N, et al.; Toxoplasmosis Study Group. Outcome of treatment for congenital toxoplasmosis, 1981-2004: the National Collaborative Chicago-Based, Congenital Toxoplasmosis Study. *Clin Infect Dis*. 2006; 42(10): 1383-94.
- Baquero-Artigao F; Grupo de estudio de la infección congénita por citomegalovirus de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre el diagnóstico y el tratamiento de la infección congénita por citomegalovirus. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 71: 535-47.
- Ahlfors K, Ivarsson SA, Johnsson T, Svanberg L. Primary and secondary maternal cytomegalovirus infections and their relation to congenital infection. Analysis of maternal sera. *Acta Paediatr Scand*. 1982; 71: 109-13.
- Baquero-Artigao F. Citomegalovirus congénito: ¿es necesario un cribado serológico durante el embarazo? *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010; 28(6): 363-9.
- Leruez-Ville M, Chatzakis C, Lillier D, Blázquez-Gamero D, Alarcon A, Bourgon N, et al. Consensus recommendation for prenatal, neonatal and postnatal management of congenital cytomegalovirus infection from the European congenital infection initiative (ECCI). *Lancet Reg Health Eur*. 2024; 40: 100892.
- Dollard SC, Grosse SD, Ross DS. New estimates of the prevalence of neurological and sensory sequelae and mortality associated with congenital cytomegalovirus infection. *Rev Med Virol*. 2007; 17: 353-63.
- Blázquez-Gamero D, Soriano-Ramos M, Vicente M, Pallás-Alonso CR, Pérez-Rivilla A, García-Álvarez M, et al.; for PICCSA Study Group. Prevalence and clinical manifestations of congenital cytomegalovirus infection in a screening program in Madrid (PICCSA Study). *Pediatr Infect Dis J*. 2020; 39(11): 1050-6.
- de la Calle M, Rodríguez-Molino P, Romero Gómez MP, Baquero-Artigao F. Cytomegalovirus seroprevalence in pregnant women in Madrid: First step for a systematic screening. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2023; 41(1): 55-6.

23. Faure-Bardon V, Magny JF, Parodi M, Couderc S, Garcia P, Maillette AM, et al. Sequelae of congenital cytomegalovirus following maternal primary infections are limited to those acquired in the first trimester of pregnancy. *Clin Infect Dis*. 2019; 69(9): 1526-32.
24. Chatzakis C, Ville Y, Makrydimas G, Dinas K, Zavlanos A, Sotiriadis A. Timing of primary maternal cytomegalovirus infection and rates of vertical transmission and fetal consequences. *Am J Obstet Gynecol*. 2020; 223(6): 870-883.e11.
25. Shahar-Nissan K, Pardo J, Peled O, Krause I, Bilavsky E, Wiznitzer A, et al. Valaciclovir to prevent vertical transmission of cytomegalovirus after maternal primary infection during pregnancy: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2020; 396(10253): 779-85.
26. Martín D, Muñoz N, Fernández-Jaén A, López ML, Jiménez-Ayala MJ, de la Vega F. Infección congénita por citomegalovirus: valor de la resonancia magnética cerebral en el diagnóstico. *Acta Pediatr Esp*. 2007; 65: 461-4.
27. Malm G, Engman ML. Congenital cytomegalovirus infections. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2007; 12: 154-9.
28. Fowler KB, McCollister FP, Dahle AJ, Boppana S, Britt WJ, Pass RF. Progressive and fluctuating sensorineural hearing loss in children with asymptomatic congenital cytomegalovirus infection. *J Pediatr*. 1997; 130: 624-30.
29. Pass RF, Fowler KB, Boppana SB, Britt WJ, Stagno S. Congenital cytomegalovirus infection following first trimester maternal infection: symptoms at birth and outcome. *J Clin Virol*. 2006; 35: 216-20.
30. Kimberlin DW, Lin CY, Sanchez PJ, Demmler GJ, Dankner W, Shelton M, et al. Effect of ganciclovir therapy on hearing in symptomatic congenital cytomegalovirus disease involving the central nervous system: a randomized, controlled trial. *J Pediatr*. 2003; 143: 16-25.
31. Oliver SE, Cloud GA, Sánchez PJ, Demmler GJ, Dankner W, Shelton M, et al. Neurodevelopmental outcomes following ganciclovir therapy in symptomatic congenital cytomegalovirus infections involving the central nervous system. *J Clin Virol*. 2009; 46 Suppl 4: S22-6.
32. Kimberlin DW, Acosta EP, Sánchez PJ, Sood S, Agrawal V, Homans J, et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic assessment of oral valganciclovir in the treatment of symptomatic congenital cytomegalovirus disease. *J Infect Dis*. 2008; 197: 836-45.
33. Kimberlin DW, Jester PM, Sánchez PJ, Ahmed A, Arav-Boger R, Michaels MG, et al. Valganciclovir for symptomatic congenital cytomegalovirus disease. *N Engl J Med*. 2015; 372: 933-43.

Mesa Redonda: Salud digital

Salud digital, nuevas recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría

M.C. GARCÍA DE RIBERA

Pediatra. Centro de salud Magdalena (Valladolid). Miembro del Comité de Promoción de la salud de la AEP.

RESUMEN

Las pantallas están afectando de manera importante en nuestra salud, especialmente en la de nuestros niños y jóvenes.

Actualmente la evidencia científica nos muestra el impacto de los dispositivos digitales en la salud física y en el neurodesarrollo de nuestros niños y adolescentes. Es especialmente preocupante su interferencia con los hábitos de vida saludables, como sueño, alimentación, actividad física y relaciones sociales.

Desde el Comité de Promoción de la Salud de la Asociación Española de Pediatría se ha publicado en 2022 la web del Plan Digital Familiar (PDF), como herramienta para gestionar el entorno digital de cada hogar. Este plan ofrece recomendaciones generales para toda la familia, así como específicas para cada rango de edad, que ellos pueden elegir, adaptándolas a su realidad.

Los pediatras debemos ser conscientes de la repercusión que el uso de los medios digitales en la salud de nuestros pacientes y sus familias y deberíamos recomendar herramientas adecuadas, como el PDF, que puedan ayudarles en la gestión de las pantallas de su hogar.

Palabras clave: Medios digitales; Pantallas; Desarrollo infantil; Promoción de la salud.

Scientific evidence currently shows us the impact of digital devices on the physical health and neurodevelopment of our children and adolescents. Their interference with healthy lifestyle habits, such as sleep, nutrition, physical activity, and social relationships, is especially worrying.

The Health Promotion Committee of the Spanish Association of Pediatrics published the Family Digital Plan (PDF) website in 2022 as a tool for managing the digital environment in each home. This plan offers general recommendations for the entire family, as well as specific recommendations for each age group, which they can choose, adapting them to their specific circumstances.

As pediatricians, we must be aware of the impact of digital media use on the health of our patients and their families and should recommend appropriate tools, such as the PDF, that can help them manage the screens in their homes.

Keywords: Digital media; Screen time; Child development; Health promotion.

DIGITAL HEALTH, NEW SPANISH ASSOCIATION OF PEDIATRICS RECOMMENDATIONS

ABSTRACT

Screens are significantly affecting our health, especially that of our children and young people.

INTRODUCCIÓN

Existe una enorme preocupación sobre la influencia que tienen las pantallas y la conexión a Internet sobre nuestros niños y adolescentes, desde muchos ámbitos de nuestra sociedad.

Aunque parezca algo propio de nuestro milenio, ya a comienzos del siglo XX "The Payne Fund Studies"⁽¹⁾ trataron de determinar los efectos del cine en el comportamiento de niños y adolescentes, a través de trece estudios realizados durante un período de cuatro años, de 1929 a 1933. Entre

Correspondencia: cristinaderibera@hotmail.com

© 2025 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.



Figura 1

sus conclusiones podemos encontrar la influencia que tenían las películas sobre el rendimiento escolar y las actitudes sociales de los niños.

En nuestros días, la pantalla de los cines es probablemente la menos visualizada porcentualmente, frente a todas a las que podemos acceder tanto en casa, como en cualquier ambiente en el que nos movemos, es más, solemos llevar siempre encima nuestro teléfono móvil con su respectiva pantalla.

Cuando surgió el primer iPhone, en 2007, solo podíamos intuir las consecuencias que iba a tener en nuestras vidas. Hoy, casi veinte años después, podemos mostrar, a nivel médico y, especialmente a nivel pediátrico, que las repercusiones están siendo muchas y muy importantes.

EFFECTOS DE LAS PANTALLAS

Uno de los mayores problemas del uso excesivo de pantallas desde edades tempranas es el efecto desplazamiento que tienen sobre los hábitos de vida saludables que los pediatras debemos promocionar, como el sueño, la alimentación, la actividad física y las relaciones sociales cara a cara.

Actualmente podemos decir que sí existe evidencia científica de cómo afectan las pantallas a nuestra salud, especialmente a la salud de nuestros niños y adolescentes, siendo los efectos más destacados⁽²⁾:

- Tienen un efecto importante sobre el sueño, causando: insomnio de conciliación, disminución de la somnolencia nocturna, reducción de la secreción de melatonina y alteración de las fases del sueño.

- Interfieren en la alimentación, favoreciendo dietas menos saludables, con mayor gasto de energía.
- Restan tiempo de actividad física, siendo los adolescentes más inactivos los que más tiempo usan pantallas⁽³⁾.
- A nivel oftalmológico causan síndrome de fatiga visual digital, estrabismo agudo y aumentan la progresión de la miopía.
- Respecto a la salud mental: se asocian a mayor frecuencia de síntomas depresivos, alteraciones del comportamiento e hiperactividad.

Es especialmente preocupante su efecto sobre el neurodesarrollo, sobre todo en edades tempranas y en adolescentes:

- En menores de dos años, se ha relacionado mayor tiempo de pantalla con retraso del lenguaje, menor capacidad intelectual y dificultad para la atención sostenida⁽⁴⁾.
- En adolescentes, se asocian por peores resultados cognitivos, mayor capacidad de distracción, aumento de impulsividad y menor rendimiento de la memoria de trabajo⁽⁵⁾.

PROPUESTA DE LA AEP: PLAN DIGITAL FAMILIAR

El grupo de trabajo de salud digital del Comité de Promoción de la Salud (CPS) de la Asociación Española de Pediatría (AEP), liderado por la dra Salmerón Ruiz, publicó en el año 2022 la web del Plan Digital Familiar® (PDF)⁽⁶⁾.

El Plan Digital Familiar es un documento que pueden elaborar las familias para gestionar el mundo digital en casa (figura 1). Pretende que, mediante la capacitación de los

padres y el ejemplo de éstos, en la familia se disminuyan los riesgos de los medios digitales.

Es necesario que los padres sean conscientes del impacto del mundo digital sobre la salud y el cerebro para que sean agentes activos en la promoción de la salud digital a nivel familiar.

En el Plan Digital se presentan una serie de propuestas basadas en recomendaciones científicas que los progenitores pueden elegir; unas están clasificadas por edad y otras son generales para toda la familia. Además, se pueden añadir aquellas que las familias consideren que son importantes para su hogar. La recomendación es, que primero hablen entre sí los progenitores para posteriormente marcar los límites para todos. Es importante que los adultos estén de acuerdo en los límites establecidos y se sientan capaces de cumplirlos. Para educar, la herramienta más poderosa que tienen los padres es el ejemplo.

En la sección de las recomendaciones generales para familias, existen cinco apartados, dentro de los cuales ponemos varios ejemplos de recomendaciones:

1. Fomentar la salud y el bienestar: con recomendaciones como apagar los dispositivos que nadie esté usando, límites de tiempo para el uso de pantallas y fomentar el ejercicio físico en familia.
2. Zonas libres de pantallas y tiempos de desconexión: evitando el uso en el dormitorio y en el baño, comidas libres de dispositivos y dormir sin pantallas.
3. Ocio digital: elegir programación de calidad, estar presentes y conocer los contenidos.
4. Ciudadanía digital: fomentar el pensamiento crítico, trabajar la empatía y respetar la autoría.
5. Seguridad: tener sesiones y dispositivos solo para niños, establecer límites específicos.

Nuevas recomendaciones por edad

Dentro del PDF, en concordancia con la última evidencia científica hasta el momento, se muestran, por edades, las últimas recomendaciones de la AEP sobre el uso de pantallas:

- 0 a 6:
 - Cero pantallas, no existe un tiempo seguro.
 - Como excepción y bajo supervisión del adulto se puede usar para el contacto social (objetivos concretos como mantener el contacto con familiares que viven lejos).
- 7 a 12 años:
 - Menos de una hora (incluyendo el tiempo escolar y los deberes).
 - Limitar el uso de los dispositivos con acceso a Internet.
 - Priorizar los factores protectores: actividades deporti-

vas, relaciones con iguales cara a cara, contacto con la naturaleza, sueño, alimentación saludable, etc.

- Si se decide que utilicen un dispositivo es recomendable: que sea bajo la supervisión de un adulto, con dispositivos fijos y evitar el baño y dormitorio.
- Pactar límites claros previamente tanto en tiempo como en contenidos adaptados a la edad.
- 13 a 16 años:
 - Menos de dos horas (incluyendo el tiempo escolar y los deberes).
 - Si se permite el acceso a dispositivos -sin ser la única medida que se tome- instalar herramientas de control parental.
 - Priorizar el uso de teléfonos sin acceso a internet.
 - Retrasar la edad del primer móvil inteligente (con conexión a internet).

MATERIAL COMPLEMENTARIO

Dentro de la web del PDF, el apartado más importante es el de “Mi plan digital familiar”, que es a través del cual cada familia puede diseñar su estrategia de gestión de los dispositivos digitales de su hogar, y que puede revisar periódicamente, para poder actualizarlo según sus vivencias y necesidades.

Hay varios apartados más. Uno, explicando el PDF a las familias y otro a los pediatras. Un apartado de autoría, otro de contacto para aportar sugerencias o dudas. Se expone también bibliografía actualizada.

Y uno especialmente interesante para profesionales de la salud es el de “Infografías”. Este material, muy visual y recientemente actualizado, puede servir como recurso educativo que se puede ofrecer a las familias que acudan a la consulta.

Dentro de las infografías, se puede acceder a:

- Decálogo de la salud digital. ¿Cómo afectan las pantallas a la salud? (figura 2).
- Recomendaciones generales para la familia (figura 3).
- Recomendaciones por edad (figura 4).
- Impacto de los dispositivos digitales en el sistema educativo (figura 5).
- PDF: recomendaciones generales (figura 6).

CONCLUSIONES

El uso de pantallas afecta de manera importante a la salud de toda la familia, especialmente a la de niños y ado-



Figura 2



Figura 3

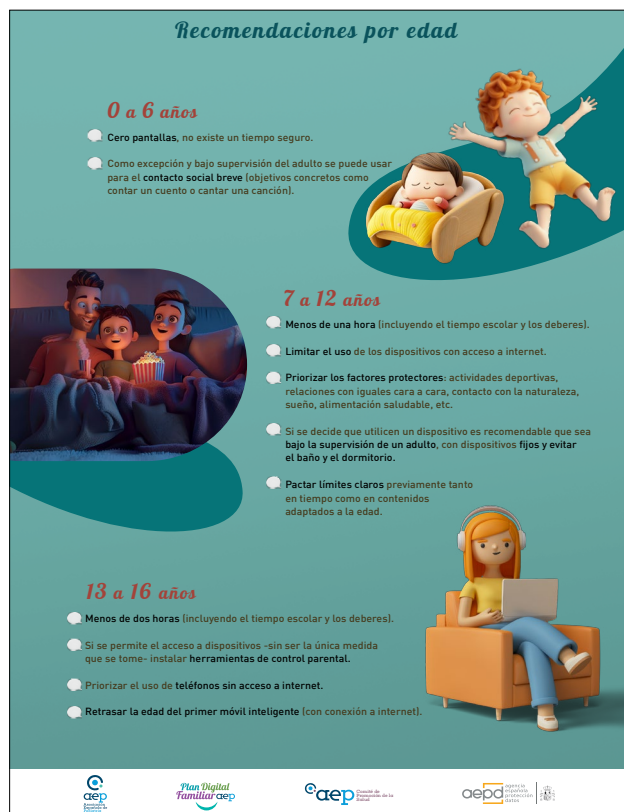


Figura 4



Figura 5



Plan digital familiar

Recomendaciones generales para las familias

 **Apagar los dispositivos electrónicos que nadie esté usando.**

 **Evitar el uso de dos o más dispositivos a la vez.**

 **Establecer límites de tiempo** para el uso de pantallas: De **0 a 6 años** evitar el uso ya que no hay un tiempo seguro; de **7 a 12 años** menos de una hora incluyendo el tiempo escolar y los deberes; de **13 a 16 años** menos de dos horas incluyendo el tiempo escolar y los deberes.

 **Fomentar el ejercicio físico en familia**, ya que a mayor tiempo de pantalla menor actividad física.

 **Evitar los soportes de pantallas** para el carrito, para el coche, etc. Esto aumenta el tiempo de pantalla y les impide ser conscientes del entorno que les rodea y poder relacionarse con él. **Buscar** alternativas como dormir, jugar, escuchar música o comentar el paisaje.

 Usar los dispositivos con una **postura adecuada**, hacer descansos cada 30 minutos y realizar paseos cortos y estiramientos.

 **Evitar tiempos prolongados de pantallas retroiluminadas al ocasionar fatiga visual**, aumentar el riesgo de padecer miopía y estrabismo agudo en el ojo en desarrollo. Debemos seguir la regla del 20/20/20: cada 20 minutos de exposición a la pantalla, parpadear 20 veces y fijar la mirada a un objeto lejano durante 20 segundos.

 **Planificar rutinas y actividades sin pantallas** a diario según la edad, ratos de desconexión: juegos, manualidades, pintar, leer, etc.

 **Establecer zonas libres de pantallas** como el dormitorio o el baño. Podemos elegir un lugar para dejar los dispositivos cuando no los usamos, un "aparcamiento de dispositivos".

 **Reducir su uso en zonas de juego y durante las comidas.**

 **Evitar el uso de pantallas 1-2 horas antes de acostarse.**

 **Atención plena sin distracciones cuando estemos estudiando, trabajando o en los tiempos en familia.** En esos momentos, dispositivos silenciados o apagados y fuera de la habitación.

 Fomentar el **uso creativo de las tecnologías** y reducir el consumo: crear un álbum de fotos familiar o videos, buscar información juntos sobre algo que nos genere curiosidad, etc.

 Elegir **contenidos apropiados a la edad** de los niños y asegurarnos de que vienen de fuentes fiables.

 **Estar presentes y conocer los contenidos.** Revisarlos antes de que acceda el niño para poder decidir si son adecuados o no. Evitar el uso de "dispositivos niñera" y estar junto a ellos cuando usen las pantallas.

 Fomentar en los niños el **pensamiento crítico**.

 Trabajar la **empatía digital: ser capaz de ponerse en el lugar del otro** y entender que, tras las pantallas, lo que hay son personas.

 **Cederles nuestros dispositivos antiguos** en vez de regalarles uno nuevo ya que, si regalamos un dispositivo nuevo al niño, entenderá que es suyo y le costará más aceptar la supervisión de sus padres.

 Antes de ceder un dispositivo, realizar el **Plan Digital Familiar** y **establecer límites claros** en tiempos, espacios, tiempo de desconexión, pedir permiso para comprar o instalar aplicaciones, entre otras.

 **Hacer revisiones periódicas de los dispositivos** con los hijos. Si lo hacemos con ellos no vulneramos su intimidad y les ayudamos a detectar riesgos de forma precoz y encontrar soluciones.

Con el apoyo de  

Figura 6

lescentes. Los adultos debemos ser conscientes del impacto que tiene nuestro ejemplo de buen o mal uso de la tecnología.

El Plan Digital Familiar de la AEP pretende ser una herramienta útil para que profesionales de la salud y familias puedan gestionar el mundo digital de los hogares, con la menor repercusión negativa posible sobre la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Jowett G, Jarvie IC, Fuller-Seeley K. Children and the movies: Media influence and the Payne Fund controversy. Cambridge University Press; 1996.
- Stiglic N, Viner RM. Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents: a systematic review of reviews. BMJ Open. 2019; 9(1): e023191.
- Pedersen J, Rasmussen MGB, Sørensen SO, Mortensen SR, Olesen LG, Brønd JC, et al. Effects of limiting recreational screen media use on physical activity and sleep in families with children: A cluster randomized clinical trial. JAMA Pediatr. 2022; 176: 741-9.
- Ponti M. Screen time and preschool children: Promoting health and development in a digital world. Paediatr Child Health. 2023; 28(3): 184-92.
- Song K, Zhang J-L, Zhou N, Fu Y, Zou B, Xu L-X, et al. Youth screen media activity patterns and associations with behavioral developmental measures and resting-state brain functional connectivity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2023; 62(9): 1051-63.
- Asociación Española de Pediatría. Plan digital familiar. 2023. Disponible en: <https://plandigitalfamiliar.aeped.es/plandigital-familiar.php>

Mesa Redonda: Salud digital

¿Buen uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) por menores de edad?

D.A. CORTEJOSO MOZO

Consulta de Psicología Sanitaria. Decano-Presidente del Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León

RESUMEN

Los y las menores de edad están accediendo a las TIC a edades muy tempranas, produciéndoles efectos perjudiciales en su salud física, social, psicológica... Los profesionales sanitarios debemos dar buenas recomendaciones a las familias para prevenir dichos problemas: retrasar el acceso a las TIC todo lo que se pueda y restringir su uso todo lo que se pueda.

Palabras clave: Huérfanos digitales; Educación digital; Riesgos; TIC; Abuso y sobreexposición.

GOOD USE OF INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES (ICT) BY MINORS?

ABSTRACT

Minors are accessing ICT at a very early age, causing harmful effects on their physical, social, psychological health... Health professionals must give good recommendations to families to prevent such problems: delay access to ICT as much as possible and restrict their use as much as possible.

Keywords: Digital orphans; Digital education; Risks; ICT; Abuse and overexposure.

“La mejor arma contra el ciberacoso es una cena en familia” (Parry Aftab)

Sí, comenzamos con el título entre interrogantes, ¿de verdad seguimos planteando hoy en día “el uso adecuado”

de estas tecnologías por niños y niñas? A pesar de toda la evidencia, cada vez mayor, del perjuicio que les está causando su sobreexposición temprana, su abuso, uso indiscriminado y mal uso, tanto a su salud física, como a su salud psicológica, a su rendimiento académico o a su sociabilidad, hay profesionales que siguen abogando por un uso adecuado de las TIC (tecnologías de la información y la comunicación) en los y las menores, con un supuesto acompañamiento y supervisión de sus responsables. Esto suena muy bien. Pero la realidad del día a día y lo que estamos viendo en las consultas de pediatría, profesionales de la psicología o en centros educativos, es otra bien distinta.

Hoy en día, los aún mal llamados *nativos digitales* se mueven a sus anchas en el mundo digital. Un mundo, al que les permiten entrar sus responsables desde edades cada vez más



tempranas sin tener conciencia de los riesgos y problemas a los que van a enfrentarse, un mundo que les proporciona facilidades de comunicación para salvar distancias e idiomas, pero también dificultades en el desarrollo de habilidades comunicativas y sociales, un mundo que les proporciona ocio y chutes de dopamina sin fin, pero que también les crea adicción ya que está diseñado para captar su atención 24/7, un mundo que les da conocimiento e información sin límites, pero que también les engaña con información falsa, manipulada, les influye, les inculca conductas peligrosas o sin ninguna ética.

Correspondencia: david3358@cop.es (David Alfonso Cortejoso Mozo)

© 2025 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

En realidad, los nativos digitales son *huérfanos digitales* en la medida en la que están explorando e interactuando con este nuevo entorno que es Internet y los dispositivos tecnológicos para conectarse, con una inexistente guía adecuada de sus progenitores; sin límites, sin conocimiento de las normas, de las responsabilidades, del daño psicológico de acceder a contenido para el que no están preparados, sin establecer reglas de uso y sin saber cuáles son muchos de esos riesgos y cómo protegerse de ellos... Les educamos solo en uno de los mundos que habitan y les estamos haciendo huérfanos en el otro.

La educación digital es esa gran desconocida en la actualidad y padres y madres nos escudamos en diferentes motivos bastante débiles y muy oídos: “nos queda muy lejos eso de las nuevas tecnologías”, “somos muy mayores para andar con maquinillas”, “no tenemos ni idea de cómo funcionan las redes”, “nuestros hijos saben más de Internet que nosotros”, “mi hijo/a no ve nunca pornografía”, etc. La educación digital es una labor imprescindible que estamos obligados a llevar cabo hoy en día, con la finalidad de fomentar un uso responsable de las nuevas tecnologías, de enseñar a nuestros hijos e hijas cuáles son los peligros que existen en la Red para ellos/ellas, cómo protegerse y saber ofrecer soluciones cuando por desgracia uno de estos peligros se materializa.

FRASES PARA REFLEXIONAR

- No hay ningún uso completamente seguro de las TIC a edades tempranas.
- Hay cada vez mayor cantidad de evidencia de los efectos perjudiciales del uso de las TIC en edades tempranas, y por el abuso o mal uso de las TIC en menores: salud física, salud psicológica, ámbito social, rendimiento académico...
- No hay ninguna evidencia de que las TIC mejore ningún aspecto por su uso a edades tempranas.
- El sector sanitario, el educativo, las familias y los responsables políticos debemos seguir todos las mismas recomendaciones y hacer caso a la evidencia científica.
- ¿Hay algún motivo válido que justifique el uso temprano de las TIC por menores por encima de la evidencia de los perjuicios que les están causando?

¿QUÉ RECOMENDACIONES PODEMOS DIFUNDIR COMO PROFESIONALES DE LA SALUD PARA PREVENIR ESTOS RIESGOS DESDE LAS FAMILIAS?

La máxima que todo profesional del ámbito sanitario debería recomendar en sus puestos a los responsables de

la educación de niños y niñas es muy sencilla: “la regla de las 2 R”.

- **La primera R es la de retrasar**, retrasar todo lo que podamos el acceso a las TIC a los y las menores, facilitando un aprendizaje experiencial no mediado por una pantalla, facilitando un desarrollo adecuado de su aparato locomotor, de sus órganos de los sentidos, de un adecuado proceso de socialización a medida que crecen, facilitando un descanso reparador, una adecuada salud física solamente por el hecho de estar moviéndose y no pegados a una pantalla, facilitando una adecuada organización de su sistema nervioso central y de sus neuronas sin exponerlas a estímulos para los que sus cerebros no están aún preparados, procurando una estimulación adecuada para su desarrollo tal y como ha venido sirviendo en los últimos 200.000 años de especie humana, con el sonido de las voces de sus figuras de crianza y con el tacto de éstas, practicando el aburrimiento y la imaginación, haciendo que sus cerebros creen, imaginen y no solo respondan consumiendo contenido, y facilitando, con el retraso del acceso, que cuando llegue el momento de acceder a ese contenido, asumiendo que Internet es un ámbito fabuloso, pero donde está también todo lo peor, sus cerebros y su madurez serán mayores y estarán algo más preparados para gestionar emocionalmente aquello que van a visualizar.
- **La segunda R es la de restringir**, una vez que ya llega el momento de no poder retrasarlo más, habrá que restringir su uso todo lo que podamos, poniendo límites horarios, tiempo máximo de uso de pantallas diario, en qué horario pueden gastar ese tiempo de pantalla, en qué situaciones pueden gastarlo y en cuáles no, respetando edades legales y recomendadas de cada servicio, respetando el horario de descanso e impidiendo que tengan los dispositivos en sus habitaciones, utilizando aplicaciones de control parental que ayuden en la educación que se les debe dar en el mundo digital, restringiendo el acceso a determinados sitios de internet con contenido inadecuado, dándoles un buen ejemplo en el uso de las TIC, dialogando sobre las TIC en familia para demostrar interés y conocimiento por parte también de padres y madres, conociendo en familia los peligros y cómo protegerse o prevenirlos, aprendiendo de ciberseguridad, de la importancia de cuidar la identidad digital de cada uno/a y un largo etcétera.

La mejor herramienta preventiva ante los posibles riesgos de las nuevas tecnologías es la **educación digital** que se les pueda dar a los menores desde las familias. Para lograr impartir una adecuada educación digital que les puede prevenir

de todos estos riesgos, hay que tener claro que la educación digital transcurre por una doble vía:

- *Educación tecnológica*, enseñando a los y las menores todo lo que sabemos sobre dispositivos, programas y servicios de Internet, para dotarles de las habilidades tecnológicas necesarias hoy en día y fomentar un uso responsable y seguro de las TIC.
 - Educar a los y las menores en ser críticos ante la información que hay en Internet, no todo es verdad y no todo hay que creérselo.
 - Enseñar a los y las menores la importancia de la privacidad, de no regalar información sobre horarios, gustos, datos personales y familiares, centro educativo al que acuden o trabajos de los padres.
 - Enseñar a los y las menores a proteger sus dispositivos y la información que guardan en ellos con contraseñas fuertes, protectores de pantalla, antivirus y actualizaciones.
 - Mostrar a los y las menores que Internet no es un mundo sin ley, que existen responsabilidades e incluso penas y delitos.
 - Enseñar a los y las menores que hay servicios y contenido en Internet que no es apto para su edad.
- *Educación conductual*, enseñando a los menores que se debe utilizar las TIC con educación, buenos modales y respeto a los demás, también en Internet.
 - Mostrar a los y las menores lo que son y cuáles son las reglas de la netiqueta, las normas de buena educación en el mundo digital.
 - Mantener una buena comunicación, introduciendo el tema de las nuevas tecnologías también en las conversaciones habituales de la familia.
 - Se deben establecer reglas en casa, situaciones en las que no es conveniente el uso de las TIC, horarios, edades, responsabilidades, reglas y sanciones si se incumplen.
 - Tratar de lograr que confíen en la familia para apoyarse en caso de que tengan algún problema, darles la oportunidad de que se expresen, aceptar que se pueden equivocar y educar en el uso de las TIC desde la parentalidad positiva.
 - Educar en sensibilidad y respeto a los demás en Internet, siguiendo la máxima de “no hagas a los demás lo que no quieras que te hagan”.
 - Enseñarles la importancia de no responder a provocaciones, es mejor avisar a un adulto, bloquear y guardar las posibles pruebas en caso de que sean necesarias para una posterior denuncia.

- Hay que ofrecerles alternativas de ocio, para evitar que pasen demasiado tiempo delante de una pantalla o dispositivo conectado a Internet. Debemos fomentar el uso de las TIC, pero siempre buscando un equilibrio en el tiempo que dedican a cada ámbito.
- La familia debe ser el mejor ejemplo para ellos. Hay que cuidar mucho el consumo de Internet y de dispositivos electrónicos que se lleva a cabo en su presencia.

El abordaje preventivo es la mejor herramienta para evitar estos y otros riesgos existentes en las TIC para los menores.

Es necesario también alfabetizar digitalmente a los progenitores para intentar reducir la brecha digital y generacional existente entre ellos, con la finalidad de que entiendan el nuevo panorama y las necesidades digitales que tienen los y las menores, sean capaces de comprender su lenguaje, capaces de manejar las tecnologías que usan y conseguir ser referentes también en su educación digital y en la prevención de estas problemáticas.

BIBLIOGRAFÍA

- AEPD. Estrategia y líneas de acción: Menores, salud digital y privacidad [Internet]. Agencia Española de Protección de Datos; 2024. Disponible en: <https://www.infocop.es/wp-content/uploads/2024/05/estrategia-menores-aepd-lineas-accion.pdf>
- Andrade B, Guadix I, Rial A, Suárez F. Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades [Internet]. Madrid: UNICEF; 2021. Disponible en: <https://www.infocop.es/wp-content/uploads/2024/05/Estudio-impactotecnologia-adolescencia.pdf>
- Center for Countering Digital Hate. Deadly by design. Tik Tok pushes harmful content promoting eating disorders and self-harm into user's feed [Internet]. Center for Countering Digital Hate; 2022. Disponible en: [CCDH-Deadly-by-Design_120922.pdf](https://www.ccdh.org/research/deadly-by-design-120922.pdf)
- OEDA. Informe sobre Adicciones Comportamentales y Otros Trastornos Adictivos 2023: Indicador admitidos a tratamiento por adicciones comportamentales. Juego con dinero, uso de videojuegos, uso problemático a internet y otros trastornos adictivos en las encuestas de drogas en España EDADES y ESTUDES. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023.
- ONTSI. Impacto del aumento del uso de Internet y las redes sociales en la salud mental de jóvenes y adolescentes. Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad. Red.es. Secretaría de Estado de Digitalización e Inteligencia Artificial. Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital; 2023.
- Salmerón Ruiz MA. Influencia de las TIC en la salud del adolescente. ADOLESCERE. 2015; III(2): 18-25. Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_18-25_Influencia_de_las_TIC.pdf

Comunicaciones Orales

REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SCCALP. PALENCIA, ABRIL 2025

Viernes 4 de abril • Centro Cultural de la Diputación

Influencia de la alergia a proteínas de leche de vaca en los dos primeros años de vida sobre los hábitos nutricionales y el desarrollo de trastornos digestivos funcionales en la época prepuberal. *González López C¹, Elola Pastor AI², Delgado Nicolás S³, Pérez Pérez A¹, Mangas Sánchez C⁴, Suárez González M¹, González Jiménez D¹, Díaz Martín JJ¹.* ¹AGC Infancia y Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Centro de Salud Las Vegas. Avilés. ³Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León. ⁴Centro de Salud La Corredoria. Oviedo.

Objetivos. Analizar la relación entre la alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) en los primeros dos años de vida y el desarrollo de trastornos digestivos funcionales (TDF) en la etapa prepuberal y evaluar las diferencias en los hábitos dietéticos entre niños con y sin historial de APLV.

Material y métodos. Estudio prospectivo y observacional incluyendo pacientes entre 6 y 9 años con antecedente de APLV, con grupo control de niños de la misma edad sin antecedentes de APLV, asma, rinitis alérgica ni dermatitis atópica. Se recopilaron datos clínicos y epidemiológicos, además de valoración nutricional mediante el índice KidMed y un cuestionario de frecuencia de consumo. Los TDF se diagnosticaron según los criterios ROMA IV. Se utilizó SPSS para calcular estadísticos básicos de centralización y dispersión, prueba de U de Mann-Whitney y chi-cuadrado.

Resultados. Se incluyeron 24 pacientes con APLV y 16 controles, sin diferencias en las características basales. 10 pacientes (41,7%) con APLV y 2 pacientes (12,5%) control presentaban algún TGF (diferencia estadísticamente signifi-

cativa, p-valor 0,04), siendo lo más frecuente estreñimiento funcional (7 pacientes) seguido de dolor abdominal funcional (6 pacientes). No se observaron diferencias en el índice KidMed pero sí en las ingesta de lácteos (2,1 raciones/día en APLV frente a 2,8 en controles, p-valor 0,02).

Conclusiones. Los pacientes con APLV en la etapa lactante desarrollaron más frecuentemente TDF en la época prepuberal frente al grupo control, además de persistir una menor ingesta de lácteos respecto al grupo control entre los 6 y 9 años.

Apendicitis de localización atípica: reporte de un caso. *González Guerrero C¹, Puchale Chávez HD¹, Navas Méndez de Andrés F¹, Valdés Rodríguez D¹, Pérez Suárez I¹, Rosell Echevarría MJ², Arredondo Montero J².* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La variabilidad anatómica en la posición del apéndice cecal contribuye a la dificultad en el diagnóstico de la apendicitis aguda pediátrica, sobre todo en aquellas de localización atípica.

Caso clínico. Paciente mujer de 10 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de relevancia, que acudió a urgencias por dolor abdominal difuso de tipo cólico que no respondía a la analgesia. A la exploración física se constató la presencia de un dolor selectivo a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, con irritación peritoneal asociada. El signo de Murphy fue negativo en todo momento. Ante estos hallazgos, se solicitó una analítica sanguínea urgente que mostró un hemograma sin alteraciones y una discreta elevación de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva

9,8 mg/L). Se realizó una ecografía abdominal que mostró un apéndice cecal con cambios inflamatorios asociados y con trayecto ascendente subhepático. Ante la sospecha clínica y ecográfica de apendicitis aguda se decidió intervenir a la paciente mediante un abordaje laparoscópico monopuerto. Se identificó una apendicitis aguda flemosa de trayecto ascendente subhepático, terminando la punta del apéndice cecal a nivel retrovesicular.

Comentario. Un alto índice de sospecha clínica, junto con el uso adecuado de pruebas de imagen, es esencial para un diagnóstico temprano y un manejo terapéutico óptimo del dolor abdominal agudo de presentación atípica. Como médicos clínicos, debemos incluir siempre la apendicitis dentro de los diagnósticos diferenciales teniendo en cuenta sus diversas presentaciones clínicas para evitar pasar por alto la patología abdominal aguda más frecuente en edad pediátrica.

Coprocultivos en urgencias pediátricas: evaluación de indicaciones y hallazgos. *Romero del Hombrebueno Gómez del Pulgar Y, Fernández Herrera MC, Justo Vaquero P, Carranza Ferrer J, Maté Real Á, Castanedo Ruiz I, Fombellida de la Fuente C, Morales Moreno AJ. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Objetivo. Analizar si los coprocultivos recogidos en el Servicio de Urgencias de nuestro centro, con registro y revisión diaria, se recogen según indicaciones clínicas. Además, se pretende conocer que microorganismos patógenos son los más frecuentes y en qué casos se realizó tratamiento antibiótico en nuestro medio.

Metodología. Estudio observacional retrospectivo en el que se han incluido los pacientes a los que se recogió un coprocultivo durante 2024 en el Servicio de Urgencias. Las variables utilizadas fueron edad, sexo, enfermedad de base, gravedad, evolución, presencia de sangre en las heces, fiebre, ambiente epidémico, viajes, microorganismo aislado y antibioterapia. Los datos se recogieron de los cuadernos de microbiología e historias clínicas electrónicas.

Resultados. Se recogieron un total de 131 pacientes (55% hombres). La media de edad fue de 42,23 meses. De los pacientes analizados, un 11% pertenecían a grupos de riesgo. También motivó la recogida de coprocultivo la presencia de sangre (45%) y la diarrea prolongada (16%). Sin embargo, un 25% se recogieron sin ninguna de las indicaciones anteriores. El resultado fue positivo en un 47% (*Campylobacter jejuni*, 66%). Finalmente, el 23% de los pacientes en los que se reportó crecimiento de microorganismo fue tratado, bien por Atención Primaria o desde nuestro centro.

Conclusiones. Se destaca que la correcta indicación y recogida del coprocultivo, basada en criterios clínicos es útil en la práctica diaria. La administración de antibióticos, dada en un 23% de los pacientes, sugiere un manejo terapéutico prudente y ajustado a la gravedad e indicaciones específicas.

Viernes 4 de abril • Sala 1 Hotel Castilla La Vieja

Perfil clínico y epidemiológico de *Mycoplasma pneumoniae*: patrones estacionales, riesgos y desafíos terapéuticos. *Rondón Martínez C¹, Musgo Balana P¹, Gautreaux Minaya S¹, Arias Consuegra MA¹, Del Villar Guerra P¹, Prada Pereira T¹, González Mieres C¹, Rodríguez Rey A². ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Microbiología. Hospital El Bierzo. Ponferrada, León.*

Objetivos. Evaluar las características clínico-epidemiológicas y terapéuticas de una muestra de pacientes menores de 14 años con diagnóstico confirmado de *Mycoplasma pneumoniae*.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal realizado entre 2020-2024. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y terapéuticas, a través de los datos obtenidos de la historia clínica de pacientes atendidos en los servicios hospitalarios y de Atención Primaria de un Área de Salud. El diagnóstico microbiológico se confirmó mediante reacción en cadena de polimerasa de *Mycoplasma pneumoniae*.

Resultados. Se analizaron 872 muestras, de las cuales 3,8% (n=34) fueron positivas. La edad tuvo una mediana de 7 años y el rango intercuartílico fue 6 años, siendo el 70,5% (n=24) menores de 10 años. El 61% (n=21) eran varones. La infección por *Mycoplasma pneumoniae* predominó en primavera (35,3%, n=12), seguida de verano e invierno (26,5%, n=9 cada uno). La solicitud de pruebas se originó en el ámbito hospitalario en el 64% (n=22) de los casos, y en Atención Primaria en el 35% (n=12). Clínicamente, el 64,7% (n=22) de los pacientes presentó un curso no complicado, el 20,5% (n=7) requirió oxigenoterapia, el 11,4% (n=4) mostró manifestaciones digestivas, y el 2,9% (n=1) sufrió una convulsión febril. Ningún paciente requirió ventilación mecánica. El 97% (n=33) recibió tratamiento con azitromicina.

Conclusiones. La presentación clínica de *Mycoplasma pneumoniae* es variada, de las cuales la mayoría no presenta complicaciones. Sin embargo, se evidenció una tasa elevada de antibioterapia, a pesar de presentar bajos factores de riesgo, lo que sugiere la necesidad de optimizar su indicación.

Cuando el estreptococo se complica: dos casos para estar alerta. *Maté Real A, Pino Velázquez M, Fernández Herrera MC, Romero del Hombrebueno Gómez del Pulgar Y, Ruiz Castanedo I, Moriana Río N, Morales Moreno AJ, Fernández González S. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. El estreptococo β -hemolítico del grupo A (EGA) es un patógeno frecuente en pediatría. Produce enfermedades de diversa gravedad, desde faringoamigdalitis a complicaciones supurativas o invasivas, pudiendo causar elevada morbilidad. Se ha observado un incremento global de las infecciones graves en los últimos años.

Caso clínico 1. Varón, 10 años, consulta por eritema y edema ocular izquierdo con fotofobia, disminución de agudeza visual y fiebre. Sospecha de celulitis orbitaria. Analítica sanguínea con leucocitosis, neutrofilia, elevación de reactantes y coagulación alterada. TAC craneal: colección en techo orbitario preseptal y postseptal. Ingresos para antibioterapia intravenosa (cefotaxima 200 mg/kg/día y clindamicina 40 mg/kg/día) y corticoterapia. Traslado a UCIP por sepsis. Drenaje de absceso por Otorrinolaringología. Crecimiento de EGA en hemocultivo y exudado. Mejoría clínica y analítica. Completa 3 semanas de antibioterapia.

Caso clínico 2. Mujer, 4 años, consulta por tortícolis y fiebre. Sospecha de absceso periamigdalino derecho. Analítica sanguínea con leucocitosis, neutrofilia, elevación de reactantes y alteración de coagulación. TAC cervical: absceso periamigdalino derecho. Ingresos para antibioterapia intravenosa (cefotaxima 200 mg/kg/día y clindamicina 40 mg/kg/día) y corticoterapia. Precisa hasta tres intervenciones para drenaje de colección. Se mantiene ingresada en UCIP y conectada a ventilación mecánica 3 días. Crecimiento de EGA en cultivo de exudado. Mejoría clínica y analítica. Completa 3 semanas de antibioterapia.

Comentarios. El EGA puede producir enfermedades graves que precisen cirugía o ingreso en UCIP. La rápida identificación y tratamiento oportuno tanto de formas leves como de complicaciones son fundamentales para reducir la morbilidad y prevenir secuelas.

Intoxicaciones por paracetamol en niños: análisis y manejo. *López Allúe L, Gutiérrez Valcuende C, Morales Moreno AJ, Morales Albertos L, Fernández Herrera MC, Uribe Reina MP, Nieto Sánchez RM, García Saseta P. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción y objetivo. Las intoxicaciones por paracetamol son frecuentes en pediatría. La mayoría son acciden-

tales no llegando a dosis tóxicas (> 150 mg/kg) y existiendo discrepancias en cuanto al manejo. El objetivo es describir las características clínico-epidemiológicas y el manejo en una cohorte pediátrica.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes pediátricos con exposiciones por paracetamol que acudieron a Urgencias de un hospital de tercer nivel entre 2021-2025.

Resultados. De los 10 pacientes analizados, el 50% fueron hombres con una edad media de $6 \pm 7,7$ años (70% < 6 años). El 70% fueron accidentales y solo se alcanzó dosis tóxica en el 20%. El tiempo medio desde la ingesta hasta la llegada a urgencias fue de $2,15 \pm 0,7$ horas. Presentaron clínica digestiva leve 2 pacientes. Se realizó analítica en el 50% de los casos, normales. En el 60% se empleó carbón activado, en el 30% vigilancia exclusiva y en los 2 casos de dosis tóxica, tratamiento dirigido. Solo 2 pacientes precisaron hospitalización.

Conclusiones. Niños < 6 años con intoxicaciones por paracetamol suelen ser asintomáticos y presentan menos riesgo de hepatotoxicidad por lo que el corte de toxicidad ha sido aumentado (200 mg/kg). En nuestra cohorte ningún superó los 200 mg/kg y solo 2 que ingirieron dosis > 150 mg/kg/día presentaron clínica digestiva sin repercusión analítica. Se realizó analítica en el 50% mientras que las guías solo lo recomiendan en consumo intencionado/combinado con otros medicamentos o sospecha de dosis tóxica no confirmada. Se administró carbón activo en el 60% del total, siendo recomendación clara en < 1 hora y sugerida hasta las 6 horas.

Impacto de la inmunización con niservimab en la bronquiolitis: experiencia en un hospital de segundo nivel. *Corihuela Menéndez P, Segovia López SM, Álvarez Blanco E, De Juan Vázquez D, Álvarez Menéndez L, González Carrera E, Méndez Sánchez A, González García L. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.*

Objetivos. Evaluar el impacto de la introducción del anticuerpo monoclonal nirsevimab frente al virus respiratorio sincitial (VRS) en la incidencia y gravedad de bronquiolitis en un hospital de segundo nivel.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de casos de bronquiolitis atendidos en urgencias pediátricas, comparando los 12 meses anteriores y posteriores a la introducción de nirsevimab (prenirsevimab: octubre 2022-septiembre 2023; postnirsevimab: octubre 2023-septiembre 2024). Se analizaron el número de visitas e ingresos, factores de riesgo, duración del ingreso, necesidad de oxigenoterapia y resultados microbiológicos.

Resultados. La tasa de administración neonatal de nirsevimab fue del 97,7%. Se observó una reducción del 35,8% en consultas por bronquiolitis en menores de 2 años (296 vs 190) y del 47,2% de ingresos hospitalarios (72 vs 38). La duración del ingreso fue menor en el periodo postnirsevimab ($4,2 \pm 2,99$ días vs $2,9 \pm 2,10$ días, $p=0,017$), al igual que la necesidad de oxigenoterapia (54,2% vs 34,2%, $p=0,046$) y su duración (3 vs 2 días, $p=0,025$). La detección de VRS mediante reacción en cadena de la polimerasa descendió (70,8% vs 26,3%, $p<0,0001$).

Conclusiones. Tras un año de inmunización con nirsevimab, se ha observado una reducción significativa en el número de consultas e ingresos por bronquiolitis, así como en la gravedad de los mismos en cuanto a duración del ingreso y necesidad de oxigenoterapia.

Estudio descriptivo de la primera inmunización con nirsevimab en el Complejo Asistencial de Burgos. *Clavijo Izquierdo ME, Gil Calderón FJ, Barbadillo Mariscal B, Mañaricua Arnáiz A, Oquillas Ceballos A, Gonzalo San Esteban A, Santamaría Sanz PI, Miras Veiga A.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Objetivos. Caracterizar la época epidemiológica de la bronquiolitis aguda en los pacientes atendidos en Urgencias durante la primera administración de nirsevimab.

Material y métodos. Estudio descriptivo y prospectivo que incluye a los pacientes con diagnóstico de bronquiolitis aguda atendidos en urgencias durante octubre 2023-marzo 2024. Para definir los casos se usaron los protocolos SEUP.

Resultados. Durante el estudio se atendieron 132 pacientes con diagnóstico de bronquiolitis aguda. Un 23% de los pacientes precisaron hospitalización (25 planta; 5 UCIP). La frecuencia de los agentes etiológicos: VRS (8%); VRS junto con otro virus (10%); otros virus (12%); varios virus, distintos de VRS (6%). Del total de pacientes diagnosticados con bronquiolitis aguda, 82 cumplían criterios para recibir profilaxis con Nirsevimab; de los cuales el 68% la recibió. Con respecto al grupo con profilaxis el 23% requirió ingreso hospitalario, siendo principalmente en planta; identificándose en dos ocasiones VRS. En relación con aquellos sin profilaxis, de un total de 6 casos que requirieron hospitalización (1 UCIP, 5 planta), 5 de ellos fueron causados por VRS como único agente o en compañía de otro virus.

Conclusiones. El VRS continúa siendo la principal causa de bronquiolitis aguda. El alcance de la inmunización con nirsevimab en nuestra población es bajo (68%). Notamos que incluso en aquellos que la han recibido se ha aislado VRS, aunque sin precisar hospitalización en UCIP. En el grupo que

no recibió la profilaxis se identificó con mayor frecuencia VRS. El estudio es limitado en su metodología pero sienta un precedente para futuras investigaciones.

Descamación serpentina: el estafilococo y su muda de piel. *Domínguez Sevillano B, González Calderón O, De la Calle Cabrera MT, González González MM, Escalona Gil AM, Seco Calvo MJ, Jiménez Domínguez A.* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. El síndrome de la escaldadura estafilocócica es una enfermedad cutánea ampollosa causada por *Staphylococcus aureus* productor de toxinas exfoliativas. La bacteria se localiza en mucosas y las toxinas pasan al torrente sanguíneo, causando una descamación intraepidérmica, por la rotura del complejo desmogleína 1. Su incidencia es desconocida, aunque está en aumento. Afecta, fundamentalmente, a menores de 5 años. Clínicamente, se manifiesta con eritrodermia, que evoluciona a lesiones ampollas con Nikolsky positivo, principalmente, en cara, axilas e ingles, y descamación periorificial. No involucra a mucosas. Los pródromos incluyen edema facial y conjuntivitis. Puede acompañarse de fiebre y mal estado general. El diagnóstico es clínico. Puede aislarse la bacteria en el cultivo de lesiones, pliegues o nariz, y detectar la producción de toxinas mediante ELISA o PCR.

Caso clínico. Escolar de 4 años que acudió inicialmente por un cuadro de impétigo perioral, tratado con mupirocina tópica y, posteriormente, cefadroxilo oral. Reacude por edema facial, eritrodermia, lesiones axilares y peribucales con costra melicérica, descamación y lesiones de rascado. Refiere dolor cutáneo al tacto. Se realiza analítica sanguínea, sin alteraciones, TDR estreptococo y cultivo de lesiones de piel y mucosa nasal, negativos. Se ingresa con cloxacilina y clindamicina intravenosas, mupirocina y emolientes tópicos, continuando a los cinco días, con amoxicilina-ácido clavulánico en domicilio.

Comentarios. El diagnóstico temprano y tratamiento adecuado del síndrome de escaldadura estafilocócica es crucial para evitar complicaciones graves como celulitis, sepsis o deshidratación. Debe sospecharse en niños con eritrodermia aguda y afectación conjuntival o peribucal y es fundamental realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades con afectación cutánea, muy frecuentes en pediatría.

Bibliografía. 1) Marín Cruz I, Carrasco Colom J. Infecciones de piel y partes blandas. Protoc diagn Ter Pediatr. 2023; 2: 271-83. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_infecciones_piel.pdf. 2) Nso Roca AP, Baquero-Artigao F, García-Miguel MJ, de José Gómez MI, Aracil Santos FJ, del Castillo Martín F. Síndrome de escal-

dadura estafilocócica. *An Pediatr.* 2008; 68(2): 124-7. doi: 10.1157/13116226. Disponible en: <https://www.analesde-pediatria.org/es-sindrome-escaldadura-estafilococica-articulo-S1695403308749026>

Viernes 4 de abril • Sala 2 Hotel Castilla La Vieja

Priapismo infanto-juvenil. Tratamiento quirúrgico. *Olarte Ingaroca SE, Hortelano Romero E, Calvo Penín C, Sánchez Pulido LJ, Crehuet Gramatyka D, Álvarez Muñoz V. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El priapismo es la erección peneana sostenida en el tiempo, no relacionada con el estímulo sexual. Es poco frecuente en edad pediátrica. El priapismo de bajo flujo o isquémico es una emergencia urológica por el riesgo de desencadenar disfunción eréctil.

Caso clínico. Paciente de 13 años con episodio de priapismo de 36 horas de evolución con antecedentes de tratamiento para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad con risperidona y metilfenidato, sin otro factor de riesgo desencadenante. Ecografía con hallazgos de priapismo de bajo flujo. Se inicia tratamiento escalonado documentado para esta entidad. Se aplican medidas inicialmente conservadoras que no fueron efectivas, por lo que se procede a la punción de cuerpos cavernosos con obtención de sangre isquémica, se realiza lavado con suero salino con mejoría temporal, posteriormente en segundo tiempo se realiza lavado e infiltración de fenilefrina con efectividad temporal. Ante persistencia, se realiza shunt cavernoso-esponjoso distal y, tras empeoramiento en 24 horas, se realiza shunt cavernoso-esponjoso proximal bilateral de Quackels que resulta definitivamente efectivo.

Comentarios. El priapismo de bajo flujo se produce por una relajación anormal del músculo liso de los cuerpos cavernosos que lleva a la veno-oclusión, ocasionando isquemia con posterior fibrosis e impotencia, por lo que es importante un manejo emergente y escalonado en caso de refractariedad del priapismo, realizando procedimientos de menos a más invasivo. Es necesario investigar también las causas subyacentes relacionadas con la entidad con el fin de actuar en ellas.

Misma sintomatología, diferente etiología. *Carrasco Villanueva MJ, Haupt Arabia V, Martín Iranzo NM, Jiménez Hernández EM, Rodríguez Calleja J, Fernández Alonso JE, Bartolomé Porro JM, Gutiérrez Zamorano M. Servicio de Pediatría. Hospital Río Carrión. Palencia.*

Introducción. La hematuria de origen glomerular es la presencia de sangre en orina (microscópica o macroscópica) cuyo origen está en el glomérulo. Típicamente es de color oscuro, indolora, sin coágulos, está presente durante toda la micción y acompañada de proteinuria. En el sedimento urinario aparecerán hematíes dismórficos. La edad, historia clínica, exploración física y forma de presentación orientarán la etiología.

Caso clínico. Se presentan tres casos. El primero es un varón de 4 años con hematuria macroscópica espontánea sin otra sintomatología. La semana previa había tenido fiebre y exantema cutáneo. En uroanálisis presenta hematuria de origen glomerular con proteinuria. En analítica sanguínea presenta complemento C3 bajo. Se diagnostica de glomerulonefritis postinfecciosa. El segundo es una mujer de 7 años con hematuria microscópica hallada casualmente en dos ocasiones. Se desconocen antecedentes maternos. En uroanálisis presenta hematuria y proteinuria, persistentes tras controles. Se solicita estudio genético donde se encuentra variante del gen COL4A5, confirmando el diagnóstico de síndrome de Alport ligado a X. El tercero es una mujer de 6 años diagnosticada de vasculitis por IgA. Al mes del diagnóstico, reaparición de lesiones cutáneas, hipertensión arterial y hematuria microscópica. Se realiza uroanálisis confirmando origen glomerular y estudio de inmunidad donde destaca aumento de IgA. Se confirma el diagnóstico de glomerulonefritis por IgA.

Comentarios. Ante la aparición de hematuria en la infancia es fundamental realizar pruebas complementarias para determinar su origen y etiología. No hay que olvidar que un mismo síntoma puede ser signo de patologías diferentes que tendrán distintos tratamientos e implicaciones pronósticas.

Un giro inesperado. *Domínguez Sevillano B, Balbuena Mejías Y, Sus Usero J, González Calderón O, Criado Muriel MC. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. La torsión testicular es la tercera causa de escroto agudo en Pediatría. Se caracteriza por la rotación del cordón testicular que interrumpe el flujo sanguíneo del testículo. Aunque puede presentarse a cualquier edad, presenta dos picos de incidencia: uno en el periodo prenatal y otro a partir de la pubertad. Afecta predominantemente al testículo izquierdo. Se distinguen varias fases: comienza con una congestión y tumefacción testicular por compresión venosa, seguida de isquemia y necrosis por obstrucción arterial. Los factores que determinan el daño testicular son el tiempo de evolución y el grado de torsión.

Caso clínico. Escolar de 11 años, en seguimiento por talla baja, derivado por dolor testicular de inicio brusco, de

8 horas de evolución. El paciente refería traumatismo cinco días antes. No relaciones sexuales. A la exploración física, se objetivó un aumento del tamaño testicular izquierdo, de consistencia pétrea y coloración violáceo-negruzca. El reflejo cremastérico y el signo de Prehn eran negativos. En la ecografía testicular y *doppler*, se observó el testículo izquierdo horizontalizado, hipoecogénico y sin vascularización, junto a torsión de los vasos en el polo superior del cordón inguinal. Se intervino quirúrgicamente, confirmando la ausencia de flujo sanguíneo y necrosis del parénquima, por lo que se realizó orquiectomía izquierda y orquidopexia derecha.

Comentarios. La torsión testicular es una entidad frecuente en pediatría, con implicaciones significativas, por lo que es fundamental un alto grado de sospecha clínica y hacer diagnóstico diferencial con otras causas de dolor testicular. Una vez diagnosticado, supone de gran importancia el factor tiempo para la recuperación del testículo afectado.

Bibliografía. 1) Huertas AL, Barrera Delfa S. Escroto agudo. *Pediatr Integral*. 2019; XXIII(6): 283-91. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-09/escroto-agudo/>. 2) Brunet R, Casals R. Torsión testicular en pediatría, diagnóstico y manejo. *Rev Pediatr Electr*. 2016; 13(4): 1-10. Disponible en: https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2016/vol13num4/pdf/4_TORSION%20TESTICULAR%20PEDIATRIA.pdf.

Aspiración de cuerpos extraños en la infancia: impacto de la fibrobroncoscopia terapéutica (2015-2025). *Gómez Mendiña J, Morales Moreno A.J, Mate Real A, Moriana Río N, Sánchez Mengívar H, Fraile Manzano M.I, Fernández De La Mano S, Marcos Temprano M.* Sección de Neumología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. Conocer las características principales de pacientes atendidos por aspiración de cuerpo extraño en un hospital de tercer nivel durante los años 2015-2025.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de 24 pacientes con sospecha de aspiración de cuerpo extraño.

Resultados. La mediana de edad fue 32 meses. A su llegada a Urgencias, el 66,6% presentaban triángulo de evaluación pediátrica estable y un 33,3% inestable. Los síntomas presentes fueron tos (42,8%), disnea (21,4%) y estridor (21,4%). Cuatro pacientes consultaron de forma diferida por infección de vías respiratorias bajas. La radiografía de tórax era normal en 12 de 24 pacientes. La extracción se realizó con FBC flexible en el 91,6% de los casos, encontrando cuerpo extraño en vía aérea en el 83,3% (n=20). Los más implicados fueron los frutos secos (54,2%) y piezas de jue-

tes (16,6%). La localización más frecuente fue el bronquio principal izquierdo (n=6), seguido del bronquio principal derecho (n=4) y, en tercer lugar, tráquea y bronquio intermedio (n=3). Hubo un éxito tras parada cardiorrespiratoria.

Conclusiones. Los cuerpos extraños en la vía aérea constituyen un evento muy peligroso en niños, especialmente durante los tres primeros años de vida. La forma de presentación de estos pacientes va desde asintomáticos, hasta auténticas emergencias vitales por obstrucción de la vía aérea. En una gran parte de los casos con antecedentes compatibles, tanto la exploración física como las pruebas adicionales resultan normales.

Doctora, me he torcido el tobillo. *Fernández Herrera MC, Justo Vaquero P, Moriana Río N, Uribe Reina MP, Fombellida de la Fuente C, Castanedo Ruiz I, López Allúe L, García Saseta P.* Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. Los traumatismos son uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría, siendo fundamental una buena exploración física orientando nuestra sospecha diagnóstica y para solicitar las pruebas complementarias necesarias.

Caso clínico 1. Paciente de 10 años acude a Urgencias por traumatismo mediante mecanismo de eversión de tobillo. En la exploración presenta un TEP estable. En exploración osteomuscular destaca edema importante en dorso de pie, llamativa deformidad del tobillo izquierdo en rotación externa, dolor intenso a la palpación en maléolo interno. Impotencia funcional importante. Solicitamos radiografía de tobillo objetivando epifisiolisis tipo II de Salter y Harris en tibia izquierda con desplazamiento de placa de crecimiento. Tracción bajo sedación y control con TAC: epifisiolisis tipo II de Salter y Harris sin desplazamiento.

Caso clínico 2. Paciente de 12 años acude a Urgencias por traumatismo en tobillo al recibir patada. A la exploración presenta TEP estable. Exploración osteomuscular destaca deformidad de tobillo en valgo sin posibilidad varo. Hematoma y edema llamativo en parte medial de tobillo izquierdo. Impotencia funcional clara. Muy dolorido, sudoroso. Solicitamos radiografía objetivando epifisiolisis tipo II de Salter y Harris de tibia y fractura desplazada de peroné. Reducción cerrada bajo sedación y control posterior con TAC: epifisiolisis tipo II de Salter y Harris con adecuada reducción de luxación.

Conclusiones. La clasificación de Salter y Harris distingue las fracturas fisarias, que suponen hasta un 30% de las fracturas en pediatría. Es fundamental conocerla, así como sus hallazgos radiológicos para realizar un adecuado diagnóstico y evitar complicaciones a largo plazo.

Dolor y limitación funcional en cadera: un desafío diagnóstico en lactantes. *Morales Albertos L, Fernández de la Mano S, Morales Moreno AJ, De Felipe Pérez M, Uribe Reina MP, Bartolomé Cano ML, Garrote Molpeceres R.* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. El dolor a la movilización de la cadera es un motivo frecuente de consulta y un reto diagnóstico, con etiologías que van desde procesos autolimitados hasta infecciones graves. La fiebre y la limitación funcional justifican estudios complementarios para un manejo adecuado.

Caso clínico. Mujer de 9 meses que consulta por dolor en cadera izquierda de 48 horas de evolución, asociado a fiebre de 36 horas y cuadro catarral previo. Sin traumatismos previos. Antecedentes familiares y personales sin relevancia patológica para el caso clínico, con desarrollo psicomotor normal y calendario de vacunas actualizado. En la exploración, presenta limitación en la rotación de cadera izquierda sin signos inflamatorios visibles ni apoyo en la extremidad. Se ingresa con sospecha de artritis séptica, realizándose artrocentesis ecoguiada, que evidencia derrame con líquido purulento. En la analítica destaca leucocitosis, trombocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. Se identifica *Kingella kingae* en el cultivo del líquido sinovial. Se inicia cefuroxima intravenosa a 150 mg/kg/día y analgesia. La paciente evoluciona favorablemente, permitiendo el cambio a antibioterapia oral tras 20 días de tratamiento intravenoso. Es dada de alta a los 22 días con indicación de completar 6 semanas de antibiótico y seguimiento en Reumatología infantil.

Comentarios. La artritis séptica de cadera en lactantes requiere diagnóstico y tratamiento precoz para evitar secuelas. Este caso resalta la importancia de sospechar infección ante dolor de cadera con fiebre, aún sin antecedente traumático. *Kingella kingae* es un patógeno emergente cuya detección precoz permite optimizar el manejo y mejorar el pronóstico.

Dolor de miembro fantasma tras amputación de extremidad superior, ¿cómo podemos prevenirlo? *Gil Calderón FJ, Valencia Ramos J, Matilla Sainz-Aja N, Prieto Domínguez C, Gonzalo San Esteban A, Tejero Pastor L, Barbadillo Mariscal B, Melgosa Peña M.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. El dolor de miembro fantasma hace referencia a la sensación dolorosa en partes del cuerpo que ya no están presentes. Tiene una incidencia del 2-80%, y aunque es menos frecuente en pacientes más jóvenes, puede aparecer en Pediatría. Existe escasa literatura sobre la prevención

y el tratamiento farmacológico, encontrando evidencia con el uso de mórficos, los bloqueos regionales en el momento agudo, y el uso de gabapentina crónico. El uso de calcitonina es una alternativa reciente que está en investigación.

Caso clínico. Paciente de 9 años trasladado a nuestro centro para amputación de extremidad superior por mano catastrófica tras estallido accidental de petardo. Se realiza reconstrucción en las primeras horas del primer y cuarto dedo. Tras la cirugía mantiene control del dolor con bloqueo axilar ipsilateral con ropivacaína 0,2% 4 ml/h. En las primeras 24 horas postoperatorias se inicia gabapentina y se administra dosis única de 100 unidades de calcitonina intramuscular. Se mantiene bloqueo axilar durante 5 días a dosis inicial, y 2 días más a la mitad de dosis. Posteriormente mantiene tratamiento con gabapentina. Treinta días después de la cirugía el paciente presenta buen control del dolor, sin aparición de sensaciones de miembro fantasma.

Conclusiones. En nuestro paciente, la combinación del bloqueo regional con ropivacaína, una dosis de calcitonina, y la administración crónica de gabapentina ha evitado por el momento la aparición del dolor de miembro fantasma. Es necesario realizar estudios para asegurar la efectividad de la calcitonina, pero actualmente es una alternativa esperanzadora.

Sábado 5 de abril • Centro Cultural de la Diputación

Características de hospitalización por crisis febriles en una provincia española en 20 años. *Jiménez Hernández EM, Carrasco Villanueva MJ, Haupt Arabia V, Martín Iranzo NM, Rodríguez Calleja J, Fernández Alonso JE, Bartolomé Porro JM, Gutiérrez Zamorano M.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.

Introducción. Las crisis febriles suponen el trastorno convulsivo más frecuente en la infancia. La edad de aparición suele ser entre 6 meses y 5 años. Tras un período de observación y estabilidad clínica, los pacientes pueden ser dados de alta con seguimiento por su pediatra, lo que ha supuesto una disminución en los ingresos.

Objetivo. El objetivo es conocer la incidencia y características de los pacientes hospitalizados por crisis febriles en los últimos 20 años en nuestro medio.

Material y métodos. Durante el periodo que abarca el estudio (2001-2021) se han registrado 419 ingresos. Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo sobre la media de edad, sexo, duración del ingreso y tipo de ingreso.

Resultados. Mediante el análisis de regresión de Join-Point se objetiva un descenso en el número de ingresos

($R^2=0,6316$). Se visualiza un ritmo circanual ($p<0,001$) con una acrofase el 26 de febrero. Se han objetivado un 97,1% de convulsiones febriles simples. La media de edad se sitúa en 1,72 años. Se ha objetivado un descenso estancia hospitalaria, 2 días en 2001 frente a 0,6 días en 2021 ($p<0,001$). El mayor porcentaje de ingresos corresponden a varones (53%). La mayoría de los ingresos se ha realizado de forma urgente (99,8%).

Conclusiones. En el estudio realizado se objetiva un comportamiento similar al descrito en la literatura, siendo más frecuentes las crisis febriles simples y en varones. Demuestra un descenso tanto en el número de ingresos como en días de hospitalización relacionados con el cambio de manejo de las crisis febriles.

Síndrome de Chung-Jansen a propósito de un caso. *Martín Iranzo NM, Haupt Arabia V, Jiménez Hernández EV, Carrasco Villanueva MJ, Peña Valenceja A, Alonso Quintela P, Villagómez Hidalgo J, García Barbero E. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.*

Introducción. Se trata de un síndrome genético causado por un defecto en el gen PHIP en el cromosoma 6. Se caracteriza por un retraso en el desarrollo, anomalías conductuales y obesidad. La prevalencia es $<1/1.000.000$. El tipo de herencia es autosómica dominante y la edad de aparición se sitúa en un amplio margen desde prenatal hasta la infancia.

Resumen del caso. Se trata de una niña de 19 meses, primera hija, que acude a la consulta de Neurología derivada desde Atención Primaria por retraso madurativo. Como antecedentes personales se trata de un embarazo por fecundación *in vitro* (FIV). Como antecedentes familiares, la madre presenta inteligencia límite y padre discapacidad no especificada. En la exploración física destacan rasgos de dismorfismo facial. Se trata de una niña muy risueña con gran retraso del lenguaje y motricidad limitada. Se amplía estudio genético con exoma que identifica una variante del gen PHIP. Se realiza resonancia magnética sin encontrar hallazgos de significación patológica. A nivel terapéutico recibe apoyo escolar con pedagogía terapéutica, audición y lenguaje. Además, está en seguimiento por Traumatología por metatarso aducto con uso de plantillas. Recibe soporte con fisioterapia semanal. Continúa en seguimiento en las consultas de Neurología pediátrica para ver evolución y necesidad de otros apoyos y pruebas complementarias.

Comentarios. Al igual que en cualquier trastorno genético, las características y la gravedad de los problemas pueden diferir mucho entre las personas con síndrome de Chung-Jansen.

Características de la hospitalización por traumatismo craneoencefálico en una provincia española en 20 años. *Jiménez Hernández EM, Martín Iranzo NM, Carrasco Villanueva MJ, Haupt Arabia V, Alonso Quintela P, De la Torre Santos SI, Cantero Tejedor MT, Izquierdo Herrero E. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.*

Introducción. Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) suponen la lesión de estructuras de la cabeza producida por fuerzas mecánicas. Es motivo frecuente de consulta en Urgencias y la primera causa de muerte y discapacidad en mayores de 1 año. Sigue una distribución bimodal en la edad pediátrica. Según la gravedad del TCE precisa realización de pruebas complementarias y/o ingreso u observación.

Objetivo. El objetivo del estudio es conocer la incidencia y características de los pacientes hospitalizados por TCE en un período de 20 años en nuestro medio.

Material y métodos. Durante el período que abarca el estudio (2001-2021) se han registrado 121 ingresos. Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo sobre la media de edad, sexo, duración del ingreso, tipo de ingreso y tipo de alta.

Resultados. Mediante el análisis de regresión de Join-Point se observa un ascenso en el número de ingresos con un porcentaje anual de cambio de 8,8 pero no se objetiva cambio de tendencia. No se visualiza ritmo circanual. La edad media se sitúa en 4 años, objetivando un aumento de incidencia en menores de 1 año. La estancia hospitalaria media se sitúa en 3 días. El mayor porcentaje de ingresos corresponden a varones (60,3%). La mayoría de los ingresos se ha realizado de forma urgente (98,3%) y el 16,4% de los pacientes precisan traslado a Unidades de Cuidados Intensivos.

Conclusiones. En el estudio realizado se objetiva el aumento de incidencia de TCE en los menores de 1 año coincidente con la literatura. Precisan traslado a Unidad de Cuidados Intensivos en un 16,4%.

Síndrome de Houge-Janssens tipo 1. *Haupt Arabia V¹, Jiménez Hernández EM¹, Carrasco Villanueva MJ¹, Martín Iranzo NM¹, Peña Valenceja A¹, Gutiérrez Zamorano M¹, García Barbero E², Villagómez Hidalgo FJ³. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Río Carrión. Palencia. ²Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud Pintor Oliva. Palencia. ³Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud Cuéllar. Segovia.*

Introducción. El síndrome de Houge-Janssens tipo 1 es una enfermedad rara producida por una disfunción de la proteína fosfatasa PPP2R5D con características comunes: retraso psicomotor global, hipotonía, discapacidad intelectual.

tual, escaso lenguaje y dismorfias faciales, y a veces macrocefalia y epilepsia.

Caso clínico. Mujer de 9 meses que acude para valoración de tortícolis congénita e hipotonía. A los 11 meses, ante actitud cifótica en sedestación, se realiza radiografía observando escoliosis llamativa. Antecedentes personales: retraso en sedestación, deambulación tardía. Antecedentes familiares: hermana 7 años sana, resto sin interés. En la primera exploración: hipotonía global, reflejo cutáneooplantar extensor bilateral, reflejos osteotendinosos débiles, torpeza motora, lenguaje no referencial, ausencia de nominación de objetos con sentido. Fenotipo macrocéfalo con frente amplia y orejas de implantación baja, epicantus invertido, filtrum plano, labio en V invertida. Giba con tortícolis asociada, hipotrofia de cinturas escapular y pélvica, trípode para ascenso de sedestación a bipedestación. Se observa leve trastorno de movimiento en reposo generalizado. Tras valoración inicial se realiza RMN observando leve asimetría ventricular y analítica de sangre con estudio genético (exoma), detectando mutación en PPP2R5D.

Comentarios. La paciente desde los 9 meses y medio está en seguimiento por neuropediatría por retraso motor grueso, macrocefalia, tortícolis, plagiocefalia y escoliosis precoz siendo dichas alteraciones características comunes de dicho síndrome. El retraso del habla es común en estos pacientes y muchos no conseguirán desarrollar el lenguaje. Una vez diagnosticada la enfermedad debemos descartar patologías comórbiles (oftálmicas, cardiológicas y genitourinarias) que nuestra paciente no presentaba. Es necesario un abordaje multidisciplinar y seguimiento para lograr mejorar su calidad de vida.

Cuando la ecografía juega al doble. *Moriana Río N¹, Fernández Herrera MC¹, Fernández González S¹, Castanedo Ruiz I¹, Gómez Mendiña J¹, Matías del Pozo V², Uruña Leal MDC², González Fuentes MS³.* ¹Servicio de Pediatría; ²Unidad de Neonatología; ³Servicio de Radiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. Se presenta el caso clínico de un lactante de 10 días de vida derivado a nuestro centro para manejo y tratamiento de hematoma epidural derecho.

Caso clínico. Lactante de 10 días de vida con cefalohematoma parietal sin factores de riesgo perinatales, derivado desde su centro de salud al hospital de referencia para realización de pruebas complementarias, tras evidenciar aumento del tamaño de una lesión presente ya al alta de Maternidad. Se realiza ecografía transfontanelar que evidencia un hematoma epidural subyacente al cefalohematoma, por lo que se decide el traslado a nuestro centro para manejo y tratamiento. Se realiza nueva ecografía transfontanelar con igual hallazgo, y valoración por

neurocirugía. Manejo expectante debido a estabilidad clínica. Nuevo control ecográfico a los tres días donde ante igual imagen, se describe falso hematoma epidural por imagen especular. Se decide ampliar estudio para descartar otras causas no perinatales del crecimiento de la lesión mediante tomografía axial computarizada craneal y fondo de ojo, descartándose fractura craneal y afectación retiniana. Se decide alta domiciliaria con seguimiento ambulatorio por Neurocirugía.

Conclusión. El falso hematoma epidural ocurre cuando el haz de ultrasonidos incide sobre una superficie que actúa como espejo ecográfico, reflejándolo. La experiencia del observador es clave para la interpretación de la imagen y evitar procedimientos no indicados. Ante el hallazgo de lesiones no justificadas con los antecedentes conocidos, es fundamental descartar otras causas como puede ser el maltrato.

Caso clínico: neuritis vestibular. *García Mier C, Gestoso Uzal N, Sierra Pedraja E, Melnic Melnic D, Peláez Sánchez A, Camacho Saez B, Recio González M, Peñalba Citores AC.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. El vértigo en Pediatría es poco común, pero es esencial un diagnóstico adecuado, diferenciando entre causas centrales y periféricas, y reconociendo signos de alarma que requieran pruebas de imagen. La causa más frecuente de vértigo periférico es el vértigo postural paroxístico benigno, siendo la neuritis vestibular menos frecuente.

Caso clínico. Adolescente de 14 años que a Urgencias Pediátricas trasladada en ambulancia convencional por mareo de 5 horas de evolución, consistente en inestabilidad y sensación de giro de objetos, asociando cuadro vegetativo. Mejoría de la sintomatología en decúbito supino y con los ojos cerrados. A la exploración física se objetiva una palidez generalizada, tendencia al sueño que impresiona de sensación de mareo y un nistagmo espontáneo horizonte-rotatorio con mirada hacia la izquierda. Fue valorada por otorrinolaringología constatando el nistagmo, maniobra oculo-cefálica positiva izquierda, romberg inestable, Utenberg derecho y marcha en estrella con la maniobra de Babinski Weil. Ante estos hallazgos fue diagnosticada de probable neuritis vestibular, se inició tratamiento con corticoterapia en pauta descendente y se dejó en observación, objetivando una mejoría progresiva de la clínica, pudiendo ser dada de alta a las 24 horas.

Conclusiones. La neuritis vestibular es una causa de vértigo periférico de inicio brusco, que cursa con nistagmo hacia el lado sano y maniobras de Utenberg y Romberg positivas hacia el lado afecto, acompañado de un importante cortejo vegetativo, sin hipoacusia ni acúfenos. Dado que es una patología

infrecuente en edad pediátrica, debe valorarse la realización de una prueba de imagen para descartar otras entidades.

Más allá de la tríada en el traumatismo craneoencefálico por maltrato. Revisión de nuestra causística. *Morales Moreno AJ, Fernández Herrera MC, Romero del Hombrebueno Gómez del Pulgar Y, Gómez Mendiña J, Moriana Río N, Maté Real A, Benito Gutiérrez M, Pino Vázquez A. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica y Neonatal. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Objetivos. Describir las características clínicas, evolución y pronóstico de los pacientes con síndrome del niño zarandeado (SNZ) en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de SNZ en la UCIP de un hospital terciario (2015-2024). Se recopilaron datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y radiológicos analizándose las intervenciones médico-quirúrgicas y su impacto en la evolución de los pacientes.

Resultados. Se incluyeron 9 pacientes (4 varones, 5 mujeres), mediana de edad 4,7 meses. Seis eran hijos únicos. La sospecha de maltrato se notificó en todos los casos, 6 en el último año. El 66% negaba antecedente traumático. La presentación clínica predominante fue neurológica: crisis convulsivas (2), disminución del estado de consciencia (4) y parada cardiorrespiratoria (3). Se identificó hematoma subdural en todos los casos (45% con sangrado en distintas fases), fractura craneal en un tercio y hemorragias retinianas (90%). Tres pacientes requirieron tratamiento para hipertensión intracraneal y drenaje quirúrgico, finalizando en éxitus; del resto, 2 con secuelas neurológicas graves. El 77% de los casos contaban con factores de riesgo social.

Conclusiones. El SNZ presenta alta morbimortalidad. Nuestros datos coinciden con la literatura en la asociación de hematomas subdurales, hemorragias retinianas y encefalopatía. El drenaje quirúrgico es útil tras tratamiento médico refractario, aunque el pronóstico sigue siendo desfavorable. La detección temprana de riesgo y la implantación de programas preventivos podrían reducir la incidencia y gravedad de estos casos, mejorando la sensibilización del personal sanitario y la identificación precoz de signos de alarma.

Uso de ketamina en sedoanalgesia pediátrica: eficacia y seguridad. *Melnic Melnic D, Gestoso Uzal N, Recio González M, Peláez Sánchez A, Camacho Sáez B, García Mier C, Sierra Pedraja E, Gómez Arce A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivos. Evaluar la seguridad y eficacia de la ketamina en procedimientos dolorosos en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo sobre la utilización de ketamina en procedimientos dolorosos en Urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel entre junio 2024-febrero 2025 en pacientes menores de 16 años. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, tratamiento adicional, indicación de uso, patología de base, Mallampati, dosis, efectividad, eventos adversos, medida de estabilización y destino al alta.

Resultados. Se incluyeron 25 pacientes, de los cuales el 76% eran varones. La principal indicación de sedoanalgesia fue reducción de fracturas desplazadas (92%). La mediana de edad fue 7 años. El 24% tenía patología de base con ASA II, y el Mallampati fue I-II en todos. El 76% recibió fentanilo intranasal previamente. La dosis fue 1 mg/kg en el 96%, excepto un paciente que precisó una segunda dosis a 0,5 mg/kg. Hubo pocos efectos adversos: dos pacientes con desaturación <94%, uno con bradipnea (ambos mejoraron con apertura de vía aérea y oxígeno), y efectos secundarios como sialorrea y vómitos en un paciente. La efectividad fue buena en el 80% de los pacientes y parcial en el 20%. El 84% fue dado de alta a domicilio, mientras que el 16% requirió ingreso, por motivos no derivados de la sedoanalgesia.

Conclusión. La ketamina es segura y eficaz para sedoanalgesia en procedimientos dolorosos. Los efectos adversos son poco frecuentes, siendo la bradipnea y la hipoxemia los más comunes, sin necesidad de intervención avanzada.

Sábado 5 de abril • Sala 1 Hotel Castilla La Vieja

Análisis de las hospitalizaciones pediátricas en hospitales públicos de Castilla y León en 21 años. *Andrés De Llano JM¹, Alberola López C³, Casaseca de la Higuera J², Garmendia Leiza JR³, Alberola López S³, Ardura Fernández J³. ¹Complejo Asistencial Universitario de Palencia. ²Escuela Universitaria de Ingeniería de Telecomunicación de Valladolid. ³Centro de Salud Jardinillos. Palencia.*

Objetivo. Conocer las características de las altas hospitalarias en los hospitales públicos del SACYL durante 21 años (2001-2021).

Metodología. Se incluyeron todas las altas de menores de 15 años registradas en el Conjunto Mínimo Básico de Datos del SACYL. Se realizó un análisis de regresión de Joipoint y un análisis cronobiológico de cosinor de múltiples armónicos. Se utilizaron la distribución de frecuencias y porcentajes y la

media y desviación estándar. Se realizaron tablas de contingencia la t de student y el análisis de la varianza.

Resultados. El tamaño muestral utilizado ha sido de 403.415 niños. La media de edad ha sido $3,9 \pm 4,4$ años. La estancia ha sido de $3,9 \pm 8,6$ días. Existe una tendencia decreciente de las tasas de ingresos con un porcentaje anual de cambio de -2 ($p < 0,0013$). Se encontró un ritmo circanual (acrofase el 28 de febrero, $p = 0,015$). El porcentaje de varones fue del 58%. El ámbito de residencia urbano presenta un porcentaje del 70%. El tipo de ingreso fue urgente en el 78%. Respecto al tipo de hospital el de Referencia supuso el 56,5%, el General el 34,6% y el Comarcal el 8,9%. El tipo del Grupo Relacionado con el Diagnóstico fue médico en el 79%. Falleció en el Hospital el 0,2%.

Conclusión. Las hospitalizaciones de pacientes pediátricos en Centros Públicos de Castilla y León presentaron una tendencia decreciente en los años analizados. Se encontró ritmo circanual en los ingresos.

Identificación de tumores óseos benignos en pediatría: 4 casos en Atención Primaria. Navas Méndez de Andrés F¹, Pulache Chávez HD¹, González Guerrero C¹, Pérez Suárez I¹, Valdés Rodríguez D¹, Suárez Rodríguez MA², Martínez Saenz de Jubera J². ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. ²Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud Palomera. León.

Introducción. Los tumores óseos benignos son hallazgos relativamente frecuentes en la consulta de Atención Primaria. La mayoría son asintomáticos y se detectan de manera incidental. Los más comunes en Pediatría incluyen el osteocondroma, el quiste óseo simple, el encondroma y el osteoma osteoide. En la mayoría de casos, el estudio radiológico convencional es suficiente para el diagnóstico inicial, aunque en ocasiones pueden requerirse resonancia magnética o tomografía computarizada.

Casos clínicos. Se presenta una serie de casos clínicos de tumores óseos diagnosticados en Atención Primaria y su manejo. 1) Varón de 14 años: bultoma no doloroso y pétreo en muslo de pierna izquierda (osteocondroma). 2) Varón de 9 años: caída sobre hombro derecho y fractura patológica de húmero proximal (quiste óseo aneurismático). 3) Varón de 13 años con tumoración en espalda. Se realiza Rx y resonancia magnética lumbar con hallazgo de masa dependiente de apófisis espinosa T10, sugestiva de osteocondroma; confirmándose por AP tras exéresis. 4) Varón de 8 años con bultoma en cara externa de húmero de 3 semanas de evolución; se realiza radiografía y posteriormente TAC observando excrecencia en diáfisis proximal humeral sugerente de osteocondroma, con actitud conservadora hasta el momento.

Comentarios. Los tumores óseos son entidades que se diagnostican, mayoritariamente, en las consultas de Atención Primaria. La clínica, la exploración física, y la petición de pruebas radiográficas básicas, así como su interpretación, son las claves para el manejo inicial. La derivación a Traumatología debe hacerse en todos los casos, y de manera urgente ante la sospecha de malignidad.

Características de los pacientes ingresados por gripe en Castilla y León durante dos años consecutivos. Carrasco Villanueva MJ¹, Salamanca Zarzuela B², Valencia Soria C³, Del Villar Guerra P⁴, Redondo Vegas E², Centeno Malfaz F⁵, Rubio Rodríguez F⁶, Serrano Madrid ML⁷. ¹Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia. ²Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ³Complejo Asistencial de Zamora. ⁴Hospital El Bierzo. Ponferrada, León. ⁵Hospital Recoletas Campo Grande. Valladolid. ⁶Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. ⁷Hospital Santa Bárbara. Soria.

Introducción y objetivos. Los menores de 14 años presentan mayor incidencia de infección por gripe que el resto de grupos etarios. El objetivo es describir las características de los pacientes pediátricos ingresados por gripe en nuestra comunidad.

Material y métodos. Estudio prospectivo multicéntrico descriptivo sobre pacientes pediátricos ingresados por infección por gripe en 8 hospitales de Castilla y León, entre las semanas 35 y 9 durante dos años consecutivos. Aprobado por los comités de ética.

Resultados. Se han registrado mayor número de ingresos respecto a la temporada anterior y de manera más tardía, de 45 ingresos el año pasado (pico de ingresos de las últimas semanas del 2023) a 56 de esta (pico de ingresos en las primeras semanas de 2025). Las diferencias más importantes se resumen en la siguiente tabla:

	2023/2024	2024/2025	p
Edad media meses	49,1	64,51	<0,05
Relación varones/mujeres	1/1,5	2,7/1	<0,05
Relación gripe A/B	43/2	31/25	<0,05
Coinfección	20%	17%	>0,05
Patología de base	33%	25%	>0,05
Vacunación	22%	25%	>0,05
Días de ingreso	3,6	5,6	<0,05
Necesidad de O ₂	44%	27%	<0,05
VMNI	6%	13%	<0,05
Ingreso en UCI	7%	9%	>0,05

Conclusiones. Esta temporada la gripe A no ha sido tan predominante sobre la B como la temporada pasada y el pico de ingresos ha sido posterior. Los pacientes han sido de mayor edad y más frecuente en mujeres. Los pacientes han precisado menor necesidad de O₂, con similar necesidad de ventilación mecánica no invasiva y necesidad de ingreso en UCI.

Pacientes críticos atendidos en una Unidad de Urgencias Pediátricas. *García Mier C¹, Gestoso Uzal N¹, Recio González M¹, Melnic Melnic D¹, Guerra Díez JL¹, López Fernández C, Leonardo Cabello MT¹, Ballester Díez Y². Servicio de Pediatría. ¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.*

Objetivo. Describir una cohorte de pacientes pediátricos críticos atendidos en un Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP).

Métodos. Se realizó un estudio prospectivo con un muestreo de tres días al mes, entre diciembre de 2021 y octubre de 2024. Se definió como paciente crítico a aquel que requirió ingreso en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) o estabilización de la vía aérea y/o circulatoria.

Resultados. Durante este periodo, se registraron 33.527 episodios en Urgencias, 67 (0,2%) fueron clasificados como críticos. El 53,7% fueron varones, con una mediana de edad de 36 meses (rango intercuartílico: 6-108 meses). El 32% presentaban enfermedades de base, las más comunes, asma, trastornos neurológicos y prematuridad. Un 25,4% recibía tratamiento médico. El 43,3% de los pacientes fueron atendidos en fin de semana. El mayor número de consultas ocurrió durante los meses de verano. El 32,8% de los pacientes había consultado previamente en urgencias en las 72 horas previas. En cuanto al nivel de gravedad, el 76,1% de los pacientes fueron clasificados con triaje 1 y 2. El triángulo de evaluación pediátrica (TEP) estuvo alterado en el 88% de los casos.

Conclusión. El porcentaje de pacientes críticos es bajo. Uno de cada tres pacientes había consultado previamente. Esto resalta la importancia de una adecuada evaluación inicial y seguimiento. El sistema de triaje pediátrico y las herramientas de identificación temprana, como el triángulo de evaluación pediátrica, son fundamentales para la identificación de pacientes críticos.

Fiebre y manifestaciones cutáneas: importancia de una evaluación integral. *Morales Albertos L¹, Fraile Manzano MI¹, Gutiérrez Valcuende C¹, López Allue L¹, Sánchez Mengibar H¹, Fernández Herrera MC¹, Palencia Ercilla MT². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ²Pediatría. Centro de Salud Barrio España. Valladolid.*

Introducción. Las manifestaciones cutáneas acompañadas de fiebre en la edad pediátrica pueden suponer un desafío diagnóstico, especialmente cuando se asocian con alteraciones hematológicas y compromiso sistémico. Es fundamental realizar una evaluación clínica exhaustiva para descartar etiologías infecciosas, inmunológicas o alérgicas.

Caso clínico. Varón de 18 meses sin antecedentes familiares ni personales de interés. Consulta a su pediatra de Atención Primaria por reinicio de febrícula y aparición de exantema máculo-habonoso en tronco, párpados y en pabellones auriculares, pruriginoso tras ocho días de tratamiento con amoxicilina por otitis media aguda. Tras la suspensión del antibiótico y el inicio de antihistamínicos, presenta empeoramiento de las lesiones cutáneas con fiebre alta. Se deriva a Urgencias donde constatan lesiones purpúricas no blanqueantes a la presión en abdomen, edema escrotal y maleolar, y petequias dispersas en extremidades. Las pruebas complementarias mostraron alteraciones analíticas: anemia leve, trombocitosis y prolongación del tiempo de tromboplastina parcial activada. Coinfección por virus respiratorio sincitial, adenovirus y enterovirus. Ingresó en planta. Durante el ingreso, evolucionó favorablemente con tratamiento sintomático, resolución de lesiones cutáneas y desaparición de fiebre. Se dio de alta con el diagnóstico de urticaria-vasculitis y bronquiolitis.

Comentarios. El cuadro clínico plantea un reto diagnóstico que requiere la integración de la clínica, analítica y la evolución para diferenciar entre procesos alérgicos, infecciosos y vasculíticos. La buena evolución con tratamiento sintomático y la resolución espontánea de las lesiones refuerzan la hipótesis de un proceso autolimitado, probablemente desencadenado por una infección viral con participación inmunomediada. La identificación precoz y el manejo adecuado de estas entidades son fundamentales para evitar complicaciones.

Entre la sospecha y la certeza: desafíos en el diagnóstico del maltrato infantil. *Morales Moreno AJ, Fernández Herrera MC, De Felipe Pérez M, Fombellida de la Fuente C, López Allúe L, Justo Vaquero P, García Saseta P, Nieto Sánchez RM. Sección de Urgencias Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Objetivos. Describir las características clínicas, pruebas diagnósticas y abordaje interdisciplinar en casos de maltrato infantil en el servicio de urgencias pediátricas (SUP), resaltando la importancia de los protocolos de detección precoz y coordinación interinstitucional.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de tres casos de maltrato infantil atendidos en el SUP de un hospital terciario. Se analizaron datos clínicos,

analíticos, radiológicos y evolutivos, así como la intervención de servicios sociales y judiciales.

Resultados. *Caso 1:* Niña de 3 años con múltiples ingresos por vómitos, hipertransaminasemia y síntomas inespecíficos, con resolución completa tras la retirada de tutela parental. Su historial incluía atención en cuatro hospitales y más de 45 consultas médicas previas. *Caso 2:* Varón de 11 años con lesiones de diversa evolución y discordancia en el relato de los cuidadores. Tras un ingreso por pancreatitis traumática con fracturas costales antiguas fue diagnosticado de maltrato físico intrafamiliar, activándose el protocolo de protección. *Caso 3:* Lactante de 3 meses con parada cardiorespiratoria, hematomas subdurales y hemorragias retinianas, sin historia traumática coherente. A pesar del tratamiento intensivo, falleció confirmándose muerte encefálica bajo la sospecha diagnóstica de síndrome del niño zarandeado.

Conclusiones. El maltrato infantil puede presentarse de forma inespecífica, dificultando su diagnóstico. La hiperfrecuentación hospitalaria, la cronología de las lesiones y la ausencia de coherencia en la anamnesis son claves para su identificación. La coordinación entre servicios sanitarios, sociales y judiciales es fundamental para la protección de los menores, subrayando la necesidad de formación continua y herramientas de detección precoz.

SISNOT: detectando fallos invisibles, previniendo errores visibles en la seguridad del paciente pediátrico. *Morales Moreno AJ, Morales Albertos L, Gutiérrez Valcuende C, Fernández Herrera MC, Fernández García-Abril C, Bartolomé Cano ML, Pino Vázquez A, Infante López ME.* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. Describir los incidentes notificados a través del Sistema de Notificación de Incidentes Sin Daño (SISNOT) en un hospital terciario, identificando factores contribuyentes y problemas de seguridad ligados a la asistencia sanitaria que deriven en propuestas de mejora.

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo de notificaciones registradas en la plataforma SISNOT en período 2020-2024 desde el Servicio de Pediatría. Se evaluaron: tipos de incidente, daño potencial, factores contribuyentes, barreras existentes, mejoras propuestas y perfil del notificante.

Resultados. Se registraron 151 incidentes sin daño, destacando un importante incremento en los últimos dos años en los que se retomaron sesiones formativas sobre SISNOT e informativas de los incidentes analizados. El mayor porcentaje de notificaciones se realizaron en planta de Hospitalización (64%), seguido de UCI (21%), Neonatología (11%) y Urgencias (2%). Los incidentes más frecuentes fueron los

errores de medicación (45%), de nutrición (18%) y cuidados (10%). Entre los errores de medicación encontramos: fallos en prescripción (30%), administración (45%) y dispensación farmacológica (16%). El daño potencial moderado fue el más frecuentemente referido (45%), hasta un 22% describió como riesgo severo o potencialmente de éxito. No se identificaron barreras que impidieran que el incidente llegara al paciente en más de la mitad de los casos (64%). Las notificaciones fueron realizadas por médicos adjuntos (46%), personal de enfermería (42%) y MIR (12%).

Conclusiones. El sistema SISNOT ha permitido identificar áreas críticas de seguridad en el entorno pediátrico. La notificación y el análisis de estos incidentes podrán facilitar la implementación de medidas correctivas que ayudarían a evitar futuros errores.

Abordaje de pacientes críticos en Urgencias, cómo llegan y cómo y cuándo les damos de alta. *Recio González M¹, Gestoso Uzal N¹, García Mier C¹, Sierra Pedraja E¹, Guerra Díez JL¹, López Fernández C¹, Leonardo Cabello MT¹, Ballesteros Díez Y².* Servicio de Pediatría. ¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.

Objetivo. Analizar el acceso, manejo y resultados de los pacientes pediátricos críticos atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP).

Métodos. Estudio basado en un registro prospectivo de pacientes críticos menores de 16 años atendidos 3 días al mes, entre diciembre de 2021 y octubre de 2024. Se consideró paciente crítico aquel que precisó ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) o estabilización de la vía aérea y/o circulatoria.

Resultados: Se registraron 67 pacientes críticos. La decisión de acudir al SUP fue tomada por pacientes o familiares en 47,8%, fueron derivados desde otros hospitales (23,9%) y de centros de salud (17,9%). El transporte hasta el SUP: 70% acudió en medios propios, 22,4% en ambulancia con soporte vital avanzado y 7,5% en ambulancia básica. La estancia media en el SUP 188,2 minutos. El 77,6% ingresaron en UCIP. La duración media de la estancia en UCIP es de 7 días y la estancia hospitalaria total 12,2 días. Las intervenciones más comunes incluyeron ventilación no invasiva (19,4%) y ventilación mecánica (10,4%), un 1% requirió soporte inotrópico. Se registró un fallecimiento y 6 pacientes presentaron secuelas.

Conclusión. Un hallazgo relevante es que la mayoría de pacientes críticos llegaron al SUP en su propio vehículo, incluso después de ser derivados desde otros centros sanita-

rios. Esto resalta la importancia de mejorar la identificación de estos pacientes y optimizar el transporte para garantizar que reciban la atención adecuada.

Intoxicación accidental por levotiroxina, a propósito de un caso. *Martín Iranzo NM, Carrasco Villanueva MJ, Jiménez Hernández EV, Haupt Arabia V, Izquierdo Herrero E, De la Torre Santos SI, Alonso Quintela P, Cantero Tejedor T. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Palencia.*

Introducción. La intoxicación por levotiroxina en Pediatría es infrecuente. El umbral de toxicidad en la población infantil son 5 mg de dosis total. En los niños los síntomas más comunes son irritabilidad, vómitos, diarrea, fiebre, insomnio, diaforesis, *flushing*, taquicardia y leucocitosis.

Resumen del caso. Presentamos el caso de una paciente de 3 años de edad, cuya abuela refiere haberla encontrado hace 2 horas masticando un comprimido de 88 µg de levotiroxina con varios blíster vacíos a su alrededor, del que la abuela calcula que faltan entre 7-8 comprimidos. Tras una historia y exploración completa sin alteraciones, el primer paso importante es la estimación de la dosis total ingerida por la pequeña, en este caso 37 µg/kg como dosis máxima calculada. Se contacta con Toxicología y se mantiene en observación, con control estrecho de constantes vitales, y control analítico diario de perfil tiroideo. Permanece asintomática durante todo el ingreso, con exploración física y neurológica normal en todo momento, con valores mínimos de TSH al 5º día (0,08 mUI/L) y máximos de T4 Libre el primer día (2,46 ng/dl) y T3 Libre al 3º día (5,51 pg/ml). Tendencia a normalización de valores analíticos previo alta. Realizados electrocardiogramas seriados, con resultado normal. Buena tolerancia gastrointestinal.

Comentarios. Es importante tener en cuenta que los síntomas pueden aparecer incluso hasta 5-7 días tras la ingesta. Es recomendable la hospitalización en todos los pacientes en los que la dosis ingerida total de fármaco supere los 5 mg o sea difícil estimar por desconocimiento y en todos los que desde el comienzo presenten clínica.

Sábado 5 de abril • Sala 2 Hotel Castilla La Vieja

Una complicación no tan frecuente de los corticoides tópicos. *Fernández Herrera MC¹, Abad Arevalillo S², Romero del Hombrebueno Gómez del Pulgar Y¹, Maté Real A¹, Fombellida de la Fuente C¹, Morales Moreno AJ¹, Sánchez Mínguez A¹, Da Cuña Vicente R².* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Valladolid. ²Centro de Salud de Íscar. Valladolid.

Introducción. Las lesiones dermatológicas son uno de los motivos más frecuentes de consulta tanto en atención primaria como en urgencias pediátricas. Es necesario conocer aquellas que precisan tratamiento específico para evitar así complicaciones posteriores.

Caso clínico. Paciente de 6 años, con antecedente personal de extrofia vesical objetivada al nacimiento. Se realiza reparación quirúrgica en el periodo neonatal sin incidencias, con controles dentro de la normalidad. De forma secundaria presenta incontinencia urinaria, por lo que debe utilizar compresa a diario presentado dermatitis irritativa en zona perineal y realizando múltiples ciclos de corticoide tópico. Acude a su pediatra de Atención Primaria por aparición de lesiones papulosas en zona genital. Afebril, sin otra sintomatología asociada. La exploración por aparatos sin hallazgos de interés, exceptuando múltiples pápulas y nódulos en pliegue interglúteo y labios mayores. Ante sospecha de granuloma glúteo infantil se recomienda mantener la zona genital seca y sustituir corticoides tópicos por crema protectora, presentando evolución adecuada de las lesiones hasta desaparición.

Comentarios. El granuloma glúteo infantil es una complicación de una dermatitis del pañal. La utilización de corticoides de alta potencia, la oclusión de pañales e infección por *Cándida* parecen desempeñar un papel en la enfermedad. El diagnóstico es clínico, objetivando lesiones papulo-nodulares violáceas en cara interna de muslos, nalgas, parte baja del abdomen y/o región genital en un paciente con antecedente de tratamiento corticoideo. El tratamiento consiste en la retirada de corticoides y medidas generales de higiene e hidratación, con lo que las lesiones desaparecen progresivamente en semanas o meses.

Diagnóstico precoz y abordaje integral del síndrome de Klinefelter. *Segovia López SM, Álvarez Menéndez L, Corihuela Menéndez P, De Juan Vázquez D, Álvarez Blanco E, Huidobro Fernández B. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.*

Objetivos. Describir los pacientes diagnosticados de síndrome de Klinefelter (SK) y su evolución.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de serie de casos de SK en seguimiento en la consulta de endocrinología infantil de un hospital de segundo nivel.

Resultados. *Caso 1:* 2 años (47 XXY). Diagnóstico: prenatal (amniocentesis por cribado de alto riesgo). Actualmente, antropometría normal, testes < 1 cc y retraso del lenguaje. *Caso 2:* 6 años (47 XXY). Diagnóstico: prenatal (amniocentesis por cribado de alto riesgo). Actualmente, antropome-

tría normal y testes < 1 cc, sin alteraciones neurológicas. **Caso 3:** 9 años (47 XXY). Diagnóstico: 5 años, tras objetivar criptorquidia bilateral con testes < 1 cc. Obesidad con insulinoresistencia, pies planos valgus y problemas de conducta, aprendizaje y motricidad. Déficit factor VII. **Caso 4:** 10 años (48 XYY). Diagnóstico: 12 meses, por retraso psicomotor. Pies planos valgus, pectus excavatum y criptorquidia bilateral. Actualmente, antropometría normal, testes 1-2 cc y discapacidad intelectual. **Caso 5:** Niño de 13 años (47 XXY). Diagnóstico: 17 meses, por retraso psicomotor. Detectado polihidramnios en ecografía prenatal. Desarrolla pectus excavatum y pies planos valgus. Actualmente, talla alta con peso normal, testes prepuberales 3 cc con pene infantil y disminución de inhibina B con LH, FSH y testosterona, compatibles con situación prepuberal. Asocia problemas de aprendizaje y lectoescritura leves.

Conclusiones. Cada vez se diagnostican más casos de SK prenatalmente. En estos casos es fundamental prestar atención a las manifestaciones neurológicas tempranas y a otros hallazgos (criptorquidia, manifestaciones ortopédicas...) para anticiparnos a las comorbilidades así como promover estilos de vida saludables.

Pubertad precoz central en varón sin patología intracraneal. Escalona Gil AM¹, Martín Galache M¹, Jiménez Domínguez A¹, Domínguez Sevillano B¹, Prieto Matos P^{1,2}, Bajo Delgado AF^{1,2}. ¹Servicio de Pediatría; ²Endocrinología Pediátrica. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. La pubertad precoz en los varones puede definirse como aumento del volumen testicular antes de los 9 años de edad, siempre que dichos cambios estén acompañados del avance progresivo de la maduración ósea y aumento de la velocidad de crecimiento. Se trata de una entidad infrecuente, con una prevalencia inferior a 5/10.000 varones.

Caso clínico. Presentamos el caso clínico de un varón de 6 años, que acudió a consultas de Endocrinología Pediátrica para valoración por aumento de talla desde hacía 1 año. Asociaba pubarquia y aumento testicular, con testes de 10-12 mililitros, sin otra clínica asociada. Se realizó radiografía ósea, en la que se objetivó edad ósea de 9-10 años, y analítica sanguínea, en la que se constató elevación de gonadotropinas y testosterona total, sin aumento de marcadores tumorales. Ante sospecha de pubertad precoz de origen central, se realizó resonancia magnética craneal y de hipófisis, sin objetivarse alteraciones. Para descartar que se tratara de una pubertad precoz mixta, se realizó ecografía abdominal y testicular, sin objetivarse alteraciones, y se

inició tratamiento con análogos de gonadotropinas. Dada la ausencia de patología a nivel craneal, se realizó estudio genético, incluyendo los genes *LRH*, *KISS1R* y *MKNR3*, sin encontrarse variantes en los mismos, diagnosticándose de pubertad precoz central idiopática.

Comentarios. Dada la importante repercusión psicológica de la pubertad precoz, y su posible impacto a otros niveles, como la talla adulta, resulta fundamental realizar un adecuado manejo diagnóstico y terapéutico precoz.

Anemia hiporregenerativa en paciente con esferocitosis hereditaria. Moriana Río N¹, Morales Moreno AJ¹, Mate Real A¹, Romero del Hombrebueno Gómez del pulgar Y¹, García Saseta P², Justo Vaquero P², Nieto Sánchez RM², Escobar Fernández L³. ¹Servicio de Pediatría; ²Unidad de Urgencias; ³Unidad de Onco-Hematología Infantil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La esferocitosis hereditaria (EH) es la anemia hemolítica congénita más frecuente en nuestro país con una incidencia 1/2.000-5.000. En el 75% de los casos la herencia es autosómica dominante. Habitualmente cursa con un síndrome hemolítico crónico sobre el que pueden aparecer crisis hemolíticas asociadas a infecciones víricas y crisis aplásicas con menos frecuencia, pero de mayor gravedad.

Caso clínico. Paciente de 4 años con EH que acude a Urgencias por temperatura de 33,9°C previamente valorada por cuadro febril de tres días. Examen físico con TEP alterado por palidez cutánea pero buen estado general, resto normal. Se realiza analítica destacando hemoglobina de 7 g/dl con volumen corpuscular medio de 77,9 fl, reticulocitos 1,6%, lactato deshidrogenasa 486 U/L, haptoglobina < 3 mg/dl y bilirrubina indirecta 0,7 mg/dl. Ante reticulocitopenia y niveles de bilirrubina indirecta normales, se decidió ampliación de estudios con film array de virus respiratorios, estudio urinario y serología para virus. La IgM para parvovirus B19 resultó positiva. Se solicitó determinación de hierro, ácido fólico y vitamina B12 que fueron normales. Ingresó precisando transfusión de hematíes. Dada de alta con hemoglobina de 11,3 g/dl.

Comentarios. La estabilidad inicial en paciente con anemia es fundamental para evitar la hipovolemia e hipoperfusión tisular. Ante paciente con esferocitosis y anemia con reticulocitopenia en el contexto de un cuadro infeccioso, se debe descartar precozmente infección por parvovirus B19, ya que habitualmente requieren ingreso por anemias más severas que precisan soporte transfusional y así también evitar brote de infecciones entre pacientes oncohematológicos.

Hemocultivos en el paciente oncológico. *Fernández Herrera MC, Escobar Fernández L, Romero del Hombrebueno Gómez del Pulgar Y, Morales Moreno AJ, López Allúe L, Morales Albertos L, Gómez Menduiña J, Justo Vaquero P. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La recogida de hemocultivos en el paciente oncológico es una práctica frecuente dado el alto riesgo de presentar infecciones de alta gravedad.

Objetivo. Analizar los hemocultivos recogidos en pacientes oncológicos en nuestro servicio de urgencias a lo largo de un año, el método y motivo de recogida y el aislamiento de microorganismos. Evaluar el tratamiento recibido y la tasa de ingreso hospitalario.

Metodología. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes en régimen quimioterápico activo o postrasplantados de progenitores hematopoyéticos, en los que se realizó hemocultivo en Urgencias Pediátricas en 2024 en un hospital de tercer nivel.

Resultados. Se recogieron 13 hemocultivos, pertenecientes a 9 pacientes. Un 55% fueron varones y un 44% mujeres, con edad media de 10 años. La patología oncológica más frecuente fue leucemia linfoblástica aguda (44%), seguida de meduloblastoma (22%). Las fases de tratamiento más frecuentes fueron inducción y post trasplante de precursores hematopoyéticos (33%). El motivo de recogida en el 100% de los pacientes fue fiebre, con temperatura máxima media 38,3°C y duración media 11 horas. En el 70% se recogieron hemocultivos diferenciales. El 92% fueron negativos, no presentando ninguno contaminación. Recibieron antibioterapia 92%, siendo el antibiótico más frecuente cefepime (61,5%) con duración media de 7 días. Tasa de ingreso 77%.

Conclusiones. La recogida de hemocultivo en el paciente oncológico debe realizarse siempre que se cumplan las indicaciones, de forma estéril y previo al comienzo de antibiótico para realizar un diagnóstico microbiológico de precisión y ajustar el tratamiento.

Viernes 4 de abril • Centro Cultural de la Diputación

Una presentación atípica de la alergia a proteínas de leche de vaca... ¿o algo más? *Álvarez Menéndez L, Segovia López SM, Álvarez Blanco E, De la Iglesia Rivaya A, Corihuela Menéndez P, González Carrera E, Rodríguez Lorenzo R. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.*

La clínica cutánea es la forma de presentación más típica de la alergia a proteínas de leche de vaca (APLV). El exantema en guante y calcetín sugiere infección por parvovirus. Puede asemejarse a otra entidad, la urticaria multiforme, que típicamente presenta edema de pies y manos con habones de centro claro-violáceo; se asocia, entre otros, a infecciones víricas. Presentamos el caso de una lactante de 43 días de vida previamente sana, alimentada con lactancia materna exclusiva hasta iniciar lactancia mixta 3 días atrás, que consulta en Urgencias por eritema en manos y pies, sin otra clínica. En exploración física, febrícula, así como edema y eritema de distribución en guante y calcetín; algunas zonas con centro claro, otras levemente violáceo. Se solicitan estudio de virus positivo para influenza A y rinovirus, resto negativo incluyendo parvovirus; hemograma y bioquímica sin alteraciones; y estudio inmunológico para APLV. En espera de resultados, aparición de habones en extremidades y tronco, algunos de morfología anular. Ingresa para observación, no se administra medicación. Desaparición de las lesiones en las 10 horas siguientes. Dada de alta con fórmula hidrolizada pendiente de descartarse APLV. A la semana, se obtiene resultado de estudio inmunológico que la confirma: IgE elevada (206 KU/L), IgE específica para beta-lactoglobulina muy elevada (69,4 KU/L). Ante una viriasis confirmada, no

se puede atribuir la clínica cutánea únicamente a la APLV; sin embargo, por la etiología benigna de la urticaria multiforme, y su autorresolución, el manejo del caso se centró en la segunda entidad.

Ingesta por primera vez, ¿un síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias? *García Terrazas A, Mirás Veiga A, Pérez Ortiz D, Almeida De Miranda G, Recalde Tabar A, Barbadillo Mariscal B, Melgosa Peña M, Matilla Sainz-Aja N. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES) es un cuadro alérgico no IgE raro pero grave, produciéndose una respuesta inflamatoria tras ingerir ciertos alimentos, con clínica aguda variable (vómitos, letargia, palidez...) que supone un desafío diagnóstico.

Caso clínico. Lactante de 7 meses traído por episodio de disminución del nivel de conciencia (segundos) con hipotonía y palidez extrema, posterior cianosis y vómitos, tras introducción de cereales. Exploración física, TEP alterado (palidez cutáneo-mucosa), resto normal. Se realizó gasometría venosa (acidosis metabólica leve), y analítica sanguínea para determinar IgEs y RAST a PLV y huevo, triptasa (normal), con posterior derivación a especialista. Se ingresó para ecografía abdominal (normal) e hidratación intravenosa (suero glucofisiológico) y reintroducción de alimentación oral. Neonato de 17 días traído por presentar episodio de somnolencia marcada y arreactivo a estímulos, tras administración de leche de fórmula, asociando dos vómitos. Exploración física normal, se realiza gasometría venosa (normal) y analítica sanguínea para determinación

de IgEs y RAST a PLV, triptasa (normal). Se observa toma al pecho y al no presenta otro episodio, se decide alta con formula hidrolizada, madre exenta de lácteos y derivación a especialista.

Comentarios. Es importante conocer esta entidad y derivarlo a Gastroenterología para seguimiento y control, para así evitar posibles graves consecuencias. Hay que identificar las diferentes reacciones adversas a alimentos ante síntomas de presentación similares. El diagnóstico es clínico, así su conocimiento incrementa la probabilidad de sospecharlo y realizar un manejo adecuado.

Sangrado digestivo activo, un hallazgo inesperado. Olarte Ingaroca SE, Enríquez Zarabozo EM, Sánchez Pulido LJ, Calvo Penín C, Hortelano Romero E, Vega Mata N, Granell Suárez C, Álvarez Muñoz V. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Los sangrados digestivos pueden deberse a varias causas orgánicas, siendo hemorragia digestiva de origen alto o bajo, que precisan de estudios complementarios para orientar el caso, aunque a veces no siempre es posible. La persistencia de hemorragia activa con repercusión hemodinámica, hace preciso la exploración quirúrgica urgente.

Caso clínico. Varón de 9 años derivado por hemorragia digestiva y anemia. Clínica de 3 días de evolución de dolor abdominal, deposiciones con sangre oscura y cuadro vasovagal. Inestable a nivel hemodinámico por lo que precisa de varios concentrados de hemáties. Se realiza ecografía sin hallazgos patológicos. Ante persistencia de sangrado activo se procede a endoscopia digestiva alta sin evidenciar punto de sangrado. Se realiza gammagrafía abdominal con hallazgo compatible de divertículo de Meckel. Se interviene de forma urgente para laparoscopia exploradora con evidencia de quiste de duplicación intestinal a nivel del asa de yeyuno, procediendo a realizar laparotomía para resección intestinal del segmento afecto con anastomosis termino-terminal. La anatomía patológica confirma quiste de duplicación con mucosa gástrica heterotópica. El paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta al quinto día. Actualmente asintomático.

Comentarios. Los quistes de duplicación intestinal son malformaciones congénitas raras que pueden encontrarse a lo largo de todo el tubo digestivo, ser únicas o múltiples, siendo su localización más frecuente el íleon. Con frecuencia presentan mucosa heterotópica gástrica en su interior cursando con ulceración y hemorragia como en nuestro caso. Su tratamiento quirúrgico habitual es la resección completa del quiste con el segmento del intestino asociado.

Hernia umbilical encarcerada en niño de 5 años: consideraciones diagnóstico-terapéuticas y revisión de la literatura. Herreras Martínez A¹, Navas Méndez de Andes F¹, Rodrigo Fernández A¹, Iglesias Oricheta M¹, Fernández Rodríguez L¹, Escudero Villafañe A¹, Muñiz Fontán M¹, Arredondo Montero J². ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. Las hernias umbilicales (HU) son defectos congénitos de pared abdominal comunicados con la cavidad peritoneal. Constituyen una de las patologías quirúrgicas más frecuentes en pediatría. Generalmente son asintomáticas, aunque en ocasiones pueden asociar complicaciones, como la encarceración. Esta complicación es característica de la primera infancia, aunque de forma excepcional se ha descrito a otras edades.

Caso clínico. Niño de 5 años con diagnóstico previo de hernia umbilical que acudió a urgencias por tumoración dolorosa en región umbilical de 24 horas de evolución. No asociaba clínica digestiva. A la exploración se objetivó tumoración dura de 2x2 cm a nivel del reborde umbilical superior, dolorosa a la palpación y con signos inflamatorios asociados. Se realizó ecografía urgente, donde se identificó una hernia umbilical con contenido graso encarcerado en su interior y escasa cantidad de líquido libre adyacente, sin datos de estrangulación. Se solicitó valoración a Cirugía Pediátrica, estableciéndose el diagnóstico de hernia umbilical encarcerada y realizándose reducción primaria de la misma. El paciente fue dado de alta sin presentar nuevos episodios de encarceración, aunque asoció molestias diarias intermitentes en la zona. Tres semanas más tarde se realizó reparación primaria del defecto de forma programada.

Conclusiones. A pesar de la baja tasa de complicaciones asociadas a la HU, ante una tumoración umbilical dolorosa debe sospecharse la presencia de una HU encarcerada. Las pruebas de imagen, en especial la ecografía, constituyen una forma rápida y segura de caracterizar el contenido herniario y determinar si existe compromiso vascular del mismo, criterios esenciales para definir la actitud terapéutica idónea.

Manifestación inespecífica de la malrotación intestinal en el lactante. Olarte Ingaroca SE¹, Vega Mata N¹, Sánchez Pulido LJ¹, Calvo Penín C¹, Hortelano Romero E¹, Gómez Farpón A¹, Álvarez Muñoz V¹, Solís Sánchez G². ¹Servicio de Cirugía Pediátrica; ²Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La malrotación intestinal es una anomalía congénita que resulta de la rotación incompleta de las asas

intestinales y/o falta de fijación del mesenterio. Predispone a complicaciones graves en periodo neonatal e infantil, dando lugar a la isquemia, necrosis y perforación intestinal, que requería de una intervención quirúrgica urgente.

Caso clínico. Varón de 2 meses, con antecedentes de ingreso a la semana de vida por ictericia, desnutrición moderada y muguet. Consulta por irritabilidad y llanto inconsolable desde el nacimiento que van en aumento sin causa alguna evidente. Algún episodio emético aislado, con buena ganancia ponderal. Exploración normal salvo irritabilidad. Radiografía de abdomen con disposición de asas lateralizadas a la derecha y ausencia de gas central. Tránsito gastro-duodenal y enema opaco con hallazgos sugestivos de malrotación intestinal. Ante la sospecha, se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparotomía, donde se objetiva malrotación intestinal superior a 180 grados y fusión mesentérica de Pellerin que condiciona hernia interna. Se procede a la maniobra de Ladd con liberación del mesenterio, dejando intestino delgado en hemiabdomen derecho y colon en hemiabdomen izquierdo. El paciente evoluciona favorablemente, asintomático en el momento actual.

Comentarios. La malrotación intestinal normalmente cursa con clínica de obstrucción intestinal y en ocasiones con síntomas inespecíficos como en nuestro caso. Las pruebas de imágenes son de gran utilidad para la orientación del caso, siendo el tránsito gastroduodenal el de referencia. Ante la sospecha clínica-radiológica es necesario la revisión quirúrgica para un manejo oportuno disminuyendo el riesgo de complicaciones.

Cuando una hepatomegalia es falsa hepatomegalia. *Dragomirescu Dragomirescu I¹, Corrales Fernández A¹, Gómez Dermit V².* ¹Pediatría. Centro de Salud La Montaña. Santander. ²Facultativo Especialista de Área. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. La hepatomegalia se define como aumento del tamaño del hígado por encima del valor de la normalidad para la edad, siendo un signo clínico frecuente en la exploración rutinaria en la consulta de Pediatría. Su hallazgo no carece de importancia siendo un signo más de enfermedades hepáticas o sistémicas, no obstante en su evaluación se debe tener en cuenta situaciones que pueden dar "falsa hepatomegalia".

Caso clínico. Niño de 9 años sin antecedentes personales de interés que consulta por astenia y dolor abdominal intermitente de aproximadamente 2 meses de evolución con micciones y deposiciones sin cambios en características. En la exploración física (EF) destaca hepatomegalia de 1 dedo

través, mucosas y conjuntiva normocoloreadas siendo el resto de la EF normal. Se inicia estudio con analítica sanguínea con perfil hepático normal y ecografía abdominal con los siguientes hallazgos: hígado de morfología vertical con predominancia del LHD variante de la normalidad.

Comentarios. La verticalización del hígado es una variante de la normalidad cuyo conocimiento es importante puesto que una vez objetivado en prueba de imagen evita pruebas innecesarias en sucesivas consultas en caso de ausencia de clínica. La mayoría de los pacientes están asintomáticos. El diagnóstico se realiza como hallazgo casual en pruebas radiológicas, después de realizarlas por un falso diagnóstico de hepatomegalia o tras cirugías.

Caso clínico de una entidad infrecuente. El bazo errante. *Hortelano Romero E, Hortelano Romero E, Álvarez Muñoz V, Calvo Penín C, Sánchez Pulido L, Olarte Ingaroca S, Pérez Costoya C, Crehuet Gramatyka D, Vega Mata N.* Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El bazo errante es una entidad infrecuente en la que el bazo debido a la existencia de ligamentos laxos o ausentes puede desplazarse de su posición habitual pudiendo dar cuadros de dolor abdominal en el contexto de una posible torsión o en casos mas graves un infarto esplénico. La incidencia de esta patología es desconocida aunque solo hay aproximadamente 600 casos descritos en la bibliografía.

Caso clínico. Paciente de 4 años (prematura y segunda gemela de 32+3 semanas). Acude a urgencias por vómitos y dolor abdominal de 18 horas de evolución. Se canaliza vía venosa, se administra ondansetron en dos ocasiones siendo infectivo. La analítica sanguínea muestra leucocitosis y neutrofilia y una PCR 1,1 mg/dL. Exploración física en Urgencias anodina. Solicitan interconsulta a Cirugía Pediátrica por persistencia de los vómitos y persistencia del dolor abdominal. A la exploración se palpa masa en flanco izquierdo, por lo que se solicita ecografía urgente que muestra un bazo en localización ectópica, con flujo arteriovenoso preservado aunque con signos que sugieren de torsión esplénica. Tras ello solicitamos TC abdominal urgente y tras confirmación del cuadro se realiza esplenectomía de urgencia. La paciente a los 6 días y tras una buena evolución postoperatoria es dada de alta.

Conclusiones. La torsión esplénica a causa de un bazo errante es una entidad bastante infrecuente. Su diagnóstico se basa en las pruebas de imagen (ecografía y TC) y su manejo es quirúrgico. Los principales signos de este cuadro son el dolor abdominal y los vómitos incoercibles.

Manejo y diagnóstico de la hernia diafragmática en un recién nacido sintomático. *Hortelano Romero E, Calvo Penín C, Sánchez Pulido L, Olarte Ingaroca S, Amat Valero S, Enríquez Zarabozo E, Granell Suárez C, Gómez Farpón A. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La hernia diafragmática es un defecto en el diafragma que permite que los órganos intraabdominales se desplacen hacia el tórax generando problemas en el desarrollo pulmonar. La incidencia es de 1/3.000 recién nacidos, siendo la más frecuente la hernia diafragmática izquierda (Bochdalek). Su diagnóstico es ecográfico y su tratamiento quirúrgico y de soporte respiratorio.

Caso clínico. Paciente de 39+5 semanas, padres sanos, test combinado de bajo riesgo y ecografías prenatales normales. Parto eutócico con APGAR 9/10 que a los 30 minutos comienza con clínica de insuficiencia respiratoria aguda, precisando de ventilación mecánica no invasiva y oxígeno para mantenerse estable. En ese momento se deriva a nuestro centro donde tras empeoramiento a nivel respiratorio a su llegada finalmente precisa de entubación. Una vez estable se realiza radiografía de tórax que muestra un hemitórax izquierdo opaco con desplazamiento cardiaco contralateral siendo la hernia diafragmática la primera sospecha diagnóstica, confirmada posteriormente con una ecografía de abdomen. Al día siguiente se realiza TC toraco-abdominal que muestra una hernia diafragmática de gran volumen y una probable perforación gástrica. Finalmente el paciente es intervenido realizándose una herniorrafia diafragmática directa sin precisar de mallas/prótesis. Tras la intervención el paciente evoluciona de forma favorable y siendo alta al decimosexto día.

Conclusiones. La hernia diafragmática y en concreto la hernia de Bochdalek es la más frecuente dentro de las hernias diafragmáticas congénitas. El tratamiento se basa en la estabilización del paciente y posterior cirugía (herniorrafia diafragmática que puede precisar en ocasiones de mallas en función del defecto).

Abdominalgia recurrente de causa no tan infrecuente. *Fombellida de la Fuente C¹, Fraile Manzano MI¹, Fernández Herrera MC¹, Morales Moreno AJ¹, Justo Vaquero P², Bartolomé Cano ML², Molina Vázquez ME³, Garrote Molpeceres R². ¹MIR Pediatría; ²Adjunto de Pediatría; ³Adjunto de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. El dolor abdominal es un motivo frecuente de consulta en Pediatría, pudiendo estar relacionado con

patología banal o severa de índole infeccioso, digestivo o funcional. En el caso de la patología nefrourológica es frecuente su asociación con manifestaciones gastrointestinales.

Caso clínico. Niño de 4 años que consulta por abdominalgia periumbilical y en fosa renal izquierda recurrente. En un episodio se objetiva ecográficamente una invaginación ileo-ileal que se resuelve espontáneamente, con seguimiento por Cirugía Pediátrica. En el control ecográfico posterior se observa hidronefrosis izquierda con dilatación piélica de II/VI asociada a doble sistema ureteral ipsilateral. Se descarta la existencia de un vaso polar mediante RMN abdominal. Se deriva para estudio a Nefrología Pediátrica. En el sistema/sedimento urinario se objetivan abundantes cristales amorfos, con presencia de hipercalciuria e hipocitaturia. Se realizan modificaciones dietéticas y se pauta suplementación oral con citrato potásico. Actualmente se encuentra asintomático, con ausencia de litiasis en controles ecográficos seriados.

Comentarios. Existen múltiples causas de hidronefrosis, como malformaciones nefrourológicas, tumores o litiasis. No toda hidronefrosis provoca abdominalgia recurrente, por ello es importante analizar individualizadamente cada caso y orientar el origen del dolor en función de la historia clínica y la exploración física. En el estudio del dolor abdominal asociado a patología nefrourológica es esencial realizar no solo pruebas de imagen sino un análisis urinario completo, lo que nos dará el diagnóstico final del paciente, como en el caso expuesto, en el que el motivo del dolor no fue la malformación nefrourológica sino la presencia de hipercalciuria e hipocitaturia.

Lo que esconde la ictericia. *Musgo Balana P¹, Rondón Martínez CV¹, Gautreaux Minaya SI¹, Robles Franco MP², Fernández Rodríguez L³, Prada Pereira MT¹, Arias Consuegra MA¹, Del Villar Guerra P¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital El Bierzo. Ponferrada, León. ²Centro de Salud Ponferrada II. Ponferrada, León. ³Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

Introducción. La ictericia puede ser la primera manifestación clínica de una patología crónica o de un fallo hepático agudo, por lo que es imprescindible una correcta anamnesis, exploración física e interpretación de pruebas analíticas.

Caso clínico. Niño de 6 años que acude por ictericia intermitente, dolor abdominal continuo con intensificación intermitente, distensión abdominal, prurito, deposiciones acólicas y orinas colúricas de un mes de evolución. Al ingreso presentaba aspecto hipotrófico, ictericia conjuntival y mucocutánea, abdomen globuloso no doloroso sin orga-

nomegalias. Disfunción hepática máxima con bilirrubina total máxima 15 mg/dl a expensas de directa sin datos de fallo hepático agudo ni signos de encefalopatía; objetivándose descenso progresivo de la hiperbilirrubinemia y de las transaminasas tras inicio de ácido ursodesoxicólico. Previo al traslado a centro de referencia presentó aumento del perímetro abdominal, oleada ascítica y abdomen a tensión no doloroso con hepatomegalia de 3 traveses. Durante el ingreso se realizó estudio inicial de colestasis siendo las pruebas serológicas, autoinmunidad y de imagen normales. En el estudio genético se identificó una variante en el gen ABCB11 relacionada con colestasis intrahepática familiar progresiva tipo 2.

Comentarios. La colestasis intrahepática familiar progresiva tipo 2 es una enfermedad rara, autosómica recesiva causada por mutaciones en el gen ABCB11. Se presenta como una colestasis crónica con evolución a cirrosis hepática que se manifiesta en los primeros meses de vida. La biopsia hepática y la genética son claves en su diagnóstico. El inicio precoz de tratamiento retrasa la progresión de la enfermedad. No obstante, un gran número de pacientes precisa de trasplante hepático.

No toda ictericia es fisiológica: la importancia del diagnóstico precoz en la atresia de vías biliares. *Pérez Ortiz D, Fernández de Valderrama Rodríguez A, Villa Francisco C, Recalde Tabar A, Gonzalo San Esteban A, Angulo Sánchez V, Ruiz Araus A, Melgosa Peña M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La ictericia neonatal fisiológica puede persistir hasta las 4 semanas de vida, mientras que la atresia de vías biliares (AVB) es una enfermedad hepática obstructiva caracterizada por la obliteración progresiva de los conductos biliares extrahepáticos, lo que provoca ictericia persistente, colestasis y finalmente, fibrosis hepática. La detección temprana es crucial, ya que la cirugía, especialmente si se realiza antes de los 30 días de vida, mejora significativamente el pronóstico.

Caso clínico. Lactante de 1 mes y 11 días, alimentada con lactancia materna exclusiva, presenta ictericia persistente como único signo. Se observó colestasis e hipocolia leve, sin coluria. En el examen físico, se evidenció ictericia grado II, hepatomegalia y ligera distensión abdominal. Los estudios de laboratorio mostraron bilirrubina total 8,7 mg/dl (directa 7,4 mg/dl) y elevación de enzimas hepáticas. La ecografía mostró una vesícula biliar dismórfica y colapsada, con signo del cordón positivo. Ante la sospecha de AVB, se intervino mediante técnica de Kasai a los 45 días de vida.

Comentarios. La AVB es la principal causa de colestasis neonatal obstructiva y requiere diagnóstico precoz. La ictericia persistente a partir de las 4 semanas de vida debe generar sospecha, ya que puede ser el único signo clínico, requiriendo despistaje activo de AVB. La cirugía temprana, especialmente antes del primer mes, consigue los mejores resultados, mejora la supervivencia hepática, y no se han descrito complicaciones adicionales respecto a cirugías más tardías. No obstante, hasta el 62% de los pacientes, o más si se demora la intervención, requerirán un trasplante hepático posteriormente.

Un giro inesperado: torsión de epiplón-reporte de un caso. *Valdés Rodríguez D¹, Pérez Suárez I¹, Pulache Chávez HD¹, Navas Méndez de Andés F¹, González Guerrero C¹, Fernández Fernández M¹, Rodríguez Ruiz M², Rosell Echevarría MJ². ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

Introducción. La torsión de epiplón mayor es una causa rara de abdomen agudo en la infancia, originada por la rotación anómala del epiplón sobre su eje longitudinal, lo que compromete su vascularización y puede causar isquemia y necrosis tisular. Su diagnóstico es complejo debido a su presentación inespecífica y la similitud con patologías más frecuentes como la apendicitis aguda.

Caso clínico. Niña de 4 años sin antecedentes médicos relevantes, que consulta por dolor abdominal intermitente en fosa ilíaca derecha (FID) y dificultad para la deambulación de 24 horas de evolución. Afebril, sin vómitos ni alteraciones en el tránsito intestinal. A la exploración presenta dolor en FID con signos de irritación peritoneal: Blumberg, Rovsing y Psoas positivos. Las pruebas complementarias muestran leucocitosis ($12,4 \cdot 10^3/\text{ul}$) con leve elevación de reactantes de fase aguda (PCR 28,3 mg/L) y ecografía con plastrón inflamatorio locorregional y líquido libre en FID sin identificación del apéndice cecal. Ante la sospecha de abdomen agudo de origen apendicular, se indica cirugía urgente. La laparoscopia exploradora uniportal revela torsión de epiplón mayor con necrosis y apéndice cecal con inflamación secundaria. Se realiza omentectomía y apendicectomía transumbilical (TULAA) sin incidencias.

Comentario. La torsión de epiplón debe considerarse ante un dolor abdominal agudo sin diagnóstico evidente. La exploración física y las pruebas complementarias son clave. El tratamiento quirúrgico precoz permite confirmar el diagnóstico y asegurar una evolución favorable, sin complicaciones postoperatorias.

Viernes 4 de abril • Sala 1 Hotel Castilla La Vieja

Parotiditis no infecciosa en Pediatría: diagnóstico, causas y manejo. *Iglesias Oricheta M, González Guerrero C, Rodrigo Fernández A, Escudero Villafañe A, Fernández Rodríguez L, Herreras Martínez A, Ariztegui Hoya L, Muñiz Fontán M.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La parotiditis aguda es una inflamación de la glándula parótida fundamentalmente de origen infeccioso en Pediatría. Sin embargo, existen diferentes etiologías de menor prevalencia como las enfermedades reumáticas, lesiones obstructivas o neoplasias. La obstrucción del drenaje de las glándulas salivares por cálculos (sialolitiasis) es una causa infrecuente de parotiditis aguda pediátrica. Produce un aumento de la glándula junto con dolor al comer en las obstrucciones parciales, pudiendo cursar con fiebre, dolor intenso y sialodenitis en las obstrucciones completas. Su diagnóstico es clínico y el tratamiento obliga a la extracción del cálculo.

Caso clínico. Paciente de 11 años sin antecedentes médicos de interés que acude a Urgencias Pediátricas por tumefacción de mejilla izquierda de 2 días de evolución con dolor a la masticación desde hace 15 días. Afebril y sin otra clínica sistémica acompañante. A la exploración física se objetiva tumefacción parotídea izquierda dolorosa a la palpación con drenaje de contenido purulento a través del conducto de Stenon. Se realiza analítica sanguínea sin elevación de reactantes de fase aguda y se contacta con Otorrinolaringología que extrae el cálculo del conducto de Stenon con posterior salida de contenido purulento. Estos hallazgos son compatibles con parotiditis litiásica izquierda. Buena evolución clínica posterior con resolución del cuadro tras 10 días de tratamiento antibiótico oral.

Comentarios. Ante la presencia de una parotiditis aguda no debemos olvidar las causas anatómicas como sialolitiasis o estenosis por lo que es importante una exploración minuciosa de la cavidad oral, con especial atención a los drenajes de las glándulas salivales.

Absceso frío estafilocócico neonatal: a propósito de un caso. *Navas Méndez de Andés F¹, Martínez Pérez M¹, Pérez Suárez I¹, Valdés Rodríguez D¹, Andrés Andrés AG¹, Rodríguez Ruiz M², Arredondo Montero J², Hontoria Bautista E³.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. ³Pediatría. Centro de Salud Cuenca del Bernesga. León.

Introducción. Los abscesos fríos estafilocócicos neonatales son una forma infrecuente y poco documentada de infección de partes blandas en recién nacidos, generalmente causada por *Staphylococcus aureus*. Se caracterizan por la aparición de nódulos subcutáneos indolores, generalmente en pliegues, sin signos inflamatorios evidentes, lo que los puede diferenciar de otros abscesos típicos. Suelen presentarse en neonatos sanos entre los 10-20 días de vida.

Caso clínico. Paciente varón de 12 días de vida, sin antecedentes médicos de interés, que acudió a su pediatra de atención primaria por nódulos inguinales abscesificados bilaterales de 4 días de evolución. A la exploración física, se objetivaron varios nódulos fluctuantes de hasta 1 cm sin clara flogosis perilesional. No presentó fiebre ni otra sintomatología. Se derivó a urgencias de hospital de referencia, donde se extrajo analítica sin elevación de reactantes de fase aguda, hemograma normal y se realizó drenaje de las lesiones, recogiendo cultivo de exudado con resultado positivo para *Staphylococcus aureus* meticilín sensible. Se decidió alta con tratamiento antibiótico tópico y control evolutivo sin nueva recidiva de la sintomatología.

Comentarios. Los abscesos fríos estafilocócicos neonatales son una forma inusual de infección de partes blandas por *S. aureus* en recién nacidos, con una presentación clínica atípica y un curso generalmente benigno. Es importante realizar un diagnóstico diferencial con otras infecciones de piel y partes blandas. El pronóstico es favorable, con tendencia a la resolución espontánea. La escasa bibliografía existente aboga por el uso de antibioterapia tópica y drenaje de las colecciones, aunque la evidencia es limitada.

Nódulo subcutáneo post-vacunal erróneamente diagnosticado como tumoración subcutánea: reporte de un caso. *Rodrigo Fernández A¹, Sáez Álvarez S², Pulache Chavez HD¹, Iglesias Oricheta M¹, Fernández Rodríguez L¹, Herreras Martínez A¹, Escudero Villafañe A¹, Arredondo Montero J³.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Anatomía Patológica; ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. La administración de vacunas puede provocar la aparición de nódulos subcutáneos en el lugar de administración.

Caso clínico. Niña de 2 años sin antecedentes relevantes derivada a consulta de Cirugía Pediátrica por tumoración subcutánea en región lateral de muslo derecho. Se había identificado incidentalmente un mes antes, y su pediatra había solicitado un estudio ecográfico, donde se identificó una lesión inespecífica subcutánea profunda, adherida a la

fascia superficial cuadricipital, de 1,5 cm de eje mayor. Se indicó vigilancia evolutiva y a los 3 meses se realizó nuevo control ecográfico, identificándose dos nódulos de 7 y 3 mm adyacentes a la fascia cuadricipital, escasamente vascularizados, sugestivos de lesión mesenquimal. Se realizó exéresis completa. El estudio anatomopatológico mostró una reacción inflamatoria linfocitaria de carácter reactivo, con positividad en células aisladas para virus de Epstein-Barr (VEB). Estos hallazgos se interpretaron como compatibles con una reacción inmune/inflamatoria a una noxa externa. Se revisó el calendario vacunal de la paciente, constatándose que en las semanas previas se había administrado una vacuna en dicha localización. Ante esto, se estableció el diagnóstico de reacción vacunal cuadricipital en forma de nódulo subcutáneo.

Comentarios. Ante una tumoración en un área previamente vacunada, los nódulos subcutáneos deben considerarse como el primer posible diagnóstico. El adecuado conocimiento e identificación de este efecto secundario infrecuente es esencial para evitar iatrogenia. La caracterización ecográfica de esta entidad es escasa, pudiendo generar confusión diagnóstica. Consideramos que el VEB es un hallazgo incidental concomitante y no participó activamente en el desarrollo de la lesión.

Herpes ocular en Pediatría: la importancia de un diagnóstico precoz. *Martín Galache M¹, Escalona Gil AM¹, Andrés Blanco L¹, Domínguez Sevillano B¹, López González MM², Pellegrini Belinchón FJ².* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. ²Centro de Salud Alfonso Sánchez Montero. Salamanca.

Introducción. Las infecciones oculares por el virus herpes simple tienen una incidencia de 5 a 15 casos por cada 100.000 habitantes al año. En la edad pediátrica, el herpes ocular es una manifestación poco frecuente y atípica. La enfermedad se divide en tres fases: 1) Primoinfección: generalmente asintomática. 2) Latencia: el virus permanece en el ganglio de Gasser. 3) Recurrencias: reactivación desencadenada por fiebre, estrés o cirugías, con manifestaciones como blefarokonjuntivitis, queratitis, uveítis o retinitis.

Caso clínico. Niña de 5 años sin antecedentes relevantes que acudió a consulta por la aparición de lesiones vesiculosas en párpado inferior y canto externo del ojo izquierdo, precedidas por fiebre hacía 24 horas. Sus familiares refirieron que estas lesiones eran recurrentes en cada episodio febril. En la exploración física, la paciente presentaba buen estado general y se encontraba afebril. Presentaba una vesícula sobre base eritematosa en el párpado inferior y canto externo del ojo izquierdo, con microvesículas satélites, sin signos

de afectación corneal, otorrinolaringológica o neurológica. Dado el riesgo de inoculación viral en la córnea y la posible dificultad en la aplicación de tratamiento tópico, se pautó aciclovir oral (40 mg/kg/día) durante una semana. La paciente fue reevaluada al finalizar el tratamiento evidenciándose la resolución del cuadro.

Comentarios. El diagnóstico y tratamiento temprano de las infecciones oculares herpéticas en niños es clave, ya que pueden ser más graves y recurrentes que en adultos. Aunque los antivirales tópicos y sistémicos son igualmente eficaces, en pediatría la administración oral es preferible en ciertos casos para garantizar adherencia y absorción adecuadas.

Edema facial en contexto de otitis media aguda. *Corihuela Menéndez P, Álvarez Menéndez L, Álvarez Blanco E, De Juan Vázquez D, Segovia López SM, De la Iglesia Rivaya A, Miguens Iglesias P, Méndez Sánchez A.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón.

Introducción. La otomastoiditis es la complicación más frecuente de la otitis media. Su detección y el inicio temprano del tratamiento adecuado determinan su pronóstico. En ocasiones pueden aparecer formas de presentación atípicas.

Caso clínico. Niña de 7 años sin antecedentes personales ni familiares de interés valorada en Urgencias por aumento de volumen en hemicara izquierda de 6 horas de evolución y fiebre en las últimas 24 horas. Tratada con amoxicilina-clavulánico desde hace 48 horas por otitis media aguda izquierda supurada. En la exploración, edema en hemicara izquierda doloroso a la palpación e induración a nivel temporal izquierdo, sin eritema. Limitación leve de la apertura bucal. Se solicita analítica (proteína C reactiva 71,5 mg/L, resto normal), hemocultivo (negativo) y ecografía local que se completa con tomografía computarizada urgente, con hallazgos compatibles con otomastoiditis izquierda, sinusopatía esfenoidal izquierda aguda asociada y probable miositis del músculo temporal. Se decide ingreso y tratamiento intravenoso con ceftriaxona y metilprednisolona. Mejoría del estado general, pero ante disminución lenta del edema y del trismus, se solicita ecografía de control para descartar posible absceso de Luc, sin confirmarse y con desaparición de la miositis. Buena evolución que permite paso de antibiótico a vía oral y alta domiciliaria.

Comentario. La otomastoiditis puede acompañarse de otras complicaciones graves susceptibles de precisar tratamiento quirúrgico. Un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno son clave para su evolución. Ante una evolución lenta o presentación atípica es fundamental considerar posibles complicaciones y realizar pruebas complementarias que orienten el manejo adecuado.

Tumor de Pott: un reto diagnóstico. *Andrés Blanco L, García Calvo E, de la Calle Cabrera MT, González Calderón O, López Ávila J.* Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción. El tumor inflamatorio de Pott es una complicación poco frecuente pero grave de la sinusitis frontal, especialmente frecuente en adolescentes. No es un verdadero tumor, sino una osteomielitis y absceso subperióstico a nivel frontal por extensión de una infección a nivel de senos paranasales. Cursa como tumefacción y dolor a nivel frontal junto con fiebre y cefalea intensa, pudiendo acompañarse de síntomas neurológicos (abscesos intracraneales). La sospecha diagnóstica se establece mediante una TAC o RM craneal y se confirma mediante cultivo del material purulento. El tratamiento requiere antibioterapia, pudiendo precisar drenaje quirúrgico, así como el manejo de la causa subyacente.

Caso clínico. Adolescente de 11 años ingresada en planta pediátrica por fiebre persistente y cefalea. Diagnosticada mediante TAC craneal de sinusitis frontal y tratada de manera conservadora con antibiótico intravenoso, que ante evolución favorable continúa de forma oral en domicilio. Comienza con tumefacción, cefalea y dolor frontal derecho sin otra clínica. Se realiza nueva prueba de imagen objetivándose en región frontal parasagital derecha un absceso epidural, así como celulitis de partes blandas circundantes. Se sospecha su origen en la sinusitis por tratamiento antibiótico incompleto. Se ingresa para tratamiento intravenoso, así como para cirugía endoscópica nasosinusal y craneotomía para la retirada del material purulento con posterior resolución del cuadro sin secuelas.

Comentarios. El tumor inflamatorio de Pott es una entidad poco prevalente. Es importante el conocimiento de esta patología como complicación de una entidad común como una sinusitis frontal y la importancia de la adherencia terapéutica al tratamiento antibiótico.

Caso clínico: piomiositis aguda en un adolescente, claves diagnósticas. *Melnic Melnic D, García Mier C, Sierra Pedraja E, Camacho Sáez B, Matorras Cuevas A, Docio Pérez P, Jiménez Montero B, Suárez Arrabal MC.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. La piomiositis es una infección bacteriana del músculo esquelético. El agente patógeno más frecuente es el *Staphylococcus aureus*. La ecografía es una herramienta útil para su diagnóstico, pero no siempre concluyente, siendo la resonancia magnética (RM) la prueba de elección.

Caso clínico. Adolescente de 15 años que acude al Servicio de Urgencias derivado por su pediatra por fiebre (máximo 40,3°C) de 4 días de evolución. Asocia dolor en ingle izquierda y leve cojera con la deambulación desde hace 24 horas. Valorado previamente en tres ocasiones e iniciado tratamiento con penicilina por antígeno *S. pyogenes* positivo en frotis faríngeo. En la exploración física se objetiva dolor a la palpación en región inguinal izquierda y con la flexión de cadera. Se realiza analítica con PCR de 12,6 mg/dl y ecografía de cadera donde no se observan hallazgos relevantes. Dada la situación clínica se decide ingreso para antibioterapia endovenosa. Durante el ingreso se realiza RM donde se objetiva probable osteomielitis en cresta ilíaca izquierda y miositis en músculos ilíaco y glúteo menor. Se constata aislamiento en hemocultivo de *S. aureus* sensible a meticilina, sustituyendo la antibioterapia por cefazolina endovenosa. Al quinto día de ingreso ante mejoría clínica se decide paso a vía oral con cefadroxilo hasta completar 4 semanas.

Comentarios. La piomiositis es un diagnóstico infrecuente, pero debe valorarse como diagnóstico diferencial ante un paciente con fiebre y cojera. La RM resulta esencial para su diagnóstico, porque permite identificar la afección desde fases tempranas y delimitar la extensión.

Bultoma cervical no es sinónimo de adenopatía. A propósito de un caso. *Barbadillo Mariscal B, Prieto Domínguez C, Ruiz Araus A, Clavijo Izquierdo ME, Angulo Sánchez V, Pérez Ortiz D, Portugal Rodríguez R, Hortigüela Saeta MM.* Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. La litiasis salival (sialolitiasis) es una patología infrecuente en edad pediátrica, siendo la localización más habitual la glándula submandibular. Se produce por la presencia de un cálculo en la glándula o el conducto de drenaje, produciendo obstrucción de la salida de saliva a la cavidad oral, produciendo inflamación y dolor.

Caso clínico. Niña de 7 años, sana, sin antecedentes de interés. Acude a consulta por bultoma cervical izquierdo de aparición brusca de 10 días de evolución. Niega cuadro infeccioso previo ni en el momento actual. A la exploración buen estado general, con bultoma submandibular de 2x2 cm, duro, levemente doloroso, sin datos inflamatorios externos. Orofaringe mínimamente hiperémica, con hipertrofia amigdalina. No exudado ni trismus. Dado que impresiona de conglomerado adenopático probablemente reactivo, pautamos ciclo de corticoterapia oral a 1 mg/kg/día, con resolución inicial. Un mes después reaparece nuevamente, administrándose amoxicilina-clavulánico 7 días, sin mejoría. Se solicita analítica sanguínea y serologías, sin alteraciones. Ecografía de par-

tes blandas compatible con submaxilitis litíase izquierda, que se confirma mediante TAC con contraste, localizándose lito a nivel proximal del conducto de Wharton. Pendiente de extracción del cálculo.

Comentarios. El diagnóstico diferencial del bultoma cervical en Pediatría se orienta fundamentalmente para discernir entre la etiología reactiva, infecciosa y maligna. Sin embargo, no todo bultoma cervical es una adenopatía, y aunque la sialolitiasis es infrecuente en edad pediátrica no se debe olvidar esta entidad, especialmente ante cuadros de tumefacción unilateral de aparición brusca, característicamente en relación a las ingestas.

Viernes 4 de abril • Sala 2 Hotel Castilla La Vieja

Quistes congénitos de pene: serie de casos. *González Guerrero C¹, Pulache Chávez HD¹, Navas Méndez de Andrés F¹, Valdés Rodríguez D¹, Pérez Suárez I¹, Sáez Álvarez S², Arredondo Montero J³.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Anatomía Patológica; ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Objetivos. Los quistes peneanos congénitos (QPC) constituyen una patología escasamente caracterizada en la literatura médica. El objetivo de este trabajo es presentar una serie de casos de QPC diagnosticados y tratados en nuestro centro.

Material y métodos. Estudio unicéntrico retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados y tratados de QPC en nuestro centro en 2024-2025. Previa aprobación del comité de ética y tras la obtención de los consentimientos informados de los tutores legales de los pacientes, se extrajeron los datos y se analizaron.

Resultados. Se incluyeron cuatro pacientes en el estudio, con una edad media de ocho años. Todas las lesiones eran congénitas y los pacientes fueron derivados desde pediatría de Atención Primaria, tres de ellos debido al aumento de tamaño, mientras que uno permaneció asintomático. En la exploración, dos pacientes presentaban quistes en la línea media (rafe peneano), uno en el frenillo prepucial y otro en el glande (perimeatal), todos ellos con localización ventral. Ningún paciente presentó complicaciones previas al tratamiento. En todos los casos, se realizó exéresis quirúrgica sin complicaciones. El estudio anatomopatológico mostró que se trataban de quistes simples (dermoides, epidérmicos de inclusión y transicionales), sin datos de malignidad. Hasta la fecha, no se han documentado recidivas.

Conclusiones. Los QPC son lesiones peneanas benignas con marcada variabilidad clínico-patológica. Su adecuado

conocimiento por el pediatra de atención primaria es clave para evitar preocupación y ansiedad familiar. Su exéresis es controvertida y debe consensuarse con la familia, siendo criterios a favor de la misma la presencia de complicaciones o el aumento progresivo de tamaño.

Edema escrotal idiopático: una causa infrecuente de escroto agudo en la infancia. *Pulache Chavez HD¹, González Guerrero C¹, Navas Méndez de Andes F¹, Valdes Rodríguez D¹, Perez Suárez I¹, Neira Arcilla MM¹, Arredondo Montero J².* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. El escroto agudo pediátrico involucra un diagnóstico diferencial extenso que incluye entidades raras o infrecuentes, como el edema escrotal idiopático (EEI).

Caso clínico. Niño de 9 años sin antecedentes de interés que acudió a Urgencias derivado desde Atención Primaria por sospecha de celulitis escrotal. Refería dolor e inflamación progresiva de región inguinoescrotal derecha desde hacía 3 horas. No refería fiebre ni picaduras o traumatismos en la región afecta. La exploración física mostró inflamación inguinoescrotal derecha, dolorosa a la palpación, con equimosis en parte de canal inguinal, sin lograr identificar los testículos. Se solicitó analítica de sangre, sin alteraciones, y ecografía inguinoescrotal sugestiva de cambios inflamatorios/infecciosos, con aumento de partes blandas, principalmente en lado derecho, sin datos de abscesificación. Testículos con ecoestructura y señal *doppler* conservados. No se realizó *doppler* de escroto ni del tabique interescrotal, por lo que no se pudo determinar si presentaba el “signo de la fuente”, típico del EEI. Con todo, se decidió ingreso en planta para tratamiento antibiótico IV empírico por sospecha de celulitis inguinoescrotal, con buena respuesta al tratamiento. A las 24 horas fue valorado por Cirugía Pediátrica, a quien impresionó de EEI. Dada la evolución favorable, se dio de alta con antibioterapia oral a pesar de la alta sospecha de EEI.

Comentarios. El EEI es un diagnóstico de exclusión que se fundamenta en la anamnesis y la exploración física. La ausencia de alteraciones analíticas y la presencia de hallazgos ecográficos típicos, como el “signo de la fuente”, pueden contribuir a establecer el diagnóstico.

Aumento de tamaño escrotal agudo y su manejo en Urgencias. *Seijo Rodríguez J, Martín Valbuena J, Escobar Hernaiz B, Domínguez Sevillano B, Andrés Blanco L.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. La patología testicular genera gran ansiedad familiar en las Urgencias Pediátricas a pesar de que, en pocas ocasiones, precisa una actuación terapéutica urgente. El hidrocele es un signo que se encuentra en el 10% de los tumores testiculares y 20% de las torsiones testiculares.

Caso clínico. Lactante de 4 meses que acude a Urgencias derivado desde Atención Primaria por aumento de hemiescrotos derecho progresivo, desde hace una semana. No impresiona de doloroso. No rechazo de tomas ni vómitos. Adecuada ganancia ponderoestatural. La región escrotal derecha presenta un aumento de tamaño de 3 centímetros, a tensión con transluminación positiva y sombra testicular en región inferior. Mantiene el reflejo cremastérico. No es doloroso a la movilización y no es reductible a la palpación. Requirió ingreso en unidad de neonatología por prematuridad de 30 semanas y allí se evidencian ambos testes en bolsa. Ante la posibilidad de obstrucción de la túnica vaginal por procesos tumorales, infecciosos o traumáticos, se solicita ecografía de urgencia. La ecografía es informada como hidrocele bilateral de predominio derecho sin observar masas en su interior con contenido móvil. Ante ausencia de datos de alarma se decide alta y observación domiciliaria.

Comentarios. La mayoría de las ocasiones una anamnesis y una exploración detallada son suficientes para evitar pruebas diagnósticas cruentas. La ecografía es una prueba complementaria incruenta que se realiza a pie de cama y permite descartar la mayoría de las patologías que precisan manejo urgente. El hidrocele es un proceso generalmente autolimitado que suele desaparecer antes de los 2 años de edad.

Tríada anemia-edema-hipoalbuminemia en fibrosis quística.
Ruiz Araus A, Gil Calderón FJ, Merino Arribas JM, Gonzalo San Esteban A, Pérez Santaolalla E, Fernández de Valderrama Rodríguez A, Portugal Rodríguez R, Gabaldón Pastor D.
Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. La fibrosis quística (FQ) se manifiesta en su forma más habitual por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia pancreática exocrina, cloro en sudor elevado e infertilidad en varones. La tríada anemia-edema-hipoalbuminemia en la FQ se ha descrito en relación con deficiencias nutricionales y hematológicas, debido a la malabsorción. Puede asociar manifestaciones cutáneas debido a déficit de vitamina A.

Caso clínico. Paciente de 50 días con diagnóstico clínico (diarrea, malnutrición, escasa ganancia ponderal, edema, exantema, esteatorrea), genético (2 alelos con mutaciones patogénicas diferentes [doble heterocigoto]) y funcional (electrolitos en sudor mayor de 60 mEq/L en 3 determinaciones) de FQ. En revisión se observa palidez cutánea y se solicita analítica sanguínea en la que se objetiva anemia normocítica

normocrómica (Hb 6,2 g/dl). Se completa estudio de anemia con ADE elevado, bilirrubina total 4,1 mg/dl, albúmina de 2,5 g/dl y Coombs positivo débil. Resto normal, incluyendo otros datos de hemólisis. En la exploración física presenta lesiones eritemato-papulares de 2 mm de diámetro en extremidades inferiores, tronco y cara. Pies y manos edematosos. Se transfunde concentrado de hematíes a 15 cc/kg y se ingresa en planta de hospitalización. Al alta, mejoría de anemia hasta normalización en controles posteriores. Actualmente recibe tratamiento con enzimas pancreáticas, vitaminas liposolubles, leche hidrolizada y zinc. Dermatitis generalizada tratada con corticoide tópico, mejoría tras ajuste nutricional.

Comentarios. Es importante conocer otras formas de presentación de la FQ para su diagnóstico precoz en aquellos casos que no se manifiesta de la forma habitual.

Cuando encuentras lo que no buscas. Dragomirescu Dragomirescu I, Corrales Fernández A.
Pediatría. Centro de Salud La Montaña. Santander.

Introducción. Adolescente de 14 años con test de Adams positivo en la revisión del niño sano de 14 años. En dicho contexto se realiza telemetría de columna siendo objetivado como hallazgo casual lesión ósea descrita como un islote óseo, siendo estas lesiones radiodensas, habitualmente asintomáticas descubiertas generalmente de forma incidental en radiografías efectuadas por otros motivos. Sus características radiológicas ayudan al diagnóstico diferencial en caso de dudas con otras lesiones como osteoma u osteosarcoma.

Caso clínico. Adolescente de 14 años que en la revisión de 14 años presenta giba derecha en test de Adams y 7º con escoliómetro sin asimetría escapular ni desbalance pélvico objetivable en la exploración física. En este contexto se solicita telemetría de columna completa posteroanterior en bipedestación para confirmar o descartar escoliosis adquirida. Asintomática en todo momento. En el informe radiológico se describe aumento de densidad en región supraacetabular derecha de morfología ovoidea con un diámetro máximo de 1 centímetro aproximadamente en relación con islote óseo, descartándose presencia de escoliosis adquirida. Se informa a la familia del hallazgo incidental y se explica tanto la ausencia de etiología clara así como de necesidad de tratamiento específico.

Comentarios. Los islotes óseos/enostosis son lesiones radiodensas benignas, cuyas características radiológicas con localización en hueso esponjoso, contornos nítidos, lesión muy compacta y poco agresiva, osteoesclerótica, forma redondeada, ovalada o elíptica, ayudan a identificar la benignidad o malignidad de la lesión evitando así más exploración o intervenciones innecesarias.

Luxación congénita de rodilla, ¿qué más tenemos que descartar? *Melgosa Peña M¹, Prieto Domínguez C¹, Costa Lorente J², Matilla Sainz Aja N¹, Barbadillo Mariscal B¹, Gonzalo San Esteban A¹, Gil Calderón FJ¹, Tejero Pastor L¹.* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. La luxación congénita de rodilla es una entidad rara (1/100.000 casos), 100 veces menos frecuente que la de cadera. Se diagnostica al nacimiento por hiperextensión marcada de rodilla, que se confirma radiológicamente. Relacionada con diversas etiologías, desde malas posiciones fetales intraútero hasta trastornos genéticos. El pronóstico dependerá del inicio precoz del tratamiento y asociación con otras anomalías.

Caso clínico. Recién nacida mujer a término (39 semanas edad gestacional), sin patología gestacional, parto eutócico en posición cefálica. Peso al nacimiento 2.935 gramos. Tras nacimiento se observa recurvatum extremo rodilla izquierda con limitación de flexión, resto de exploración normal. Realizan estudio radiológico visualizando desplazamiento anterior de tibia en relación con fémur, además caderas tipo II laxas bilaterales siendo izquierda luxable. Se coloca yeso inguinopédico en posición de flexión 10° en primera manipulación, con progresiva flexión semanal, hasta lograr 90°, y posterior cambio a arnés de Pavlik a las 4 semanas. Se mantiene arnés durante 3 meses, posteriormente por displasia acetabular colocan férula de abducción hasta los 13 meses de edad. Buena evolución en controles ecográficos, a la exploración hiperlaxitud generalizada. Valorada a los 13 meses en Neuropediatría por ausencia de gateo y bipedestación, con apoyo a los 12 meses, impresiona retraso motor secundario a patología traumatológica. Continúa estimulación en centro de atención temprana, pendiente evolución.

Comentarios. El tratamiento debe ser precoz, primeras 24-48 horas, con enyesados seriados o arnés de Pavlik. Es importante descartar otras displasias asociadas y malformaciones como pie zambo, por sus implicaciones y secuelas posteriores.

Pericondritis en la infancia, a propósito de un caso. *Castaneda Ruiz I, Romero del Hombrebueno Gomez del Pulgar Y, Maté Real A, Fernández Herrera MC, Moriana Río N, Morales Moreno AJ, Bartolomé Cano ML, Justo Vaquero P.* Pediatría y Áreas Específicas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Introducción. La pericondritis es una infección poco frecuente del pericondrio del pabellón auricular ocasionada

habitualmente por antecedente traumático previo o puerta de entrada visible. Se presenta como una tumefacción dolorosa del pabellón auricular que pierde los relieves cartilaginosos habituales; respetando siempre el lóbulo de la oreja. Aún con manejo apropiado puede complicarse con necrosis del cartílago y deformidad permanente por lo que no debe considerarse una patología trivial.

Caso clínico. Paciente de 3 años que acude a Urgencias por otalgia izquierda de 20 horas de evolución, asocia eritema y edema de pabellón auricular izquierdo. Afebril. Antecedente de fístula preauricular izquierda que presenta desde el nacimiento. A la exploración física presenta buen estado general. Destaca eritema, calor e induración de pabellón auricular que respeta lóbulo de la oreja. No fluctuación. Supuración escasa en erosión en concha. Fístula preauricular con piel circundante normal sin supuración. Otoscopia normal. Se toma muestra del exudado para cultivo, se extrae analítica sanguínea con hemocultivo y se ingresa con corticoterapia y antibioterapia intravenosa (ceftazidima) que a los 2 días ante crecimiento de *S. aureus* en exudado se desescala a cloxacilina intravenosa. Alta a los 6 días con remisión completa de la clínica.

Comentarios. Las pericondritis suelen ser originadas por heridas en pabellón auricular. El tratamiento antibiótico empírico debe cubrir los dos gérmenes más frecuentes: *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*, siendo de elección las quinolonas orales en adolescentes, y en niños la antibioterapia intravenosa con cefalosporinas antipseudomonas.

Sábado 5 de abril • Centro Cultural de la Diputación

Torpeza motora progresiva e incontinencia urinaria: la importancia de la exploración física y el diagnóstico precoz. *Pérez Suárez I, Sánchez Prieto C, Navas Méndez de Andes F, Valdés Rodríguez D, González Guerrero C, Pulache Chávez HD, Rodríguez Fernández C.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. A pesar de ser bien conocida la relación entre estigmas neurocutáneos y disrafismo espinal oculto (DEO), es fundamental su diagnóstico precoz para prevenir el daño neurológico progresivo como el caso que presentamos.

Caso clínico. Niña de 8 años, procedente de Brasil desde hace un año, remitida a Neurología Infantil por torpeza motora progresiva. Antecedentes perinatales: preeclampsia, diabetes gestacional. Cesárea a las 35 semanas. Apgar: 9/9. Neonatal: hipoglucemia leve, hipertriosis lumbar no estu-

diada. Primeras fases del desarrollo normales, aunque desde siempre con caídas frecuentes y torpeza motora progresiva para subir/bajar escaleras, trepar o correr. Estreñimiento crónico, refractario a laxantes orales y antecedente de infecciones urinarias repetidas con incontinencia urinaria progresiva y enuresis. Durante el último mes consulta en Urgencias en varias ocasiones por dolor de extremidades. En la exploración destaca mechón de pelo lumbar con exploración neurológica normal. La resonancia cráneo-medular revela meningocele posterior T10-T11 con defecto del cierre óseo, hipoplasia láminas vértebras L1-L4 con defecto de cierre L5. Los potenciales evocados somatosensoriales demuestran afectación de cordones posteriores. Dada la sospecha de DEO con deterioro neurológico progresivo se deriva a Unidad de Neurocirugía de referencia.

Conclusiones. El DEO comprende una serie de malformaciones de la médula espinal. En muchos casos, los estigmas cutáneos son la única manifestación inicial. Un 20% no diagnosticados presenta vejiga neurógena, algunos con incontinencia rectal. El dolor lumbar o extremidades aparece en el 20% niños, elevándose al 80% adultos. Es fundamental el diagnóstico precoz, ya que la corrección quirúrgica puede prevenir daño neurológico progresivo e irreversible.

Consulta de Pediatría, más allá de la banalidad. Dragomirescu Dragomirescu I¹, Corrales Fernández A¹, De Diego Díez A². ¹Pediatría. Centro de Salud La Montaña. Santander. ²Facultativo Especialista de Área. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. El cuidado de la salud y la atención médica de la población pediátrica es parte fundamental de las labores como pediatras, desde las revisiones del niño sano periódicas hasta las consultas a demanda. Una valoración integral rápida en cada consulta independiente del motivo inicial de la misma, a vista de pájaro, puede tener implicaciones y repercusiones vitales en la atención posterior del paciente.

Caso clínico. Lactante de 9 meses y 20 días de vida que consulta por cuadro catarral y otalgia. En la exploración física llama la atención aumento llamativo del diámetro craneal por lo que se realiza medición del perímetro craneal con valor >percentil 99 (p > 99, 4,42 DE). Sin antecedentes personales de interés. Revisiones del niño sano erráticas, inicia vacunación con 6 meses de edad. Peso, longitud y perímetro cefálico normales hasta los 9 meses. Se realiza ecografía cerebral con los siguientes hallazgos: Aumento del espacio extraaxial, a expensas del espacio subaracnoideo.

Comentarios. La consulta de Pediatría en muchas ocasiones presenta un reto por exceso de presión asistencial y

otras por seguimiento errático no dependiente del pediatra, no obstante es primordial el enfoque integral del niño dada la implicación a corto y largo plazo que dicha consulta puede tener.

Rabdomiólisis asociada a isotretinoína y ejercicio: un caso clínico en adolescente. Recio González M, Sierra Pedraja E, Pérez Miguel M, Camacho Sáez B, García Mier C, Melnic Melnic D, Gestoso Uzal N, Caballero Del Campo O. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. La rabdomiólisis es un síndrome caracterizado por la destrucción de fibras musculares y la liberación de su contenido a la circulación sistémica, aumentando los niveles de creatinfosfoquinasa (CK). Entre sus causas adquiridas encontramos el ejercicio intenso, miopatías inflamatorias o algunos fármacos. La isotretinoína, retinoide empleado en el tratamiento del acné, se ha asociado a aumento de los niveles de CK, especialmente en pacientes que practican actividad física intensa.

Caso clínico. Presentamos el caso de un adolescente de 14 años que acude a urgencias por edema en brazo derecho desde hace 24 horas. Refiere ejercicio intenso en los cuatro días previos. Afebril, sin coluria u otros síntomas. Se encontraba en tratamiento con isotretinoína 30 mg/día por acné nódulo-quístico desde hacía 25 días. Se realiza analítica que revela elevación marcada de ALT, AST y CK (63.168 mg/dl), sin otras alteraciones. El estudio ecográfico realizado mostró miositis en ambos brazos, más acentuada en el derecho. Se decide ingreso hospitalario para control evolutivo y se solicita valoración por Dermatología. Tras la suspensión de la isotretinoína y el cese del ejercicio, los niveles de CK se normalizaron al cabo de unas semanas.

Comentarios. Este caso destaca la importancia de evaluar la toxicidad muscular asociada a la isotretinoína, especialmente en pacientes físicamente activos. Aunque la elevación de la creatina quinasa (CK) suele ser benigna, puede derivar en rabdomiólisis grave. Por ello, es fundamental realizar un seguimiento analítico adecuado y recomendar precaución con el ejercicio intenso en pacientes en tratamiento con isotretinoína.

Bibliografía: 1) Rabdomiólisis metabólica: actualización. Rev Med Clin Condes. 2018; 29(3): 325-36. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-rabdomiólisis-metabolica-actualizacion-S0716864018301044>. 2) Rhabdomyolysis: clinical manifestations and diagnosis. UpToDate. 2025. Disponible en: <https://www.uptodate-com.scsalud.a17.csinet.es/con>

tents/rhabdomyolysis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=rabdomiolisis&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2#H31738287. 3) Oral isotretinoin therapy for acne vulgaris. UpToDate. 2025. Disponible en: https://www.uptodate-com.scsalud.a17.csinet.es/contents/oral-isotretinoin-therapy-for-acne-vulgaris?search=isotretinoína&source=search_result&selectedTitle=2%7E122&usage_type=default&display_rank=1. 4) Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica de Isotretinoína. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS (CIMA). Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/67570/67570_ft.pdf.

Síndrome neurooculocardiogenitourinario. *Romero García C, Alberola López S, Romero García C, Alberola López S. Pediatría. Centro de Salud Los Jardinillos. Palencia.*

Introducción. El síndrome neurooculocardiogenitourinario (NOCGUS) es un trastorno multisistémico de herencia autosómica dominante, caracterizado por un crecimiento deficiente y anomalías de los sistemas ocular, craneofacial, neurológico, cardiovascular, genitourinario, esquelético y gastrointestinal. Actualmente, hay escasa descripción del mismo en la literatura.

Caso clínico. Lactante de 2 meses, con antecedente gestacional de retraso del crecimiento intrauterino (CIR) tipo 1, persistencia de vena cava superior izquierda y arteria umbilical única. Cariotipo 46, XX. Durante el ingreso en Neonatología en Hospital Terciario presenta los siguientes diagnósticos:

- Comunicación interventricular mal alineada, persistencia de vena cava superior izquierda. Ductus arterioso persistente, foramen oval multiperforado. Hiperflujo pulmonar inicial. Cirugía de banding de arteria pulmonar y cierre del ductus.
- Shunt portosistémico extreahepático Abernethy tipo III.
- Riñón derecho bilobulado y duplicidad de sistema excretor.
- Quistes subependimarios derechos (hemorragia de la matriz germinal grado 1).
- Quiste del filum terminale (variante anatómica de la normalidad). Coxis evertido, con probable fusión de S5 con la primera porción coxígea.
- Agenesia falange distal de los quintos dedos de ambos pies.
- Leve hipoplasia de nervio óptico en ambos ojos.
- Hernias inguinales bilaterales.

Tras dos meses de seguimiento se encuentra en tratamiento con Furosemida y suplementos alimenticios y estable hemodinámicamente.

Comentarios. El NOCGUS cursa con deterioro neurológico significativo, defectos cerebrales estructurales, coloboma, convulsiones, mala alimentación y rasgos faciales dismórficos. El síndrome se asocia a una mutación heterocigota en el gen WDR37 del cromosoma 10p15.3 y puede provocar letalidad antes de los 2 años de edad.

Hipertensión intracraneal en paciente con válvula de derivación ventrículo-peritoneal: no descartes nunca la válvula. *Gil Calderón FJ, Prieto Domínguez C, Santamaría Sanz PI, Gómez Sáez F, Matilla Sainz-Aja N, Angulo Sánchez V, Tejero Pastor L, Recalde Tabar A. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La hipertensión intracraneal (HTIC) es la elevación de la presión intracraneal (PIC) que puede condicionar la aparición de clínica y que puede provocar la herniación cerebral. Se considera que una PIC >20 cmH₂O es el límite para iniciar tratamiento. Clínicamente aparece con la tríada de Cushing, con hipertensión arterial, bradicardia y alteración respiratoria. Puede acompañarse de deterioro del nivel de conciencia y vómitos. Existen múltiples causas, destacando la traumática, aunque en pacientes con válvula de derivación ventrículo-peritoneal siempre debemos valorar su posible obstrucción.

Caso clínico. Paciente de 10 años con disminución de nivel de conciencia y clínica de HTIC. Refiere cefalea y vómitos de 12 horas de evolución, con deterioro del estado general, y pérdida de consciencia por la que acuden a Urgencias. A los 19 meses presentó un cuadro de hidrocefalia obstructiva por un quiste pineal que precisó de colocación de VDVP. En las radiografías no se apreciaron alteraciones en la VDVP. En ecografía transcraneal y del nervio óptico se encontraron datos de HTIC. En tomografía inicialmente no se apreciaron alteraciones en la VDVP, pero en revisión posterior por mantenimiento de la clínica se apreció lesión de la válvula. Entró a quirófano para sustitución de la VDVP, presentando posteriormente resolución de la clínica.

Comentarios. En paciente con VDVP que presentan clínica de HTIC la causa más probable es la obstrucción o lesión de la válvula, por ello debemos mantener un alto índice de sospecha y realizar una valoración exhaustiva de la misma.

Cuando la realidad se deforma: descubriendo el síndrome de Alicia en el país de las maravillas. *Angulo Sánchez V, Santamaría Sanz PI, Navarro Abia V, Conejo Moreno D, Domínguez Sánchez P, García Terrazas A, Recalde Tabar A, Gonzalo San Esteban A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El síndrome de Alicia en el país de las maravillas (SAPM) se presenta en forma de trastornos complejos de la percepción visual. Tiene un espectro clínico muy variable en el que están descritos 42 síntomas visuales (micropsias, macropsias, teleopsias y dismorfopsias) y 16 somáticos (despersonalización, desrealización y percepción del tiempo alterada). Se ha asociado a infecciones, fármacos y enfermedades del sistema nervioso central sin definirse aún una etiopatogenia clara.

Caso clínico. Paciente de 6 años sin antecedentes de interés, consulta en Urgencias por episodio de discurso incoherente, visión borrosa y dismorfopsia tras despertar de la siesta. Referían que el día previo había presentado cuadro de vómitos alimenticios. En ese momento exploración neurológica normal. Se solicita interconsulta a Oftalmología con exploración normal salvo síndrome de Brown (hallazgo incidental). Se realiza PCR de virus respiratorios con resultado positivo para rino/enterovirus. En analítica sanguínea presenta discreto aumento de reactantes de fase aguda y tóxicos en orina negativos. Valorado en ese momento por Neuropediatría, citan en consultas para continuar estudio. Se realiza de manera ambulatoria RMN normal y VEEG en el que se observa un foco epiléptico temporal izquierdo, poco expresivo en vigilia. Se mantiene en estudio por parte de Neuropediatría con sospecha de SAPM.

Conclusiones. El SAPM es infrecuente, pero con una clínica muy alarmante, por lo que, si el profesional sanitario no está familiarizado con ello, puede llevar a realizar procedimientos innecesarios. Es conveniente explicar al paciente y familiar la benignidad del cuadro y su carácter autolimitado.

Encefalopatía aguda en contexto infeccioso y farmacológico.

Matilla Sainz-Aja N, Prieto Domínguez C, Gil Calderón FJ, García Gonzalez M, Del Blanco Gómez I, Navarro Abia V, Pérez Ortiz D, Clavijo Izquierdo ME. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. Las complicaciones neurológicas asociadas a sintomatología infecciosa no son despreciables. Hoy en día, los patógenos más frecuentemente relacionados son el virus varicela zóster o aquellos con sintomatología respiratoria y bacterias atípicas. Tras una sospecha clínica, las pruebas complementarias definirán el diagnóstico y permitirán instaurar el tratamiento específico.

Caso clínico. Adolescente de 12 años sin antecedentes de interés. Acude a Urgencias por clínica de mutismo, desviación ocular alternante, sialorrea y distonías en extremidad superior derecha. Se realizan numerosas pruebas comple-

mentarias tras las que se obtiene aumento de creatinquinasa, aumento leve de transaminasas y vídeo-electroencefalograma en el episodio agudo con trazado lento de base y anomalías epileptiformes en región temporal izquierda, hallazgos no presentes en vídeo-electroencefalograma de control. Se plantean diferentes diagnósticos diferenciales, sin esclarecerse etiología clara, salvo serología con IgM positiva para *Chlamydomydia pneumoniae* e ingesta de cetirizina el día previo. Autoresolución completa del cuadro clínico en los siguientes 3 días y tras tratamiento con azitromicina.

Comentarios. Las bacterias atípicas (*Chlamydomydia*, *Legionella* o *Mycoplasma pneumoniae*) se han asociado a cuadros de encefalitis o meningoencefalitis. Aunque no se conoce el mecanismo específico, la patogenia de la bacteria podría relacionarse con el curso del cuadro y la evolución es favorable con el tratamiento antimicrobiano. En este caso, algunos de los síntomas que presentó la paciente están descritos tras ingesta de cetirizina, por lo que no se puede descartar que contribuyese o fuese responsable de la sintomatología.

Mutación SYNGAP-1. Serie de casos en un hospital secundario. Musgo Balana P¹, Rondón Martínez CV¹, Navas Méndez de Andrés F², Del Villar Guerra P¹, Gautreaux Minaya SI¹, González Mieres C¹, Arias Consuegra MA¹, Prada Pereira MT¹. Servicio de Pediatría. ¹Hospital El Bierzo, Ponferrada, León. ²Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE). León.

Introducción. SYNGAP es una proteína post-sináptica involucrada en la señalización glutamatérgica. Mutaciones en el gen SYNGAP1 condicionan un espectro amplio de síntomas entre los que destaca el retraso del desarrollo, discapacidad intelectual, epilepsia y trastornos del comportamiento. Presentamos una serie de tres casos atendidos en nuestro centro que poseen esta mutación genética.

Casos clínicos. *Caso 1:* Niña seguida en consulta desde los 23 meses por retraso psicomotor con rasgos TEA, discapacidad intelectual, alteraciones del lenguaje, dispraxia y epilepsia generalizada con debut a los 34 meses. Padres consanguíneos. En el estudio genético presenta mutación en gen SYNGAP-1 variante C.333DEL, (P.LYS114SERFSTER20). *Caso 2:* Niño de 12 años con escoliosis dorsal severa, pectus excavatum, con rasgos TEA discapacidad intelectual retraso del aprendizaje y motor, dispraxia, disfagia neuromuscular y alteraciones del lenguaje. Estudio genético con mutaciones en SYNGAP 1 (6P21.32) c.2560C>T P.Arg854Cys. *Caso 3:* Niña de 13 años hermana del caso 2 que en estudio por patología familiar presenta misma mutación que caso 2. Presenta rasgos TEA grado 1.

Comentarios. Las mutaciones sobre el gen SYNGAP 1 pueden presentarse con diferentes fenotipos. El espectro de síntomas más comúnmente relacionados con esta mutación son las alteraciones del comportamiento y retraso en el neurodesarrollo. El principal reto de esta patología es su diagnóstico debido a su reciente descubrimiento y los síntomas que asocia. Es importante notificar los nuevos casos con su variante genética correspondiente para completar la base de datos europea y así permitir un mejor estudio futuro.

Sábado 5 de abril • Sala 1 Hotel Castilla La Vieja

La fiesta del mastocito. *Romero García C, Alberola López S, Romero García C¹, Alberola López S. Pediatría. Centro de Salud Los Jardinillos. Palencia.*

Introducción. La mastocitosis constituye un grupo de enfermedades caracterizado por una proliferación anormal de mastocitos en distintos tejidos, especialmente en la piel, de forma focal, como el mastocitoma solitario (MS), o diseminada, como la mastocitosis cutánea difusa. Las formas de mastocitosis más frecuentes son el MS y la urticaria pigmentosa.

Caso clínico. Varón de cuatro meses, sin antecedentes personales de interés, que acude por placa en zona malar derecha, no pruriginosa, de coloración eritematomarrónacea, parece que empeora por contacto con la saliva. Se pautan dos ciclos con corticoide tópico, con mejoría discreta, reapareciendo posteriormente. Se realiza interconsulta a Dermatología, identificando la lesión como MS.

Comentarios. El MS representa el 10% de los casos de mastocitosis cutánea. Consiste en una o varias lesiones ovaladas, con una superficie lisa, normalmente en las extremidades o el tronco. El signo de Darier, que es patognomónico y positivo >90% de los casos, y produce una urticación con el roce de su superficie. El MS aparece en dos picos, el primero antes de los seis meses de vida (normalmente resuelve espontáneamente durante los primeros años de vida), y el segundo en la edad adulta. No está indicada la realización de pruebas complementarias, a no ser que existan manifestaciones sistémicas. El tratamiento es conservador, recurriendo a antihistamínicos H1 y H2 para la reducción del prurito. Existen factores desencadenantes de la degranulación, que incluso puede producir anafilaxia (pudiendo requerir exéresis): cambios de temperatura, los traumatismos o la fricción, el ejercicio, el calor, el estrés, alimentos (chocolate o nueces), o medicamentos (AINEs).

La radiología como aliada en un diagnóstico complejo. *Corrales Fernández A¹, Sancho Gutierrez R², Viadero Ubierna MT³, Otero Fernández MM⁴, Dragomirescu Dragomirescu I¹, Ayala Velasco R⁵. ¹Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud La Montaña. Santander. ²Pediatra, Sección de Neumología Pediátrica; ³Pediatra, Sección de Cardiología Pediátrica; ⁴Radiólogo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁵Enfermero de Atención Primaria. Centro de Salud Sardinero. Santander.*

Introducción. Presentamos el caso clínico de un varón de 2 años y 9 meses de edad con neumonías de repetición. La revisión de las imágenes radiológicas de tórax alertó sobre hallazgos presentes que hicieron ampliar el estudio hasta llegar al diagnóstico final de atresia congénita de las venas pulmonares izquierdas con hipoplasia de la arteria pulmonar y pulmón ipsilateral.

Caso clínico. Recién nacido a término con peso adecuado para la edad gestacional. Cesárea. Periodo neonatal sin incidencias. Inicia escuela infantil a los 18 meses. Episodio de sibilantes desde los 10 meses de edad tratados con broncodilatador y corticoide inhalado. Valorado por neumología infantil a los 2 años y medio con diagnóstico de asma moderado persistente sin sensibilización alérgica. Primer ingreso por neumonía en llingula con derrame pleural asociado en mayo de 2024. Segundo ingreso por neumonía bilateral con derrame paraneumónico izquierdo en julio de 2024. Tercer ingreso por atragantamiento y sospecha de cuerpo extraño en vía aérea en octubre de 2024 con realización de broncoes copia. Reingreso en el mismo mes por hematemesis vs hemoptisis con realización de nueva broncoes copia. A las 24 horas de esta última broncoes copia ingresa por fiebre y quejido respiratorio llegando al diagnóstico final tras realización de distintas pruebas diagnósticas.

Comentario. Ante la evolución clínica tórpida, desde radiología infantil se procedió a la revisión cronológica de las imágenes, llegando al diagnóstico definitivo.

Lo que puede esconder un traumatismo. *Corrales Fernández A¹, Dragomirescu Dragomirescu I¹, López B². ¹Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud La Montaña. Santander. ²Médico Interno Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Atención Primaria. Santander.*

Introducción. El pseudoaneurisma arterial es una anomalía vascular originada por una disrupción en la discontinuidad de la pared arterial. Su etiología puede ser inflamatoria, yatrogénica o traumática, siendo esta última la más frecuente.

Es una entidad poco frecuente en adultos, careciendo de estudios estadísticamente significativos en la población pediátrica. Debe sospecharse ante cualquier masa pulsátil, antecedente traumático y masa dolorosa focal. El ultrasonido doppler es la primera línea de abordaje diagnóstico. Las opciones terapéuticas son variadas y deben individualizarse en cada caso.

Caso clínico. Adolescente varón de 15 años que acude al Servicio de Urgencias Pediátricas tras traumatismo frontal derecho tras colisión accidental con compañero. A la exploración tan solo destaca edema frontal derecho doloroso sin crepitación. Consulta a las 2 semanas por persistencia de bultoma no pulsátil en misma localización. Solicitamos ecografía que se informa como pseudoaneurisma traumático de la arteria supraorbitaria. En el momento actual se encuentra pendiente de valoración por Cirugía Vascular.

Comentarios. El pseudoaneurisma de la arteria supraorbitaria es una entidad poco frecuente, siendo la etiología más común la traumática. Es importante sospechar esta entidad ante el antecedente traumático y la presencia de masa en localización coincidente, para proceder a un diagnóstico precoz y así evitar complicaciones como la hemorragia masiva y fístulas arteriovenosas. Existen diferentes abordajes terapéuticos siendo la ligadura vascular y la embolización los más ampliamente utilizados.

Síndrome de dolor regional complejo en Pediatría: a propósito de un caso. *Gonzalo San Esteban A, Pérez Ortiz D, García Terrazas A, Obregón Asenjo M, Tejero Pastor L, Recalde Tabar A, Clavijo Izquierdo ME, Gil Calderón FJ. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El síndrome del dolor regional complejo se caracteriza por un dolor desproporcionado en relación a la anamnesis y los hallazgos físicos, siendo más frecuente en miembros inferiores. Presenta mayor prevalencia en niñas preadolescentes, presentando una fuerte relación con factores psicológicos. El diagnóstico es clínico, el dolor desproporcionado se asocia con signos de disfunción autonómica, como alodinia, hiperalgesia, edema, frialdad. El objetivo del tratamiento es recuperar la funcionalidad y aliviar el dolor, siendo necesario un abordaje multidisciplinar basado en educación, terapia física y terapia psicológica, con poca evidencia en cuanto al uso de fármacos. A pesar del difícil manejo, hasta el 90% de los niños alcanzan la remisión.

Caso clínico. Adolescente de 13 años, sin antecedentes de interés, consulta en Urgencias por dolor en primer, segundo y tercer dedo de la mano desde hace 6 meses. Refiere un dolor continuo, incapacitante con cambio de coloración. Valorada en su centro de salud, inician tratamiento con analgesia

de primer nivel sin mejoría, realizan analítica sanguínea, sin alteraciones y derivan a Reumatología. A la exploración física, vasodilatación y leve edema en primer, segundo y tercer dedo de la mano derecha. Hiperalgesia, movilización limitada por dolor. Perfusión, sensibilidad térmica y dolorosa conservada. Dada la sospecha, se completa estudio con radiografía, siendo normal y se deriva a Rehabilitación para valoración.

Comentarios. El síndrome del dolor regional complejo es una patología infrecuente en pediatría que requiere una alta sospecha clínica. Dado que el factor psicológico es clave debemos hacer especial hincapié en el mismo.

Detectar hoy, proteger el mañana: la clave en la hipercolesterolemia familiar. *Pérez Suárez I¹, Álvarez González AB², Quiroga González R¹, Navas Méndez de Andes F¹, Valdés Rodríguez D¹, González Guerrero C¹, Pulache Chávez HD¹, González García ME². Servicio de Pediatría. ¹Complejo Asistencial Universitario de León. ²Centro de Salud de Eras de Renueva. León.*

Introducción. La hipercolesterolemia familiar es uno de los trastornos genéticos más prevalentes de la edad pediátrica; sin embargo, en la mayoría de los casos pasa desapercibida. Se caracteriza por niveles plasmáticos elevados de colesterol LDL (lipoproteínas de baja densidad) que pueden detectarse ya desde el nacimiento. Esta elevación implica un aumento considerable del riesgo cardiovascular en edades tempranas y algunas de las manifestaciones más típicas, aunque no siempre presentes, son el arco corneal y los xantomas.

Caso clínico. Niña de 6 años remitida desde Atención Primaria por hipercolesterolemia. En una primera analítica, mayo de 2022, colesterol total 329 mg/dl y triglicéridos 63 mg/dl. No xantomas ni arco corneal. Rama familiar paterna con historia de hipercolesterolemia. Algunos estudiados, incluido el padre, todos con la misma mutación M120 revelando hipercolesterolemia familiar heterocigota. Inicialmente, se comienza tratamiento exclusivamente dietético (esteroles 3 veces a la semana), que resulta ineficaz para controlar los niveles de colesterol LDL. En analítica de control (diciembre de 2023) la cifra total de colesterol fue 298 mg/dl (LDL colesterol 243 mg/dl). Dadas las cifras elevadas de LDL, se decide iniciar tratamiento con rosuvastatina con buenos resultados en analíticas de control posteriores.

Conclusiones. La hipercolesterolemia familiar es una alteración genética con un elevado riesgo cardiovascular. El cribado precoz, combinado con cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico cuando sea necesario, mejoran el pronóstico. La concienciación y su detección temprana pueden prevenir eventos cardiovasculares prematuros.

Síndrome de Adie. A propósito de un caso. Recio González M¹, Gestoso Uzal N¹, García Mier C¹, Sierra Pedraja E¹, Sario Jamarco A¹, Loza Sierra A², Peñalba Citores AC¹, Leonardo Cabello MT¹. ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. El síndrome de Adie es una entidad de etiología desconocida caracterizada por la dilatación unilateral de una pupila, que responde más lentamente a estímulos luminosos que a la acomodación (siendo positivo el test de Pilocarpina), asociando una disminución de los reflejos en las extremidades. Es una entidad de naturaleza benigna, cuya fisiopatología radica en una degeneración del ganglio ciliar y de las fibras parasimpáticas postganglionares que inervan al músculo constrictor pupilar.

Caso clínico. Se presenta el caso de una adolescente de 12 años que acude hasta tres veces al Servicio de Urgencias Pediátricas a lo largo de mes y medio, consultando por anisocoria. Inicialmente acude por anisocoria visualizada en contexto de presíncope tras administración de vacuna, resuelta en el momento de la consulta, siendo diagnosticada de midriasis idiopática benigna. En las sucesivas consultas, refiere aproximadamente 6 episodios diarios de midriasis izquierda (aporta fotografías) que en ocasiones se acompañan de dolor binocular/frontal de tipo punzante o de visión borrosa de predominio en campo inferior. A la exploración, se objetiva midriasis izquierda e hiporreflexia en miembro inferior izquierdo, con resto de exploración por aparatos y neurológica normal. Se realiza un RMN cerebral sin hallazgos y es valorada por Oftalmología y Neuropediatría, que diagnostican de pupila de Adie y posible síndrome de Adie.

Comentarios. Dado que el síndrome de Adie es más común en adultos, en el abordaje inicial en Urgencias de un paciente con anisocoria es importante descartar causas de potencial gravedad, utilizando si es necesario, pruebas de imagen.

Consulta telefónica previa procedimientos con sedación. ¿Es útil para los padres? Angulo Sánchez V, Gómez Sánchez E, Del Blanco Gómez I, Oyagüez Ugidos PP, Melgosa Peña M, Valencia Ramos J, Cuervas-Mons Tejedor M, Pérez Ortiz D. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Para conocer la situación COVID, en mayo de 2020 se comenzó a contactar telefónicamente con las familias antes de procedimientos ambulatorios con sedación. Cesada la pandemia se mantuvieron las llamadas por la buena experiencia percibida en la unidad.

Objetivos. Conocer la opinión de los padres respecto a: 1) La comprensión y claridad de la información ofrecida en la consulta telefónica. 2) La confianza y tranquilidad adquirida para la sedación. 3) La satisfacción con las llamadas telefónicas previas a la sedación ambulatoria.

Material y métodos. Estudio cualitativo mediante encuesta de elaboración propia, anónima y voluntaria administrada el día de la sedación ambulatoria a los familiares de los pacientes previamente informados telefónicamente entre 1/02/ 2025 y 28/02/2025.

Resultados. Participaron las 51 familias encuestadas. Los procedimientos más frecuentes fueron: infiltración de toxina botulínica 47,06%, resonancia magnética 29,41%, endoscopia digestiva 13,72%. De la información recibida consideraban relevante la referida al procedimiento de sedación el 88%, las condiciones necesarias el 90% y los riesgos el 76%. La llamada generó confianza para el 96% de familias y fue suficiente para comprender riesgos/beneficios para el 88%. El 96% de familias consideraban claras y comprensibles las explicaciones y el 94% resueltas sus dudas e inquietudes. El 96% de familias acudieron al hospital más tranquilas, el 94% considera útil la consulta telefónica y el 92% no la sustituiría por una consulta presencial.

Conclusiones. La llamada telefónica informativa previa a procedimientos de sedación resultó útil y satisfactoria para la mayor parte de familias encuestadas y puede ser una opción ante la imposibilidad de una consulta presencial.

Influencia del nivel socioeconómico y cultural en la lactancia materna. Carrasco Villanueva MJ¹, Martín Irazo NM¹, Jiménez Hernández EM¹, Haupt Arabia V¹, Carpintero Martín MP², Martínez Fernández MM², Fernández Franco L². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Río Carrión. Palencia. ²Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud La Puebla. Palencia.

Objetivos. Valorar el impacto que tiene el nivel socioeconómico y cultural en la lactancia materna recibida en una muestra de adolescentes pertenecientes a nuestra comunidad autónoma.

Material y métodos. Estudio de asociación cruzada de las variables recogidas en adolescentes entre 12 y 14 años y sus padres/tutores legales a los que se les ha pasado un cuestionario de salud de forma aleatoria simple en los cupos de pediatría pertenecientes a la Red Sanitaria Centinela de Castilla y León. Las variables estudiadas fueron lactancia materna en los primeros 6 meses de vida, meses de lactancia materna exclusiva y total, lugar de residencia, renta familiar, nivel de estudios y país de origen.

Resultados. De los 475 participantes, el 82,7% recibieron lactancia materna en los primeros 6 meses de vida,

con una media de lactancia materna exclusiva (LME) de 4,3 meses. La duración de LME aumenta con el nivel de estudios del responsable principal ($p=0,004$). Según los ingresos familiares, el tiempo de LME fue mayor en domicilios con rentas entre 12.000-18.000€ y $>42.000€$ ($p=0,018$). La media de meses de LME fue mayor en zonas urbanas (4,51 meses) y la media de meses de lactancia total fue mayor en zona rural (11,48 meses), aunque estos resultados no son estadísticamente significativos. Por último, los adolescentes extranjeros recibieron mayor número de meses de LME y lactancia total que los adolescentes españoles.

Conclusiones. Con los datos obtenidos, se concluye que existen diferencias según el nivel socioeconómico y cultural, lugar de residencia y cultura de origen en la duración de la lactancia, aunque algunas de las variables no han sido estadísticamente significativas.

Enfermedades autoinflamatorias, todo un reto diagnóstico.

Musgo Balana P¹, Rondón Martínez CV¹, Moreno Duque LD², Ruiz de Morales JM³, Gautreaux Minaya SI¹, Prada Pereira MT¹, Arias Consuegra MA¹, Del Villar Guerra P¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital El Bierzo. Ponferrada, León. ²Servicio de Pediatría; ³Servicio de Inmunología. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. Las enfermedades autoinflamatorias son un grupo de inmunodeficiencias primarias cuya baja prevalencia e inespecificidad de sus síntomas dificultan su diagnóstico, que en muchos casos requiere un estudio genético. Se revisaron 4 casos de niños con manifestaciones compatibles con enfermedades autoinflamatorias, describiendo la clínica, evolución y hallazgos genéticos.

Descripción de los casos. *Caso 1:* Niña de 4 años con fiebre recurrente de 2-3 años de evolución (1 episodio mensual de 2-3 días de duración) sin variante genética patogénica asociada. *Caso 2:* Niño de 5 años, afecto de mastocitosis, con fiebre recurrente desde hace 1 año (1 episodio cada 2-3 semanas de 4-5 días de duración), adenopatías laterocervicales y, desde hace 3 años gonalgia bilateral nocturna (1-2 veces por semana con cojera, sin signos inflamatorios ni fiebre). No se encontraron mutaciones en estudio genético. *Caso 3:* Niño de 6 años con urticaria no pruriginosa, adenitis mesentérica y úlceras bucales. Además, ha presentado angioedema facial ocasionalmente tras exposición al frío. Se identificó alteraciones en gen PLG2. *Caso 4:* Niña de 8 años con urticaria recurrente desde hace 1 año (3-4 episodios semanales), angioedema sin desencadenante conocido, artralgias en (rodillas y tobillos), episodios de febrícula y antecedentes familiares de

haploinsuficiencia A20 (TNFA1P3) Se identificó la misma variante genética.

Comentarios. El diagnóstico de las enfermedades autoinflamatorias sigue siendo un reto clínico debido a la variabilidad fenotípica e inespecificidad de los hallazgos analíticos. Aunque el estudio genético sigue siendo clave para confirmar el diagnóstico, su ausencia no excluye el diagnóstico, ya que se desconoce la base genética de muchas de estas entidades.

Sábado 5 de abril • Sala 2 Hotel Castilla La Vieja

Orejas al sol: una dermatosis estacional poco conocida en la infancia. **Navas Méndez de Andés F¹, Pérez Suárez I¹, Valdés Rodríguez D¹, González Guerrero C¹, Pulache Chávez HD¹, Musgo Balana P², Fuentes Martínez S³.** ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. ²Servicio de Pediatría. Hospital El Bierzo. ³Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud Ribera del Órbigo. León.

Introducción. Las enfermedades cutáneas son un motivo frecuente de consulta en Pediatría, especialmente en atención primaria. Es importante considerar cómo varían las diferentes dermatosis en edad pediátrica según las variaciones ambientales asociadas a las estaciones del año. La erupción primaveral juvenil de las orejas es una afección cutánea benigna de carácter autolimitado que aparece típicamente al llegar la primavera. Su diagnóstico es clínico y no precisa de pruebas complementarias. Aunque tiende a la resolución espontánea, el tratamiento con corticoides tópicos y antihistamínicos orales puede acortar la duración de los síntomas.

Caso clínico. Niño de 10 años que acude a consulta por lesiones bilaterales en pabellón auricular de dos días de evolución. Refiere dos episodios previos similares, ambas en periodo primaveral de los dos años anteriores. Se pautó antihistamínico oral y corticoide tópico, con resolución de la clínica a los dos días.

Comentarios. La erupción primaveral juvenil de las orejas es una dermatosis benigna y autolimitada que afecta principalmente a niños y adolescentes durante la primavera. Se caracteriza por la aparición generalmente bilateral de pápulas eritematosas y vesículas en el hélix del pabellón auricular, sin asociar afectación sistémica. Su etiología está relacionada con la exposición a la radiación ultravioleta, considerándose una variante localizada de la erupción polimorfa lumínica. El diagnóstico es clínico, siendo importante diferenciarlo de otras entidades similares como la dermatitis de contacto o el lupus eritematoso cutáneo. El tratamiento es conservador, incluyendo fotoprotección y emolientes cutáneos, pudiéndose

usar antihistamínicos orales y corticoides tópicos para la inflamación y el prurito.

Granuloma piógeno: el trampantojo de los tumores vasculares. *Romero García C, Alberola López S, Romero García C, Alberola López S. Centro de Salud Los Jardinillos. Palencia.*

Introducción. En los últimos años ha habido un gran progreso en el campo de las anomalías vasculares en pediatría, tanto en clasificación como en abordaje terapéutico. Existen dos grandes grupos bien diferenciados: los tumores vasculares (suelen involucionar) y las malformaciones vasculares (persisten de por vida). Los hemangiomas infantiles son el grupo más importante de los tumores y es el tumor benigno más frecuente de la infancia, generalmente de curso indolente. La malformación vascular más frecuente es la mancha en Vino de Oporto.

Caso clínico. Acude a consulta un varón de 3 años por una pápula rojiza en zona maxilar inferior derecha, de unos 4 mm de diámetro desde hace 3 meses, sangrante al roce, sin asociar dolor ni picor, con rápido crecimiento en las últimas semanas. Se realiza interconsulta a Dermatología, diagnosticando un granuloma piogénico que tras tratamiento con sal común resuelve.

Comentarios. El granuloma piogénico es una lesión vascular de la piel y mucosas cuya etiopatogenia es desconocida. El término es erróneo, pues histológicamente no se observan granulomas y no existen evidencias de su naturaleza infecciosa. Suele aparecer en niños y adultos jóvenes y su incidencia es similar en ambos sexos. Clínicamente se caracteriza por la presencia de una pápula o nódulo de crecimiento rápido y apariencia angiomatosa que sangra y ulcera con facilidad. Generalmente se localiza en zonas expuestas a traumatismos (cara, manos). Su tratamiento puede ser desde conservador (sal común de mesa cubierta, beta-bloqueantes tópicos) hasta la electrocoagulación con anestesia local.

Neurofibroma plexiforme en adolescente sin neurofibromatosis. *Valdés Rodríguez D¹, Pulache Chávez HD¹, Navas Méndez de Andés F¹, Pérez Suárez I¹, González Guerrero C¹, Muñiz Fontán M¹, Rodríguez Ruiz M², Arredondo Montero J².* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.

Introducción. Los neurofibromas plexiformes son tumores benignos de los nervios periféricos con potencial de malignización, característicos de la neurofibromatosis tipo 1 (NF1). Su aparición de forma esporádica y aislada es rara, por lo

que ante su presencia debe sospecharse la existencia de síndromes asociados. Su diagnóstico puede retrasarse debido a su similitud con otras lesiones subcutáneas.

Caso clínico. Paciente mujer de 13 años sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes que acudió a Urgencias por una tumoración subcutánea dolorosa en el antebrazo izquierdo de dos meses de evolución, sin traumatismos ni sintomatología sistémica. La exploración física reveló una tumoración sólida, nodular, bien definida y móvil. La radiografía simple no mostró alteraciones óseas y fue dada de alta. Durante el seguimiento por su pediatra de atención primaria, se solicitó estudio ecográfico que sugirió lesión compatible con pilomatrixoma. Fue valorada por Cirugía Pediátrica y se indicó exéresis de la lesión. Intraoperatoriamente, se observó una lesión fusiforme, xantocrómica, de aspecto neural, que fue completamente extirpada. El diagnóstico anatomopatológico fue neurofibroma plexiforme. No se identificaron criterios clínicos de NF1, y el estudio genético para NF1 fue negativo. El estudio genético de la lesión está en curso para excluir una NF1 segmentaria. La paciente se encuentra asintomática y en seguimiento.

Comentario. Ante el diagnóstico de un neurofibroma plexiforme en un paciente pediátrico, es fundamental considerar la posibilidad de neurofibromatosis tipo 1 (NF1). Sin embargo, también puede tratarse de un hallazgo esporádico, como en el caso de nuestra paciente. Además, debe contemplarse siempre la posibilidad de una NF1 segmentaria.

Traquioniquia, entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de patología de la uña. *Dragomirescu Dragomirescu I, Corrales Fernández A. Pediatría. Centro de Salud La Montaña. Santander.*

Introducción. La traquioniquia es un trastorno de lámina ungueal que se caracteriza por un aumento de las estriaciones longitudinales, depresiones y pitting, con aspecto final de uñas deslustradas con pérdida de brillo y distróficas. Su origen es desconocido, se puede observar de forma aislada o en el contexto de otras enfermedades ungueales y cutáneas y su diagnóstico es clínico con autoresolución en 2-6 años.

Caso clínico. Se trata de un paciente de 9 años que consulta por aparición de lesiones en las uñas de las manos y pies de aproximadamente 1 año de evolución, preocupados por el aspecto estético. No antecedentes familiares o personales de interés. Asintomático a todos los niveles. En la exploración física se aprecia en uñas manos y pies estriaciones longitudinales con un tacto áspero, depresiones y pitting con aspecto deslustradas con discreta pérdida de brillo. No lesiones en mucosas y piel ni otras alteraciones en la exploración física. Se emite sospecha diagnóstica y a

la vez se realiza interconsulta de Dermatología que confirma diagnóstico de traquioniquia. Se inicia tratamiento con Regenerail durante 4 meses. En control a los dos meses mejoría.

Comentarios. La patología ungueal es un motivo de consulta muy frecuente en Pediatría por lo que el conocimiento de una entidad como traquioniquia es importante tanto de cara a evitar estudios invasivos innecesarios así como para llevar a cabo un tratamiento en caso de gran afectación por el aspecto estético pese a resolución espontánea.

Hiperqueratosis plantar como efecto adverso de tratamiento sistémico con inhibidores BRAF. Dragomirescu Dragomirescu I, Corrales Fernández A. Pediatría. Centro de Salud La Montaña. Santander.

Introducción. La hiperqueratosis plantar representa un efecto adverso frecuente del tratamiento con Dabrafenib que además de ser invalidante para los pacientes es extremadamente antiestética y tiene una marcada repercusión psicológica y física.

Caso clínico. Adolescente de 15 años en seguimiento con Oncología Pediátrica por ganglioglioma grado III diagnosticado con 6 años de edad, estando actualmente en tratamiento con inhibidor BRAF V600 (Dabrafenib) desde hace 5 años. Presenta hiperqueratosis plantar como efecto secundario del tratamiento desde hace 1 año con mal control y mala respuesta a tratamiento tópico con urea al 20% y ácido salicílico al 30% y empeoramiento progresivo hasta impedir la marcha autónoma por dolor a pesar de intervención con deslaminación de las capas hiperqueratósicas superficiales por parte de Podología. Tras varios intentos de abordaje con queratolíticos a concentraciones de hasta 30% se inicia tratamiento tópico con ácido salicílico al 50% con importante mejoría de las lesiones y recuperación progresiva de las actividades rutinarias.

Comentario. La hiperqueratosis plantar es una patología poco común en Pediatría pero con gran afectación a nivel físico y limitación en las actividades básicas sobre todo en casos moderados-severos por lo que un adecuado abordaje y seguimiento estrecho conduce a una mejora en la calidad de vida de estos pacientes.

Granuloma aséptico facial idiopático, una entidad a tener en cuenta. Dragomirescu Dragomirescu I, Corrales Fernández A. Pediatría. Centro de Salud La Montaña. Santander.

Introducción. El granuloma aséptico facial idiopático (GAFI) es una patología específica de la edad pediátrica caracterizada por la aparición de nódulos rojizos asintomá-

ticos en la región facial. Su etiopatogenia se orienta dentro del espectro de la rosácea infantil. Presenta evolución crónica benigna, habitualmente con resolución espontánea de las lesiones en menos de un año. Su tratamiento es conservador y se evitan las intervenciones agresivas.

Caso clínico. Lactante de 18 meses que consulta por lesión geográfica cutánea en mejilla izquierda eritematosa sin descamación con pápulas en bordes e interior, palidece a la vitropresión. No antecedentes de interés. Se inicia tratamiento con miconazol sin mejoría por lo que se realiza interconsulta de dermatología cuya respuesta sugiere como posible diagnóstico GAFI. Se realiza ecografía doppler que describe la lesión como nódulo dérmico, no encapsulado, que presenta una longitud máxima de unos 9 mm, no muestra aumento de la señal *doppler* ni calcio en su interior, correspondiendo con la sospecha clínica de GAFI. Se decide actitud expectante sin tratamiento específico. Control a los 4 meses, solo quedan algunas zonas telangiectásicas sin nódulos ni otras lesiones.

Comentarios. El GAFI es una entidad de la edad pediátrica de etiología desconocida que se presenta como un nódulo rojizo crónico de localización facial siendo su diagnóstico clínico y la ecografía *doppler* color ayuda al diagnóstico. La recomendación actual orienta hacia el tratamiento conservador por lo que el conocimiento de dicha patología es importante para evitar sobretratamientos innecesarios o intervenciones quirúrgicas.

Exantema por apetencia por el frío. Romero García C, Alberola López S, Romero García C, Alberola López S. Centro de Salud Los Jardinillos. Palencia.

Introducción. Se define urticaria como una alteración de la piel cuya lesión característica es el habón, el cual consiste en un área central edematosa rodeada por eritema. Se produce por la estimulación y degranulación de los mastocitos que, a través de mecanismos inmunológicos y no inmunológicos, liberan diferentes mediadores (histamina) iniciando la respuesta inflamatoria.

Caso clínico. Mujer de 7 años que acude a consulta por referir reacción a nivel de cara y brazos con habones y eritema, pruriginoso. Se pauta inicialmente antihistamínico oral. Se plantea diagnóstico con Dermatología (urticaria a frigore vs. dermatografismo). Se descarta fiebre y artralgias y se realiza prueba con cubito de hielo (positiva), confirmando la urticaria a frigore. Se mantiene antihistamínico y se recomienda evitar estímulos fríos.

Comentarios. Las urticarias físicas son aquellas urticarias que se producen tras la aplicación de distintos estímulos físicos y suelen desaparecer espontáneamente <2 horas

tras cesar el estímulo. Pueden representar desde el 15% al 30% de las urticarias crónicas (> 6 semanas). La urticaria al frío desencadena por contacto con frío: agua, aire, bebidas, alimentos y objetos fríos. Aparecen habones en las zonas expuestas 2-5 minutos tras el estímulo. Cuanto más pequeño es este periodo, mayor es el riesgo de síntomas graves, como anafilaxia. Se diagnostica por el test del cubito de hielo, aunque su negatividad no lo excluye. En ocasiones, estas manifestaciones son secundarias a ciertas anomalías, como el fenómeno de Raynaud, púrpura, vasculitis o enfermedades que cursan con crioglobulinemia, por lo que, el estudio complementario debe ser exhaustivo.

No toda costra amarillenta es un impétigo. *Recalde Tabar A, Pérez Ortiz D, Barbadillo Mariscal B, Almeida de Miranda G, Ruiz Araus A, Melgosa Peña M, Angulo Sánchez V, García Terrazas A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La dermatitis atópica es la enfermedad cutánea más frecuente en la infancia. La clínica varía según la edad del paciente, siendo características en lactantes las lesiones exudativas en mejillas, cuero cabelludo y superficies extensoras de extremidades. El diagnóstico es clínico y la base del tratamiento los corticoides tópicos.

Caso clínico. Lactante de 5 meses consulta en Urgencias por lesiones cutáneas. Refieren desde el segundo mes de vida lesiones eritematosas descamativas en cara y cuero cabelludo. Se diagnostica de dermatitis seborreica, pautándose tratamiento queratolítico, sin éxito. Posteriormente, aparece exudación amarillenta, y ante sospecha de impétigo se inicia mupirocina tópica. Ante falta de respuesta se escala a amoxicilina oral, con persistencia de la clínica. Consultan entonces en Urgencias, impresionando de eccema atópico generalizado en tronco y extremidades. A nivel facial se observa eritema con componente exudativo en forma de lesiones costrosas amarillentas, que respetan el triángulo nasolabial y se extienden a cuero cabelludo. Ante sospecha de dermatitis atópica del lactante, se inicia metilprednisolona tópica, con buena evolución.

Comentario. Es importante recordar que en la dermatitis atópica el tipo y localización de las lesiones varía según la edad. En lactantes el diagnóstico diferencial incluye la dermatitis seborreica y el impétigo. Si bien la afectación cefálica es característica de la dermatitis seborreica, no solo deberemos pensar en ella, ya que esta localización también es frecuente en lactantes atópicos. Por otro lado, esta entidad puede cursar con lesiones exudativas y costras amarillentas, sin ser esto sinónimo de impétigo. Estos pacientes responderán al tratamiento corticoideo, y no al antibiótico.

Eccema coxsackium vs. eccema herpeticum: consideraciones clínicas y diagnóstico diferencial. *Prieto Domínguez C, Mirás Veiga A, Santamaría Sanz PI, Gil Calderón FJ, Barbadillo Mariscal B, García Terrazas A, Matilla Sainz-Aja N, Ruiz Araus A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El eccema coxsackium (EC) y eccema herpeticum (EH) son enfermedades exantemáticas que pueden confundirse puesto que ambas presentan lesiones papulovesiculares pruriginosas. El EC, causado por el virus coxsackie, afecta a niños pequeños con lesiones en extremidades, orofaringe y área del pañal. El EH, asociado al virus herpes simple (VHS), implica mayor gravedad y presenta lesiones en cara, cuello y tórax mientras que respeta área del pañal y faringe.

Casos. *Caso 1.* Lactante varón de 12 meses, con dermatitis atópica, que presenta exantema papulovesicular que se inició en pie con posterior extensión a tórax, área del pañal y peribucal. Las lesiones y su distribución orientan a EC por lo que se inicia tratamiento antihistamínico y se realiza PCR que confirma el diagnóstico con resultado positivo para enterovirus. *Caso 2.* Lactante varón de 19 meses, con dermatitis atópica, que presenta exantema papulovesicular en miembros inferiores y superiores, sin afectación peribucal ni área del pañal. Ante un posible EH se inicia tratamiento empírico domiciliario con aciclovir oral y amoxicilina-clavulánico y se recoge PCR de exudado. Se realizan revisiones y se recibe resultado de PCR negativa para VHS y positiva para enterovirus por lo que se suspende aciclovir.

Conclusiones. Es importante realizar un buen diferencial entre ambas entidades, ya que el manejo y tratamiento son distintos. El diagnóstico es clínico pero un estudio microbiológico puede ayudar a distinguir ambas enfermedades. En caso de sospecha de EH o dudas en el diagnóstico, es importante iniciar tratamiento antiviral de forma empírica hasta los resultados de Microbiología.

Impacto del uso de tecnologías en el índice de masa corporal y las horas de sueño. *Carrasco Villanueva MJ¹, Jiménez Hernández EM¹, Martín Iranzo NM¹, Haupt Arabia V¹, Carpintero Martín MP², Martínez Fernández MM², Fernández Franco L². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Río Carrión. Palencia. ²Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud La Puebla. Palencia.*

Objetivos. Valorar el impacto que tiene el uso de TIC (tecnologías de la información y comunicación) en el sobrepeso/obesidad y en las horas de sueño en adolescentes pertenecientes a nuestra comunidad autónoma.

Material y métodos. Estudio de asociación cruzada de las variables recogidas en adolescentes entre 12 y 14 años

y sus padres/tutores legales a los que se les ha pasado un cuestionario de salud de forma aleatoria simple en los cupos de pediatría pertenecientes a la Red Sanitaria Centinela de Castilla y León. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, horas de uso de TIC, horas de sueño, peso y talla.

Resultados. De los 475 participantes, el 49,5% fueron hombres y el 50,5% mujeres, siendo la media de edad en ambos casos de 12,6 años. La media de horas de sueño diario fueron 8,28 y en fin de semana 9,65. La media de horas de uso de TIC diario fueron 4,19 y en fin de semana 7,45. El uso de TIC tiene correlación positiva con las desviaciones estándar para índice de masa corporal. El uso de TIC tiene correlación negativa con las horas de sueño. Se han obtenido resultados estadísticamente significativos entre las variables horas de uso de TIC y sueño, aunque hay poca fuerza de correlación (-0,2).

Conclusiones. El uso de TIC podría afectar a la salud de los adolescentes. Con los datos obtenidos se concluye que a más horas de uso de TIC menos horas de sueño y a más horas de uso de TIC mayor desviaciones positivas respecto al índice de masa corporal. La mayoría de resultados no han sido estadísticamente significativos.

Tiroidectomía en paciente pediátrico con enfermedad de Graves Basedow, ¿qué otras alternativas terapéuticas tenemos?
Melgosa Peña M, Angulo Sánchez V, Prieto Domínguez C, Pérez Ortiz D, Clavijo Izquierdo ME, García Terrazas A, Gil Calderón FJ, Blanco Barrio A. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. La causa más frecuente de hipertiroidismo en niños es autoinmune, en 95% casos por enfermedad de Graves Basedow (EGB). Actualmente hay tres opciones terapéuticas, sin haber demostrado superioridad una sobre otra, de ahí, la controversia sobre tratamiento idóneo.

Caso clínico. Niño 4 años con elevación tiroxina (7,2 ng/dl) y supresión tirotropina (TSH) en analítica realizada por retraso madurativo. Tránsito intestinal aumentado (5 deposiciones/día), no otra sintomatología, no bocio ni exoftalmos. Estudio hipertiroidismo con anticuerpos anti-receptor de TSH, anti-tiroglobulina y anti-microsomales positivos. Ecografía tiroidea aumento tamaño lóbulos con aspecto desestructurado y marcada vascularización compatible con EGB. Inicia tratamiento con carbimazol (máximo 0,41 mg/kg/día), alcanzando estado eutiroideo en ocho meses, sin efectos secundarios. Tras 2 años y medio presenta bocio grado Ib-II y leve exoftalmos predominio derecho. Planteamos tratamiento definitivo, en nuestro centro descartan radioyodo por edad así que realizan tiroidectomía total. Tras cirugía presenta hipo-

paratiroidismo secundario con hipocalcemia asintomática que precisa reposiciones calcio intravenoso y posteriormente calcio oral (máximo 78 mg/kg/día) y calcitriol (0,5 µg/día). Actualmente tratamiento con levotiroxina (dosis 2,33 µg/kg/día), mejoría exoftalmos, pendiente evolución.

Comentarios. En menores 6 años la tirotoxicosis puede pasar desapercibida por comienzo insidioso. La oftalmopatía es más frecuente que en adultos, no suele ser una manifestación inicial y generalmente es leve y con tendencia a remitir espontáneamente. Existe controversia sobre el tratamiento en niños, no habiendo consenso sobre mejor opción. Generalmente se usan antitiroideos como primera opción terapéutica. En cuanto tratamiento definitivo, la experiencia del centro puede ser clave para elegir la mejor opción.

Diagnóstico y manejo de anemia hemolítica en Urgencias Pediátricas. *Álvarez Blanco E¹, de Juan Vázquez D¹, Álvarez Menéndez L¹, Salcedo Fresneda O², Vivanco Allande A², Castro González O³, Palomo Moraleda MP³, Lobeiras Tuñón A¹.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ²Servicio de Pediatría; ³Servicio de Hematología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La hematuria en pediatría requiere un diagnóstico diferencial riguroso. Un manejo adecuado en urgencias es esencial para la estabilización y la orientación diagnóstica.

Caso clínico. Niña de 2 años con hematuria y fiebre desde hace 72 horas, diagnosticada de ITU en Atención Primaria 48 horas antes, tratada con cefixima 8 mg/kg/día. Acude a Urgencias por nuevo episodio de hematuria y persistencia de fiebre. Presenta triángulo de evaluación pediátrica inestable por el lado circulatorio, shock compensado. FC 140 lpm, TAS 105 mmHg, TAD 71 mmHg. Se inicia suero salino fisiológico a 10 ml/kg. Se solicita analítica: Hb 7,6 g/dl, proteína C reactiva 105 mg/L, procalcitonina 15,42 mg/L, función renal normal. Exudado nasofaríngeo positivo para adenovirus. Tira de orina con hematíes +++, sin observar hematíes ni leucocitos en sedimento. La ecografía abdominal muestra esplenomegalia. Ante sospecha de anemia hemolítica, se solicita test de Coombs que resulta positivo. Se descarta síndrome hemolítico urémico ante ausencia de insuficiencia renal y trombopenia. Ingresa en Cuidados Intensivos, iniciando corticoterapia 1 mg/kg/día. Tras 48 horas, hemoglobina 5,1 g/dl. Se transfunde concentrado de hematíes y se aumenta la dosis de corticoides a 1 mg/kg cada 8 horas, con mejoría clínica y analítica. Tras ampliar estudios inmunohematológicos, se confirma el diagnóstico de anemia hemolítica inducida por cefixima.

Comentarios. El manejo inicial se centró en la estabilización hemodinámica y la exclusión de diagnósticos graves. La intervención temprana y el seguimiento adecuado fueron clave para la resolución favorable del cuadro.

La importancia de tratamiento inmediato ante clínica compatible. *Fernández Rodríguez L, González Guerrero C, Fernández García A, Escudero Villafañe A, Iglesias Oricheta M, Herreras Martínez A, Rodrigo Fernández A, Martín Pino S. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

Introducción. La púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) es el trastorno hematológico más frecuente en la infancia con una mortalidad del 1%. El diagnóstico es de exclusión así como la adecuada respuesta a tratamiento con corticoterapia, IGIV o IG anti-Rh.

Caso clínico. Paciente de 5 años que acude a Urgencias con dolor abdominal intenso y vómitos hemáticos. En analítica se objetiva trombocitopenia grave ($6.000/\text{mm}^3$) y anemia ($9,4 \text{ g/dl}$). Antecedente de apendicetomía e infección por Influenza B hace 10 días. Ante sospecha de peritonitis ingresa iniciándose antibioterapia y transfusión de dos pools de plaquetas. En control posterior, persistencia de la clínica, $5.000/\text{mm}^3$ plaquetas y coagulopatía asociada (TP 65%; INR 1,39) decidiéndose traslado a hospital de referencia en UCI pediátrica. Tras descartar posibilidad de coagulación vascular diseminada y ausencia de esquistocitos en sangre, se inicia corticoterapia a 4 mg/kg/día , ácido tranexámico y vitamina K con cese del sangrado digestivo, corrigiéndose la coagulopatía y desapareciendo el dolor abdominal. La paciente presenta resolución clínica con mejoría analítica tras 48 horas.

Comentarios. La clínica típica de la PTI consiste en la aparición brusca de exantema petequeal y solo un 10% asocian epistaxis o sangrado digestivo. Su tratamiento basado en corticoterapia, IGIV o IG anti-Rh debe iniciarse de inmediato en caso de sangrado mucoso activo. Su etiología es desconocida, aunque existen hipótesis de que se desencadena tras infección viral o vacunación. El objetivo del tratamiento es la clínica, no la corrección plaquetaria. La esplenectomía está indicada en urgencias hemorrágicas con riesgo vital que no responden a tratamiento.

Hemoglobinopatía I-Toulouse: una causa infrecuente de hipoxemia persistente. *Tejero Pastor L, Almeida de Miranda G, Mañaricua Arnaiz A, Prieto Domínguez C, Matilla Sainz-Aja N, Merino Arribas JM, Portugal Rodríguez R, Gabaldón Pastor D. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La hemoglobinopatía I-Toulouse es una variante poco frecuente de hemoglobina, caracterizada por la sustitución de lisina por ácido glutámico en la posición 67 de la cadena beta. Esta alteración genera menor afinidad por el oxígeno, lo que se traduce en anemia hemolítica leve, metahemoglobinemia y baja saturación de oxígeno basal. Hasta la fecha se han descrito seis casos en la literatura, de los cuales solo uno presentaba hipoxemia significativa.

Caso clínico. Niño de 5 años con antecedente de síndrome de apnea hipoapnea obstructiva del sueño grave y adenoamigdalectomía. En seguimiento en Neumología Infantil por hipoxemia persistente, sin tratamiento habitual. Entre los antecedentes familiares destacan hipoxemia en abuela paterna y sobrinos paternos; además el padre presenta hemoglobina anómala de migración rápida (47,6%), pendiente de estudio genético. No refiere tos, ni fatiga, ni cambios de coloración; practica deporte de forma habitual. Se objetiva una saturación basal del 92%, sin signos de dificultad respiratoria, normoperfundido y con auscultación pulmonar normal. Espirometría sin alteraciones. Ante la sospecha de hemoglobinopatía hereditaria es derivado a la consulta de Hematología Infantil, donde se solicita electroforesis de hemoglobinas que muestra un pico del 44,9% en la región Hb H, asociado a una variante de cadena beta (posiblemente una Hb-I-Toulouse). Actualmente se encuentra en seguimiento sin tratamiento.

Comentarios. El diagnóstico de la hemoglobinopatía-I-Toulouse puede ser tardío debido a su baja prevalencia e inespecificidad de los hallazgos clínicos. Debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes con hipoxemia inexplicable, especialmente en pacientes con antecedentes familiares sugestivos.

Plaquetas en caída libre, ¿cómo abordar el diagnóstico diferencial? *Pulache Chávez HD, Navas Méndez de Andes F, González Guerrero C, Pérez Suárez I, Valdés Rodríguez D, Neira Arcilla MM, Desvaux García M. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

Introducción. Las trombocitopenias inmunes son la causa más frecuente de trombocitopenia de origen periférico. La trombocitopenia inmune primaria (PTI) es la más frecuente. Definida como disminución aislada, transitoria o persistente de plaquetas por debajo de $100.000/\text{mm}^3$, sin causa evidente. Su diagnóstico es de exclusión, enfocado a considerar otras causas como enfermedades autoinmunes sistémicas, infecciosa y farmacológica.

Caso clínico. Niña de 4 años sin factores de riesgo hemorrágico que acudió por aparición de petequias de 2 horas de

evolución y epistaxis autolimitada. Antecedente de cuadro catarral hace 7 días, tratado con trimetoprim/sulfametoxazol. En la exploración presentaba lesiones petequiales, purpúricas y equimosis en cuerpo, labios y mucosa oral, sin sangrado activo. Se solicitó analítica, que mostró 2.000/ μ l plaquetas, inmunoglobulinas, función renal y coagulación normales, sedimento de orina 1-5 hematíes/campo, reactantes, serologías y hemocultivo negativos. Se decidió ingreso para tratamiento con corticoides orales por sospecha de PTI. Se solicitó anticuerpos antiplaquetarios y autoinmunidad que resultaron negativos y ácido fólico normal. Por parte de Inmunología no consideró realizar test de anticuerpos antiplaquetarios

inducidos por fármaco añadido a la muestra. La paciente evolucionó favorablemente, presentando al alta 95.000/ μ l plaquetas. Actualmente asintomática, con plaquetas normales y en seguimiento evolutivo.

Comentarios. Ante la sospecha de PTI, es fundamental realizar una adecuada anamnesis y exploración física para excluir otras causas de trombopenia. La trombocitopenia inducida por fármacos puede ser por mecanismo inmune y no inmune. El cotrimoxazol puede actuar a nivel central (ácido fólico alterado) o periférico (mecanismo inmune). Aún sin diagnóstico confirmatorio, se recomienda evitar dicho fármaco.

El **Boletín de Pediatría** tiene como finalidad la publicación y divulgación de trabajos relacionados con la patología médica y quirúrgica del niño y del adolescente, así como de cualquier aspecto relacionado con su salud y con su calidad de vida.

El **Boletín de Pediatría** es el órgano de expresión de las actividades científicas, profesionales y sociales de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León.

Las normas de publicación del **Boletín de Pediatría** se adhieren a las Recomendaciones para la realización, información, edición, y publicación de trabajos académicos en las revistas biomédicas elaboradas por el Comité Internacional de Directores de Revistas Biomédicas (ICMJE).

SECCIONES Y TIPOS DE ARTÍCULOS

El **Boletín de Pediatría** consta de las siguientes secciones:

- **Originales:** trabajos de investigación clínica o básica, efectuados con un diseño analítico transversal, estudio de casos y controles, estudios de cohorte y ensayos controlados. El número de palabras no debe ser superior a 3.500. El número de citas no debe ser superior a 40 y el de figuras y/o tablas no debe exceder conjuntamente de 8. Se recomienda que el número de firmantes no sea superior a 6.
- **Revisiones:** revisión de algún tema de actualidad que no esté abordado de esa manera en libros o monografías de uso habitual. La extensión del texto no debe superar las 3.000 palabras. El número de citas no debe ser superior

a 40 y el de figuras y/o tablas no debe exceder conjuntamente de 8. Se recomienda que el número de firmantes no sea superior a 6.

- **Notas clínicas:** descripción de uno o, preferentemente, varios casos clínicos de especial interés, cuya observación suponga una aportación al conocimiento de la enfermedad, incluyendo siempre que sea posible imágenes clínicas. El número de palabras no debe ser superior a 1.500, el de citas bibliográficas a 20 y el de figuras y/o tablas no debe exceder conjuntamente de 4. Se recomienda que el número de firmantes no sea superior a 5.
- **Imágenes en Pediatría:** imagen clínica, radiológica o anatomopatológica de especial interés por sí misma, con una breve explicación contextual en texto de menos de 750 palabras. El número de citas bibliográficas ha de ser inferior a 10. Se recomienda que el número de firmantes no sea superior a 5.
- **Cartas al director:** discusión en relación con trabajos publicados recientemente en el **Boletín de Pediatría** con opiniones, observaciones o experiencias que, por sus características, puedan resumirse en un texto que no supere 750 palabras, 10 citas bibliográficas y 1 tabla o figura. El número de firmantes no debe ser superior a 4.
- **Otras secciones:** Editoriales, Protocolos diagnósticos y terapéuticos, Efemérides, Obituarios, Conferencias y Artículos especiales, que son encargados por el Comité de Redacción del Boletín de Pediatría. Los autores que deseen colaborar espontáneamente con estas secciones deben consultar previamente con la Dirección del **Boletín de Pediatría**.

Tipo de artículo	Número máximo de palabras (texto)	Número máximo de autores	Número máximo de referencias bibliográficas	Número máximo de tablas y figuras
Original	3.500	6	40	8
Revisión	3.000	6	40	8
Nota clínica	1.500	5	20	4
Imagen en Pediatría	750	5	10	1
Carta al Director	750	4	10	1

PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser inéditos, no habiéndose enviado simultáneamente a otras revistas ni estando aceptados para su publicación. En el caso de que se hayan publicado de forma parcial –por ejemplo, como resúmenes– deberá indicarse en el texto.

Los autores son los responsables de obtener los permisos para la reproducción de textos, tablas o figuras de otras publicaciones, permisos que deben obtenerse de los autores y de los editores de las mismas.

Los trabajos se presentarán en documento de texto Microsoft Office Word, en formato DIN-A4, fuente Arial en tamaño 11 para texto y 12 para títulos, a doble espacio y con márgenes no inferiores a 2,5 cm. El documento estará ordenado en páginas separadas del siguiente modo: página titular, resumen y palabras clave, texto, bibliografía, tablas y figuras. Todas las páginas deberán numerarse de manera correlativa en las esquinas superior o inferior derechas, comenzando por la página titular.

1. Página titular

Debe contener los datos siguientes:

- Título del trabajo.
- Lista de autores con nombre y apellidos en el orden en que deben aparecer en la publicación.
- Departamento/s o Institución/es donde se ha realizado el trabajo (asignar a cada autor en caso de varios centros).
- Recuento de palabras (desglosado en resumen y texto).
- Número de tablas y figuras.
- Autor para correspondencia: Nombre, dirección postal, teléfono y dirección de correo electrónico de la persona a la que debe dirigirse la correspondencia.
- Declaración de conflicto de intereses, declarando cualquier relación económica o personal que podría sesgar su trabajo.
- Si el artículo ha resultado presentado preliminarmente como comunicación en una reunión científica, debe indicarse (reunión, lugar y fecha). Asimismo, debe indicarse si el trabajo ha obtenido algún premio.
- Fuentes de financiación del trabajo, incluyendo los nombres de los patrocinadores.
- Fecha de envío.

2. Resumen y palabras clave

El resumen debe proporcionar el contexto o el fondo para el estudio y explicitar el objetivo del estudio, los procedimientos básicos (la selección de personas participantes en el estudio, ajustes, medidas, métodos analíticos), resultados principales (dando los tamaños de efecto específicos y su

importancia estadística y clínica, si es posible) y conclusiones principales. Debe acentuar los aspectos nuevos e importantes del estudio u observaciones, informar de las limitaciones importantes y no sobreinterpretar conclusiones.

Su extensión no debe ser superior a 250 ni inferior a 150 palabras, estructurándose en un esquema similar al del manuscrito:

- **Originales:** introducción y objetivos, material o pacientes y métodos, resultados, y conclusiones
- **Revisiones:** introducción/objetivo, desarrollo, conclusiones.
- **Notas clínicas:** introducción, caso/s clínico/s y conclusiones

No precisan de resumen el resto de tipos de trabajos (pero sí de palabras clave).

Al final de la página en que figure el resumen deben incluirse de 3 a 8 **palabras clave**, ordenadas alfabéticamente y relacionadas con el contenido del trabajo, siendo aconsejable el empleo de términos que coincidan con los descriptores listados en el Medical Subject Headings (MeSH) de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (NLM).

3. Título, resumen y palabras clave en inglés (*title, abstract and keywords*)

Debe incluirse una correcta traducción al inglés del título, resumen y palabras clave.

4. Texto

Recomendaciones generales

Se recomienda la redacción del texto en impersonal.

Las abreviaturas deben adaptarse a las empleadas internacionalmente, definiéndolas en el momento en que aparecen por primera vez en el texto entre paréntesis. No deben incluirse abreviaturas en el título ni en el resumen. Cuando se empleen más de tres abreviaturas, deberán describirse conjunta y específicamente en una tabla.

Las referencias a fármacos deben hacerse mediante el principio activo, evitando los nombres comerciales.

El empleo de unidades debe ajustarse a las normas internacionales.

Originales

- **Introducción y objetivos:** proporciona el contexto o el fundamento para el estudio (es decir, la naturaleza del problema y su importancia). Explicita el objetivo específico de la investigación o la hipótesis examinada por el estudio. Debe ser breve, con la información imprescindible para que el lector comprenda el texto posterior, sin pretender la revisión exhaustiva del problema y sin contener

tablas ni figuras. Se recomienda citar solo las referencias pertinentes y no incluir datos o conclusiones del trabajo. En el último párrafo se deben indicar de manera clara el/los objetivo/s del trabajo.

- **Métodos:** en este apartado el autor debe describir cómo y por qué se realizó el estudio de la manera en que se hizo, describiendo claramente los criterios de selección, el diseño del estudio y las técnicas utilizadas, con detalles suficientes para que puedan reproducirse estudios similares, refiriendo con detalle los métodos estadísticos y el poder de significación. Se mencionará en este apartado la obtención de consentimiento informado y la aprobación (o exención de revisión) del estudio por el Comité de Ética en Investigación del centro donde se ha realizado. Si no figura ningún comité de ética formal, debería ser incluida una declaración que indique que la investigación respetó los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.
- **Resultados:** deben presentarse los resultados del estudio en una secuencia lógica en el texto, tablas y figuras, comenzando por los principales o más importantes, sin repetir los datos de las tablas o figuras en el texto.
- **Discusión:** en este apartado los autores deben explicar los resultados destacando: 1) el significado y la aplicación práctica de los resultados obtenidos; 2) las consideraciones sobre una posible inconsistencia de la metodología y las razones por las que pueden ser válidos los resultados; 3) la relación con publicaciones similares y su comparación con aspectos concordantes y discordantes; y 4) las indicaciones y directrices para futuras investigaciones. Debe evitarse que la discusión se convierta en una revisión del tema, así como reiterar conceptos que hayan sido expuestos en la introducción. Tampoco deben repetirse los resultados del trabajo ni se deben extraer conclusiones que no estén basadas en los resultados obtenidos.

Revisiones

El texto se estructurará en **introducción/objetivo, desarrollo** (con tantos apartados como precise la exposición del tema en revisión) y **conclusiones**.

Notas clínicas

El texto se estructurará en **introducción, caso/s clínico/s** y **conclusiones**.

Imágenes en Pediatría

El texto se estructurará en un único apartado en el que debe describirse la imagen presentada, correlacionarla con el caso clínico en cuestión y describir la importancia de la misma.

5. Bibliografía

Se recomienda utilizar bibliografía actual y de referencia.

Las referencias deberán ser numeradas consecutivamente en el orden en el cual son mencionadas en el texto, donde se referirán en números arábigos en superíndice, entre paréntesis o entre corchetes.

Las referencias bibliográficas se citarán según las Normas Vancouver del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) y la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos (NLM).

Se especifican a continuación las citas de artículos de revista y capítulo de libro, por su uso común, recomendando consultar las mencionadas Normas Vancouver para el resto de citas menos frecuentes.

- **Artículo de revista:** Autor/es (apellidos e iniciales del nombre, sin puntuación y separando cada autor por una coma). Título del artículo en el idioma original. Abreviatura internacional de la revista (según listado de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos). año; volumen (número): página inicial-página final del artículo. Si los autores fueran más de seis, se mencionan los seis primeros seguidos de la abreviatura et al.

Ejemplo:

Centeno-Malfaz F, Moráis-López A, Caro-Barri A, Peña-Quintana L, Gil-Villanueva N, Redecillas-Ferreiro S, et al. La nutrición en las cardiopatías congénitas: Documento de consenso. *An Pediatr.* 2023; 98 (5): 373-83.

- **Capítulo de libro:** Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/Coordinador/Editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final del capítulo.

Ejemplo:

Cancho-Candela R. Migraña con aura. En: Campistol-Plana J, editor. Trastornos paroxísticos no epilépticos en la infancia. Barcelona: Viguera; 2014. p. 281-4.

6. Tablas

Las tablas contienen la información con concisión y la muestran de manera eficiente. También proporcionan la información en cualquier nivel de detalle y precisión deseado. La inclusión de los resultados en tablas mejor que en el texto permite reducir su extensión.

Las tablas deben ser numeradas consecutivamente en el orden de citación en el texto y deben tener un título breve que describa concisamente su contenido, de manera que la tabla sea comprensible por sí misma sin necesidad de volver al texto.

Cada columna debe tener un título corto abreviado.

Las abreviaturas y explicaciones se deben colocar en notas a pie de tabla, no en su título. Pueden utilizarse símbolos (*, +, ‡, §) para explicar la información si es necesario.

Cuando se haya efectuado un estudio estadístico que afecte a los datos de la tabla se indicará en la misma, evitando duplicar la información en texto, tabla y figuras.

7. Figuras

El trabajo puede incluir gráficos, ilustraciones, imágenes clínicas, radiológicas, anatomopatológicas que deben remitirse en archivos de imagen de alta resolución (recomendado .png o .jpg).

Las figuras deben estar numeradas consecutivamente en el orden en el que se han citado en el texto.

Las figuras deben contar con una leyenda explicativa. Se recomienda el uso de flechas, números o letras para identificar las partes de las figuras, explicando claramente cada uno de ellos en la leyenda.

Si una figura ha sido publicada previamente, debe identificarse la fuente original y presentarse el permiso escrito del titular de los derechos para reproducirla. Se requiere permiso independiente del autor y la editorial, excepto para documentos que sean de dominio público.

Si se reproducen fotografías con rostros de pacientes, éstos no deben resultar identificables y, si lo son, deben acompañarse de un consentimiento escrito en los que el paciente, o en su caso sus representantes legales, autoricen su reproducción.

Los pies de figuras aparecerán en una hoja conjunta, indicando en ellos el título de la figura, breves observaciones y abreviaturas de la misma, de modo que se comprenda cada figura sin necesidad de leer el artículo.

8. Consentimiento informado y aprobación del Comité de Ética en Investigación.

En aquellos estudios originales o notas clínicas que lo precisen por implicar información de los participantes, deberá recabarse el **consentimiento informado** pertinente al paciente o sus representantes legales. Éste podrá ser requerido durante el proceso de revisión editorial.

Los autores de estudios originales que impliquen información de participantes aportarán el **documento de aprobación del estudio por el Comité de Ética en Investigación** del centro donde se ha realizado.

Los estudios de revisión no precisan dicha aprobación, recomendando que las revisiones sistemáticas sean introducidas en el registro prospectivo internacional de revisiones sistemáticas PROSPERO.

ENVÍO DE LOS TRABAJOS

Los trabajos se remitirán a través de la plataforma: boletindepediatria.org

El trabajo debe acompañarse de una carta de presentación firmada, en la que los autores deben expresar la originalidad del estudio y la cesión de los derechos de propiedad en caso de publicación del trabajo.

Antes de enviar el trabajo se recomienda releer el texto, corregir los errores del mismo, revisar la numeración de la bibliografía, tablas y figuras y, finalmente, comprobar el contenido del envío:

1. Carta de presentación
2. Página titular
3. Documento principal (sin datos de filiación):
 - Título
 - Resumen y palabras clave
 - Título, resumen y palabras clave en inglés
 - Texto del artículo según estructura requerida en cada tipo de artículo.
 - Bibliografía
 - Tablas (con leyendas)
 - Figuras (con leyendas)
4. Figuras en formato de alta resolución (.png, .jpg)
5. Aprobación (o exención) del Comité de Ética de la Investigación.