



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

Boletín de Pediatría

VOL. LXV • Nº 273 • 3/2025

Boletín de Pediatría

VOL. LXV • Nº 273 • 3/2025

WWW.BOLETINDEPEDIATRIA.ORG



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: Lucía Méndez Pérez

CANTABRIA: Julia Marín Rodero

CASTILLA-LEÓN: Clara Prieto Domínguez

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 – *Errores innatos del metabolismo*

Víctor Álvarez Muñoz – *Cirugía Pediátrica*

Juan Arnáez Solís – *Neonatología*

María Jesús Cabero Pérez – *Neumología Pediátrica*

Laura Calle Miguel – *Infectología Pediátrica*

Ramón Cancho Candela – *Neuropediatría*

Alfredo Cano Garcinuño – *Neumología Pediátrica*

Hermenegildo González García – *Hematología y Oncología Pediátricas*

Lorenzo Guerra Díez – *Urgencias Pediátricas*

Carlos Imaz Roncero – *Psiquiatría Infantil*

María Soledad Jiménez Casso – *Cardiología Pediátrica*

Santiago Lapeña López de Armentia – *Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica*

Venancio Martínez Suárez – *Pediatria Extrahospitalaria y de Atención Primaria*

Gregorio de la Mata Franco – *Nefrología Pediátrica*

Inés Mulero Collantes – *Endocrinología Pediátrica*

Carlos Ochoa Sangrador – *Investigación y Pediatría Basada en la Evidencia*

David Pérez Solís – *Pediatria Hospitalaria*

Pablo Prieto Matos – *Genética Clínica y Dismorfología*

Corsino Rey Galán – *Cuidados Intensivos Pediátricos*

Beatriz Salamanca Zarzuela – *Cardiología Pediátrica*

Marta Sánchez Jacob – *Bioética y Pediatría Social*

Gonzalo Solís Sánchez – *Neonatología*

Ricardo Torres Peral – *Gastroenterología y Nutrición Pediátrica*

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

© 2025 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. Algunos derechos reservados.



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

XXXVI Memorial Guillermo Arce y Ernesto Sánchez Villares

127 PROGRAMA CIENTÍFICO

ENTREGA DE LA MEDALLA DE HONOR DEL MEMORIAL GUILLERMO ARCE Y ERNESTO SÁNCHEZ-VILLARES

- 129 Presentación del Profesor Dr. D. Carlos Bousoño García
J. Rodríguez Suárez

- 131 Agradecimientos
C. Bousoño García

MESA REDONDA: FUTURO DE LA PEDIATRÍA

- 134 Pediatría hospitalaria: ¿dónde estamos y hacia dónde caminamos?
M.M. Rodríguez Vázquez Del Rey
- 138 Pediatría de Atención Primaria: ¿dónde estamos y hacia dónde caminamos?
B. Aguirrebalaga González

MESA REDONDA: CASOS CLÍNICOS A DEBATE

- 140 Concurso de casos clínicos
C. López Fernández, F. Álvarez Caro

153 COMUNICACIONES ORALES

175 PÓSTERES

- 225 Normas de publicación

Summary

XXXVI Memorial Guillermo Arce y Ernesto Sánchez Villares

127 SCIENTIFIC PROGRAM

AWARDING OF THE MEDAL OF HONOR OF MEMORIAL GUILLERMO ARCE Y ERNESTO SÁNCHEZ VILLARES

129 Presentation of Professor Dr. D. Carlos Bousoño García

J. Rodríguez Suárez

131 Acknowledgements

C. Bousoño García

ROUND TABLE: FUTURE OF PAEDIATRICS

134 Hospital pediatrics: where are we and where are we going?

M.M. Rodríguez Vázquez Del Rey

138 Paediatrics in Primary Care: where are we and where are we going?

B. Aguirrezzalaga González

ROUND TABLE: CLINICAL CASES FOR DISCUSSION

140 Clinical cases contest

C. López Fernández, F. Álvarez Caro

153 ORAL COMMUNICATIONS

175 POSTERS

225 Publication guidelines

Programa científico

XXXVI Memorial Guillermo Arce y Ernesto Sánchez Villares

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

14 y 15 de noviembre de 2025

VIERNES, 14 DE NOVIEMBRE DE 2025

11:00 TALLERES

- Cubos de la zona de docencia del HUCA
- Ecografía pulmonar a pie de cama
 - Dra. Ana Vivanco, Dra. María Fernández Miaja y Dra. Reyes Fernández (*Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo*)
 - Artrocentesis
 - Dr. Javier González García (*FEA Pediatría. Hospital Universitario Cabueñas. Gijón*)
 - Escape room pediátrica
 - Dra. Estíbaliz Garrido García (*Sección Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo*)

15:00 Entrega de documentación
Secretaría Técnica, Planta 0

15:30 COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERES

Planta -1

17:00 INAUGURACIÓN OFICIAL
Salón de Actos

17:30 Descanso-café

18:00 ENTREGA DE LA MEDALLA DEL MEMORIAL AL PROF. CARLOS BOUSOÑO GARCÍA

Salón de Actos

Presentación: Prof. Julián Rodríguez Suárez
Ponente: Prof. Carlos Bousoño García

18:45 MESA REDONDA – FUTURO DE LA PEDIATRÍA: ¿DÓNDE ESTAMOS Y HACIA DÓNDE CAMILAMOS?

Salón de Actos

Moderador: Prof. Corsino Rey Galán

- Dra. María del Mar Rodríguez Vázquez del Rey (*Vicepresidenta Atención Hospitalaria de la Asociación Española de Pediatría: Subespecialidades pediátricas*)
- Dra. Belén Aguirrezzabalaga González (*Vicepresidenta de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria: Pediatría Atención Primaria*)

21:30 Encuentro informal

Hotel AC Oviedo Fórum
Plaza de los Ferroviarios, 1
33003 Oviedo

SÁBADO, 15 DE NOVIEMBRE DE 2025

09:00 COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERES

Planta -1

11:00 Descanso-café

11:30 MESA REDONDA – CASOS CLÍNICOS A DEBATE

Salón de Actos

Moderadores: **Dr. Javier González García** (Vocal por Asturias de la SCCALP) y **Dr. Lorenzo Guerra Díez** (Secretario SCCALP)

- **Dra. Cristina López Fernández** (FEA Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander)
- **Dr. Francisco Álvarez Caro** (FEA Pediatría. Hospital Universitario Cabueñes. Gijón)

13:00 CONFERENCIA DE CLAUSURA – NUTRICIÓN

Salón de Actos

Moderador: **Dr. Juan José Díaz Martín**

(Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo)

- Diagnóstico y manejo de la APLV en Atención Primaria. **Dr. Miguel de Pablo García** (Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca)
- Manejo nutricional en lactantes con APLV. **Judith Justicia** (Nestlé)

14:00 ENTREGA DE PREMIOS Y CLAUSURA DEL MEMORIAL

Salón de Actos

Entrega de la Medalla de Honor del Memorial Guillermo Arce y Ernesto Sánchez-Villares

Presentación del Profesor Dr. D. Carlos Bousoño García

JULIÁN RODRÍGUEZ SUÁREZ

En nombre del Comité Organizador del XXXVI Memorial Guillermo Arce y Ernesto Sánchez Villares

Es una satisfacción poder celebrar un año más, con este sencillo pero emotivo acto, el reconocimiento a toda una trayectoria profesional relacionada con la Pediatría, relacionada con la SCCALP. Hoy se cumple la entrega número 28 de la Medalla de Honor del Memorial y le corresponde al Profesor Carlos Bousoño García. Su candidatura fue proclamada en la última reunión del Comité del Memorial, en el marco incomparable de la Universidad Pontificia de Salamanca, donde fue presentada con el merecido reconocimiento por parte de todos los que allí estábamos y puedo decir que especialmente a mí me generó una enorme alegría y una sentida emoción. Se destacaba, entre otros hechos, su vinculación con la Universidad como Profesor Titular, desarrollando una excelente labor docente, su valorada trayectoria asistencial, sus méritos investigadores, así como su participación en la SCCALP, en la que ocupó el cargo de vicepresidente y miembro del Comité del Memorial Guillermo Arce y Ernesto Sánchez Villares y del Patronato de la Fundación Ernesto Sánchez Villares. Pero además, y probablemente sobre todo ello, se resaltaba su gran cercanía y calidad humana.

La dedicación del Dr. Bousoño a la atención pediátrica deja un hondo recuerdo que perdura en el tiempo en la Pediatría asturiana y es reconocida tanto en el ámbito de la SCCALP como a nivel nacional. A continuación paso a resumir algunos de los datos más destacados de su dilatada trayectoria profesional.

De padres asturianos, Carlos nace y pasa su infancia en México, cursando en este tiempo estudios en un Colegio en Canadá. Cuando sus padres decidieron regresar a Asturias, continuó su formación en el Colegio de los Dominicos de

Oviedo y accedió a los estudios de Medicina en la recién creada Facultad de Medicina de Oviedo como alumno de la primera promoción, realizando una brillante carrera que culminó con su licenciatura con premio extraordinario en 1975. Al año siguiente consiguió una plaza como médico interno en el rotatorio en el Hospital General de Asturias y posteriormente se incorporó como residente al Departamento de Pediatría del Hospital Materno Infantil de la Residencia Nuestra Señora de Covadonga (hoy integrado en el Hospital Universitario Central de Asturias-HUCA-), completando su formación como especialista en Pediatría en el año 1979. En aquella época el jefe de Servicio era D. Jorge Valdés Hevia y el jefe del Departamento era el Profesor Crespo, discípulo del profesor Sánchez-Villares, que ocupaba también la Cátedra de Pediatría y la Presidencia de la SCCALP. Siempre estimulando la formación, al Departamento se fueron incorporando pediatras con una excelente trayectoria docente y profesional, entre los que estaba el Dr. Bousoño, siendo, en palabras de D. Manuel Crespo, uno de sus más brillantes integrantes.

Aprobada la oposición correspondiente se incorpora como médico adjunto a este Departamento y pronto se decanta por la gastroenterología infantil, área que desarrolló plenamente en el Hospital, completando su formación con estancias en centros de prestigio y excelencia con grandes maestros de la época y a la que dedicará toda su trayectoria profesional, conformando un verdadero equipo. Inicialmente compartió tarea con D. José Antonio Galán y cuando se produjo la fusión hospitalaria con el Hospital General de Asturias a este proyecto se unió el doctor Eduardo Ramos, insigne

Correspondencia: rodriguezjulian@uniovi.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.

pediatra procedente de la escuela de pediatría del Dr. Emilio Rodríguez-Vigil. Posteriormente se incorporaron progresivamente los doctores Juan José Díaz, Santiago Jiménez y David González, que continúan y amplían de forma excelente la labor desarrollada. Con el reconocimiento de su trabajo en la gastroenterología pediátrica ha formado parte del comité científico de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica durante muchos años y por su trayectoria y labor en favor de la Pediatría fue nombrado Socio de Honor de la Asociación Española de Pediatría y también de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria.

En el año 1982 leyó y defendió su Tesis Doctoral que llevaba por título "Estudio de la mucoviscidosis mediante valoración de la tripsina inmunoreactiva y antiproteasas séricas", bajo la dirección del Profesor Manuel Crespo, obteniendo la máxima calificación. Probablemente este trabajo marcó desde entonces el perfil investigador y asistencial del profesor Bousoño, ya que el tema elegido le llevaría a una dedicación destacada a la fibrosis quística. Esta faceta la desarrolló de forma integral en el HUCA y pronto entra a formar parte de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Fibrosis Quística, con reconocimiento de su trabajo a nivel nacional, por sus compañeros, pero sobre todo, como a él le gusta decir, por sus pacientes y sus familias. Aún hoy todos ellos recuerdan con gran cariño al Dr. Bousoño por una entrega singular. Prueba de ello es que también ha recibido el premio de honor de la Asociación Asturiana de lucha contra la Fibrosis Quística por su labor humana continuada al frente de la Unidad en la asistencia, docencia e investigación.

Como muestra de su gran capacidad de trabajo aún fue más allá. Su vocación profesional por la Pediatría y la Gastroenterología se completó con la Estomatología, obteniendo el título de especialista en el año 1986. Desarrolló fundamentalmente labor como odontopediatra, por cuya dedicación obtuvo también reconocimientos diversos.

Respecto a su labor docente, el Profesor Bousoño pronto se incorpora a la Cátedra de Pediatría de la Universidad de Oviedo tras acabar su especialidad, primero como profesor colaborador, luego como profesor ayudante, obteniendo la plaza de Profesor Titular de Universidad pocos años después, en el año 1987. Con un gran talento para la docencia, completa más de cuarenta años de dedicación a una notable y valorada labor docente, desarrollada tanto en la titulación de Medicina como Odontología. Fue director de un gran número de tesis doctorales y trabajos fin de titulación, así como participó en más de 40 tribunales de Tesis Doctoral por toda la geografía nacional. Pero su labor docente se extiende

más allá de la Universidad. La participación en la formación de residentes ha sido constante y muy apreciada. Cuenta de ello es la gran cantidad de pediatras que han optado por ampliar conocimientos en gastroenterología pediátrica en su último año de residencia y la disponibilidad que siempre ha tenido con todos aquellos pediatras que necesitaban resolver dudas sobre sus pacientes.

En cuanto a la faceta investigadora, las líneas de investigación del Dr. Bousoño se centraron en la fibrosis quística, enfermedad celíaca, nutrición infantil y también en otros temas de la especialidad, con una actividad científica que incluyó participación en proyectos de investigación, grupos de trabajo para elaboración de protocolos y guías, actividades de divulgación o publicaciones científicas. Cabe señalar que ha participado en más de 40 ponencias en Congresos nacionales e internacionales y fue autor de 57 capítulos de libro, 23 publicaciones en revistas internacionales y más de 100 en revistas nacionales, a las que se añaden numerosas colaboraciones en el *Boletín de Pediatría*, muestra también de su compromiso con nuestra Sociedad de Pediatría.

Unas últimas palabras sobre la parte más personal. Carlos es una persona con muchas facetas y talentos. Es un gran orador, ameno conversador, además de una persona entusiasta y con sentido del humor, capaz de animar cualquier reunión. Muy aficionado a la pintura, a la música, a la literatura, pero en su doble acepción como indica el diccionario de la RAE, no solo como persona que tiene gusto por alguna actividad o espectáculo al que asiste con frecuencia, sino también como persona que cultiva o practica un arte sin ser profesional. Pero aparte de estas inclinaciones artísticas, decíamos al inicio que se destacaban sus cualidades humanas. Carlos fue uno de los pediatras más queridos y significados de nuestro entorno con una gran calidad humana. Es una persona generosa, sencilla, de trato cordial, amable, honesta, que siempre está dispuesta a ayudar. Amante de la vida familiar, quiero hacer una mención también para tu familia, que te ha acompañado en toda tu trayectoria y a la que hago extensiva la felicitación y mi enhorabuena. A Mercedes, tu compañera de vida de tantos años, a tus hijos María y Carlos, a los que se suman también David y Ana, y a esos pequeños Laura, Noa, Sergio y Nlico, que tanta alegría os dan. Todos podéis sentiros orgullosos de este momento.

Querido Profesor Bousoño, para mí es un honor y una satisfacción haber participado en esta presentación en la que la SCCALP te hace entrega de esta merecida distinción. Esta Sociedad está complacida de poder reconocer toda tu carrera profesional y humana al servicio de la Pediatría. Has sido un ejemplo para todos nosotros.

Entrega de la Medalla de Honor del Memorial Guillermo Arce y Ernesto Sánchez-Villares

Agradecimientos

CARLOS BOUSOÑO GARCÍA

Ilustres autoridades. Sra. Presidente de la SCCALP, Profesora María Jesús Cabero Pérez, Sr. Presidente de la Fundación Sánchez-Villares Profesor Corsino Rey Galán. Distinguidos miembros del Comité del Memorial, queridos compañeros, familiares y amigos. Quiero agradecerlos a todos este inmenso honor. A mis buenos amigos Julián Rodríguez, Corsino Rey y Gonzalo Solís y a todos los miembros del Comité.

Gracias a Laboratorios Nestlé, por su generosidad al patrocinar este Memorial desde 1988 y por el trato exquisito que siempre han dispensado a nuestra Sociedad, a la que pertenezco con orgullo desde 1976.

Conocí a nuestro maestro el Prof. D. Ernesto Sánchez-Villares en Valladolid a propósito de un curso de formación continuada en Pediatría (XII Curso de Clínica Pediátrica), allá por el mes de mayo de 1982. En ese curso, tuve que reemplazar por enfermedad repentina al Prof. Crespo e impartir una ponencia sobre Fibrosis Quística (*Metodología diagnóstica de la mucoviscidosis*) que debió agradarle ya que pronto me invitó a participar con él en diferentes cursos de formación continuada en el seno de la SCCALP, donde a menudo yo ejercía de chofer suyo disfrutando de su amena charla, inteligencia, humanidad y experiencia vital.

Porque aparte de excelente y cultivado narrador, Don Ernesto sabía escuchar y enseñar como nadie. Era un maestro genuino e inspirador y la huella que dejó en mí ha sido imborrable por su bonhomía, sabiduría e inteligencia y por transmitirme su empeño como a muchos de ustedes por alcanzar lo aparentemente imposible.

Soy asturiano, nacido en México, donde mis padres, ambos asturianos y químicos, emigraron en busca de trabajo.

Llegué a Oviedo en 1968 con quince años. Mi origen es humilde y viví mi niñez en un rancho de naranjos y ganado vacuno de Gutiérrez Zamora, en la costa del golfo de México en Veracruz, donde mi padre trabajaba como administrador. Terminé mi bachillerato en Oviedo en "Los Dominicos" y me incorporé a la Facultad con 16 años. Pertenezco a la primera promoción de la Facultad de Medicina de Oviedo donde me licencie en 1975 incorporándome luego al sistema MIR.

Me hice pediatra por el influjo de dos maestros, el Dr. José Luis Solís Cajigal y el Prof. Manuel Crespo Hernández. Solís fue discípulo del Prof. Guillermo Arce y padre de ocho hijos extraordinarios, entre ellos dos pediatras, Pilar y Gonzalo Solís Sánchez. Le conocí en el curso de unas prácticas que realice en el servicio de Higiene Infantil y Maternal de Oviedo y me cautivó por su relación tan profesional como cariñosa con los "pasisaninos" como llamaba él a sus pequeños pacientes.

Fui alumno del Prof. Crespo, mi inolvidable maestro en 4º de carrera, y gracias a él descubrí la excelencia docente. Don Manuel, como todos le llamábamos, fue para muchos el mejor profesor de nuestra Facultad y gracias a su verbo e influencia me acabé licenciando con premio extraordinario al final de mi carrera.

Recuerdo siempre las sesiones clínicas que para nuestro jefe eran sagradas. Siempre animó a todos sus residentes, que acabaron siendo cerca de 200, a seguir luchando y perseverar en su actividad asistencial, docente e investigadora allá donde ejerciesen, sin distingos entre atención primaria, hospitalaria o privada. Para él solo había una Pediatría, la buena Pediatría centrada en la atención al niño de forma integral. Una gran novedad al impartir docencia era que so-

Correspondencia: ringerbou@yahoo.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.

lía hacerla de forma interactiva y colegiada con un elenco extraordinario de maestros formado por los profesores José López Sastre, Serafín Málaga Guerrero, Joaquín Fernández Toral, Juan José Díez Tomás, Gil Daniel Coto Cotallo y Antonio Ramos Aparicio. Me enamoré de la Pediatría gracias a todos ellos y por ello me siento profundamente agradecido. He sido un privilegiado.

Tuve el honor de trabajar bajo la dirección del Dr. Jorge Valdés-Hevia y Villa, mi Jefe de Servicio y, años más tarde, presidente del Ilustre Colegio de Médicos de Asturias, quien era un gran clínico y me transmitió sus conocimientos y sabiduría junto a un cariño especial que me abrió las puertas profesionales del hospital donde se desarrollaría toda mi carrera.

Al poco de obtener plaza de adjunto, se me asignó a la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (GNP), subespecialidad dirigida por el Dr. José Antonio Galán Rodríguez, discípulo de “pata negra” del Dr. Carlos Vázquez y pionero en Asturias, quien me acogió con mucho cariño e inculcó en mí su vocación, introduciéndome en la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición (SEGHNP), donde conocí a magníficos profesionales.

Dediqué mi vida profesional a la docencia universitaria, accediendo a la plaza de profesor titular en 1986. La docencia en mi familia venía de lejos, mi abuela paterna fue maestra de escuela en Boal, mi madre llegó a catedrática de Instituto de matemáticas y siempre se dedicó en cuerpo y alma a la enseñanza de todos sus hijos y nietos, inculcando en nosotros el deber de mostrar con cariño los conocimientos a las nuevas generaciones. He disfrutado mucho en las aulas universitarias desde mi época de residente hasta mi jubilación y por ello debo estar muy agradecido a mis maestros que lo hicieron posible.

Trabajé por esta subespecialidad (GNP) durante más de 45 años y pude ver su extraordinaria evolución. Fui pionero en el empleo de la endoscopia digestiva pediátrica en Asturias, cuyos rudimentos aprendí en una breve estancia en Barcelona con el Dr. Armengol Miró, aunque su desarrollo solo fue posible gracias a nuestros compañeros de la UCIP, dirigidos por el Prof. Corsino Rey, que hacen una labor extraordinaria en la sedoanalgesia, lo que permitió el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades digestivas infantiles.

Si tuviese que citar un ejemplo singular de metamorfosis diría la fibrosis quística (FQ), que a mi llegada era devastadora y tenía un pronóstico de vida inferior a 10 años. En 1982 le dediqué mi tesis doctoral, muy novedosa al descubrir por primera vez a nivel mundial el valor de la tripsina inmunoreactiva para el diagnóstico precoz de FQ. También volqué en ella gran parte de mis esfuerzos inves-

tigadores, docentes y asistenciales, por lo que me siento feliz al afirmar que actualmente, y gracias a las unidades multidisciplinares y a nuevos fármacos biológicos que corrigen parcialmente el defecto básico del CFTR mutado, se ha convertido en una enfermedad crónica más del adulto.

Me siento también muy orgulloso de haber iniciado la asistencia integral de enfermedades raras, creando la Unidad multidisciplinaria de Fibrosis Quística, donde trabajamos conjuntamente con neumólogos, nutricionistas, fisioterapeutas y DUE. También creamos en Oviedo la consulta de Metabolopatías y la Unidad de Nutrición Pediátrica. Creo en verdad que hemos puesto nuestro granito de arena en la detección precoz y seguimiento asistencial de estas enfermedades, mejorando su pronóstico y calidad de vida.

No todo fue fácil, y al principio, sin contar con los medios imprescindibles para desarrollar esta subespecialidad, mi carácter inconformista y rebelde me llevó a hacer Estomatología y sus derivadas, Odontopediatría y Ortodoncia interceptiva. He sido fiel al dicho: *“Dios escribe derecho con renglones torcidos”*, metáfora que nos invita a confiar en la sabiduría y el plan divino, incluso cuando las circunstancias parecen caóticas o adversas. Tras finalizar mi formación universitaria en la Escuela de Estomatología, Don Jorge Valdés Hevia me consiguió un fibrogastoscopio y un colonoscopio, que resultaban imprescindibles para desarrollar nuestra subespecialidad, por lo que volví al trabajo hospitalario con renovada energía.

Además, la Estomatología me trajo muchas alegrías. Dirigí desde nuestro colegio profesional la Formación Continuada de nuestros compañeros estomatólogos y odontólogos, y tuve una trayectoria de 35 años como odontopediatra. Como colofón, decir que me siento muy orgulloso de que mis hijos Carlos y Ana me hayan continuado y superado con creces en el ejercicio de la Odontología y sus especialidades en Oviedo.

El 13 de diciembre de 1989 se fusionaron tres hospitales de Oviedo, uno dependiente de la comunidad autónoma (Hospital General) y dos del INSALUD (Residencia Covadonga y Silicosis). De esa fusión destacaría el beneficio que supuso para la Pediatría la incorporación de varios profesionales excelentes. Entre ellos el Dr. Eduardo Ramos Polo, discípulo distinguido del Dr. Emilio Rodríguez Vigil, de la escuela del Prof. Guillermo Arce, a quien todos sus discípulos y coetáneos llamamos “Maestro”. Extraordinario pediatra, humanista y amigo, compartió varios años su esfuerzo y dedicación al área de GNP del HUCA, destacando singularmente en el diagnóstico y manejo terapéutico de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Cuando uno recibe este tipo de honor, debe forzosamente pensar en el Prof. Sánchez-Villares y una frase que

con frecuencia repetía: “*No hay mayor satisfacción para un maestro que ver como sus discípulos le superan en conocimientos y en logros*”; por ello, como compañero y amigo, aprovecho para mandar un entrañable saludo con mi profundo agradecimiento a mis colegas de GNP, los doctores Juan José Díaz Martín, Santiago Jiménez Treviño, David González Jiménez y Marta Suárez González, que han hecho buena esa afirmación y representan la excelencia en el ejercicio de la Pediatría. Son profesionales muy cualificados, inteligentes, responsables y sensibles, y este premio que me otorgáis es también de todos ellos.

Mi agradecimiento a todo el personal del departamento de Pediatría del HUCA, y en especial a todos sus residentes, enfermeras y auxiliares, que nos han ayudado y lo siguen haciendo de forma anónima y generosa, personalizándolo en la DUE Cruz Callantes Baza, con quien trabajé muchos años para conseguir hacer realidad nuestra gran ambición: *disminuir el sufrimiento de los justos*.

Este nombramiento supone para mí un broche de oro inesperado en mi carrera, por lo que os pido me permitáis

dedicárselo a toda mi familia. Gracias de corazón a mi mujer y compañera fiel, Mercedes Rodríguez (médico radiólogo), que siempre me brindó su apoyo, comprensión y cariño incondicional. Hemos recorrido casi 50 años de matrimonio y ha sido genial. ¡Qué afortunado me siento!.

A nuestros hijos María y Carlos, sus cónyuges David y Ana y nietos Laura, Noa, Sergio y Nico, por todo vuestro cariño y el tiempo que os he robado por mis obligaciones. Gracias porque siempre me habéis motivado para alcanzar los mejores frutos de la vida y me habéis hecho muy feliz.

A mis padres Luis y Nieves, licenciados químicos que emigraron a México y lucharon sin descanso toda la vida por labrar un porvenir a sus cuatro hijos, tres de los cuales estudiamos Medicina en Oviedo. Os llevaremos siempre en nuestro recuerdo con emoción y profundo agradecimiento por lo que ha significado vuestro ejemplo y sacrificio.

Muchas gracias de corazón, a todos ellos y a ustedes por su paciencia y generosidad. Mi deuda con la SCCALP se acrecienta sobremanera con este reconocimiento. Me siento muy feliz y privilegiado.

Mesa Redonda: Futuro de la Pediatría

Pediatría hospitalaria: ¿dónde estamos y hacia dónde caminamos?

M.M. RODRÍGUEZ VÁZQUEZ DEL REY

*Cardióloga Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.
Vicepresidenta Atención Hospitalaria de la Asociación Española de Pediatría.*

En las últimas décadas la pediatría española, tanto en atención hospitalaria como en atención primaria, ha experimentado una profunda transformación debido a los cambios sociales, científicos, tecnológicos y profesionales que han ocurrido. De ser una disciplina centrada en el niño enfermo, originariamente en el ámbito hospitalario, ha pasado a convertirse en una medicina integral del desarrollo, que abarca además la prevención, la cronicidad y la salud mental infantil, gracias a su expansión a atención primaria. Hoy vuelve a afrontar el reto de adaptarse al nuevo contexto social, tecnológico y organizativo.

La pediatría hospitalaria y la pediatría primaria no son opuestas, sino distintas vertientes igualmente necesarias para conseguir el mejor cuidado de los niños y adolescentes. Ambas forman parte de un mismo sistema que necesita coordinarse mejor para realizar un trabajo en red más eficiente.

EL PASADO DE LA PEDIATRÍA HOSPITALARIA: DE LA BENEFICENCIA A LA CIENCIA

La pediatría en España surge a finales del siglo XIX en hospitales de beneficencia y centros religiosos como el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (1867) y el Hospital del Niño Jesús en Madrid (fundado en 1877) para el cuidado de los niños pobres afectados por infecciones, como acto de caridad. En 1904 se creó la primera cátedra universitaria de Pediatría y Puericultura, y en 1949 se fundó la Asociación Española de Pediatría (AEP), que sería el gran catalizador del progreso científico posterior. En 1978 se implanta el sistema

MIR en España, con la Pediatría como especialidad de formación principalmente hospitalaria, y en 1984 se convierte en la vía única y obligatoria de acceso a las especialidades médicas en España.

Desde entonces, la formación en Pediatría y sus áreas específicas ha consistido en una formación de cuatro años en centros con acreditación docente, siguiendo los distintos Programas Oficiales de la Especialidad que marcan los objetivos de la formación, realizados por la Comisión Nacional de Pediatría y sus Áreas Específicas. El actualmente vigente es el de 2006, que contempla la rotación por las diferentes áreas de la pediatría, incluyendo la atención primaria con un mínimo de tres meses por ella.

En los próximos años se renovará el Programa Oficial de la Especialidad (POE) de Pediatría aprobado en 2006, que se ha quedado corto ante la complejidad actual: cuatro años no bastan para formar un pediatra general competente y, además, experto en un área específica. También se revisarán los requisitos para la acreditación de centros docentes. En este nuevo POE se apostará por competencias transversales, confiando al futuro desarrollo de las ACEs el resto de objetivos según el área a desarrollar.

QUÉ HA OCURRIDO HASTA EL PRESENTE

Contexto profesional

En todo este tiempo se ha ido desarrollando las diferentes áreas de la pediatría según las necesidades de la población de cada hospital. La AEP impulsó desde 1967 la creación

Correspondencia: vicepresidentespecialidades.aep@aeped.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.

de secciones de especialidades pediátricas, muchas de las cuales se convertirían después en sociedades científicas independientes: Neonatología, Endocrinología, Gastroenterología, Atención Primaria, Medicina de la Adolescencia, Errores Innatos del Metabolismo, Neuropediatría, Nefrología, Cardiología, Alergia e Inmunología, Neumología, Urgencias, Cuidados Intensivos, Reumatología, Infectología, Oncohematología o Cuidados Paliativos, Pediatría Social y Pediatría Interna Hospitalaria.

La existencia de estas asociaciones de profesionales demuestra la realidad clínica existente, *la subespecialización pediátrica*, que nace de la necesidad real de atender con competencia a un niño cada vez más complejo, similar a lo que ocurre en la medicina del adulto. Pero al no estar reglada ni reconocida esta formación, su desarrollo ha sido desigual. Esta depende del tamaño del hospital y de la iniciativa individual. Se ha preservado la polivalencia en detrimento de la especialización, por lo que no hemos alcanzado los mismos niveles que en la medicina del adulto, y en muchas ocasiones dependemos de ellos.

Ante la falta de un marco reglado, las sociedades científicas han asumido la tarea de definir currículos y estándares formativos. No tienen reconocimiento legal, pero ofrecen una guía sólida que orienta la formación y contribuye a mantener la calidad y coherencia del sistema.

Contexto demográfico y social

Es radicalmente distinto al de hace medio siglo. España tiene una de las tasas de fecundidad más bajas de Europa (1,2 hijos por mujer) y una población infantil que representa apenas el 13% del total. Hemos pasado de una gran población afectada fundamentalmente por patología infecciosa aguda a unos pacientes más complejos: sobreviven prematuros extremos, pacientes con cardiopatías congénitas graves, errores innatos del metabolismo, cánceres infantiles y enfermedades raras. El progreso médico ha convertido en crónicos a muchos niños que antes no llegaban a la adolescencia.

A ello se añaden los trastornos del neurodesarrollo, la obesidad, los problemas de salud mental, la dramática reducción de la actividad física y el impacto de las desigualdades sociales. La pobreza infantil afecta a casi un tercio de los menores, condicionando la nutrición, la adherencia terapéutica y el bienestar emocional. La diversidad cultural y los nuevos modelos familiares (monoparentales, reconstituidos, migrantes) hacen imprescindible una pediatría intercultural, sensible a los determinantes sociales y con un enfoque comunitario.

El descenso de la natalidad no se ha traducido en una reducción del trabajo asistencial. A la mayor frecuentación

derivada del contexto cultural, en el que la salud empieza a interpretarse como un producto de consumo –familias más demandantes, mayor sensibilidad ante la salud infantil y aumento de consultas por motivos leves– se suma una notable complejidad clínica. Los avances en supervivencia y tecnología han multiplicado los procedimientos, revisiones y cuidados por paciente. El resultado es una carga asistencial estable o incluso creciente, a pesar del menor número de nacimientos. Esto lo demuestra el aumento de procedimientos por paciente pediátrico atendido en el conjunto del sistema nacional de salud, que ha pasado de 0,31 procedimientos por paciente pediátrico en 2017 a 0,51 en 2023.

En el momento actual con la gran jubilación de pediatras y la medicina privada como un destino profesional para un número creciente de pediatras, existe escasez de profesionales, pero resulta muy difícil conocer con exactitud el déficit real de pediatras en España. Las fuentes oficiales que contabilizan los recursos humanos del sistema sanitario se basan en el número de plazas asignadas a la especialidad, pero no distinguen si dichas plazas están efectivamente ocupadas por un pediatra o por un médico de familia. Esta metodología sobreestima la dotación real y oculta la magnitud del problema, especialmente en atención primaria y hospitales comarciales.

Contexto científico

Se ha pasado de un profesional con dedicación eminentemente clínica a uno que además suma una labor docente e investigadora. Dirige equipos multidisciplinares, forma residentes, participa en proyectos de investigación y debe actualizarse constantemente. La actividad investigadora de los pediatras en España se ha multiplicado por cinco en los últimos 20 años, según datos de Scopus (2024).

La revolución biomédica ha transformado la práctica pediátrica hospitalaria. La genética, la biología molecular y las terapias biológicas o génicas han redefinido el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades.

A todo ello se suma la digitalización: la historia clínica electrónica, la monitorización remota, la imagen médica digital y, más recientemente, la inteligencia artificial (IA), que se está incorporando rápidamente a nuestra actividad diaria.

La telemedicina se ha consolidado como herramienta de conexión entre niveles. La pandemia demostró que las teleconsultas, los programas de seguimiento remoto o la hospitalización domiciliaria pediátrica son viables y útiles. El reto es integrarlas de forma estructurada y equitativa, sin perder el valor humano de la relación médico-paciente.

PROBLEMAS ACTUALES DE LA PEDIATRÍA HOSPITALARIA

Conciliación familiar y guardias médicas

El perfil del pediatra hospitalario también ha cambiado. La feminización supera el 70%, aportando una visión más empática y comunicativa, pero tensionando estructuras laborales diseñadas para otro modelo de dedicación. La coexistencia de las guardias médicas con la conciliación familiar está siendo difícil y aún no resuelta. Los avances en derechos laborales pierden sentido si se construyen a costa de sobrecargar a otros. Cada derecho que se reconoce debe venir acompañado de una planificación paralela de recursos humanos que lo sostenga.

Estamos en pleno proceso de reforma del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, vigente desde 2003, con noticias nada tranquilizadoras que están llevando a movilizaciones a la profesión médica.

Desigualdad geográfica

En España existe una gran desigualdad geográfica en el acceso a la asistencia especializada.

En atención pediátrica hospitalaria, cada año más de 30.000 procedimientos pediátricos se realizan lejos del lugar de residencia, hecho especialmente grave en nuestra población pediátrica, por todo lo que este traslado comporta a toda la familia. Se observa claramente la relación decreciente entre número de pediatras hospitalarios y movilidad de los pacientes pediátricos, de forma que, a menor número de pediatras hospitalarios, mayor es la tasa de movilidad de los pacientes. Comunidades como Castilla-La Mancha o La Rioja derivan hasta un tercio de sus pacientes fuera de su territorio. Esta desigualdad geográfica es una amenaza directa a la equidad del Sistema Nacional de Salud.

Así mismo, el hecho de que el 75% de todos los CSUR pediátricos de España se concentren en Madrid y Cataluña es indicativo de esta desigualdad existente.

Coordinación Atención Hospitalaria-Atención Primaria

La coordinación efectiva entre los distintos niveles asistenciales es necesaria. El hospital y la atención primaria siguen funcionando con frecuencia como compartimentos estancos, conectados más por la buena voluntad de los profesionales que por estructuras formales de trabajo en red. Esto provoca derivaciones innecesarias, que sobrecargan los circuitos y generan demoras en la atención. Se han hecho grandes avances en el registro de la información con historias clínicas digitalizadas interoperables que evitan la fragmentación de la información y la duplicidad de pruebas diagnósticas, aunque su funcionamiento no es igual en todos los territorios.

Las urgencias hospitalarias se convierten a menudo en la vía de entrada de problemas que podrían resolverse en otro nivel, y los pediatras de primaria se ven sobrecargados con seguimientos que requieren coordinación con especialistas, pero sin canales ágiles para hacerlo.

Las causas son multifactoriales. Influyen la falta de tiempo y de recursos en ambos niveles, la escasez de estructuras mixtas o compartidas, la ausencia de protocolos unificados y la desigual implantación de herramientas digitales interoperables entre servicios de salud autonómicos. Pero la continuidad de cuidados, la comunicación bidireccional y la coordinación entre profesionales no son un lujo organizativo, sino una obligación ética y sanitaria.

Falta de reconocimiento formal y formación reglada en las ACEs

Europa adoptó ya el modelo 3+2 (tres años troncales y dos de especialización), y países de nuestro entorno reconocen hasta 38 subespecialidades pediátricas. España acaba de reconocer la Psiquiatría Infantil como especialidad y está pendiente regular otras ACEs de manera oficial.

El modelo establecido actualmente en España es 4 años de formación pediátrica general, y después se podrá acceder a las Áreas de Capacitación Específica (ACEs) que se crearán según el RD 589/2022 o Diplomas de Capacitación y Capacitación Avanzada, regulados por el RD 639/2015. Ninguno de ellos se ha desarrollado desde su aprobación. Actualmente Neonatología ha sido aceptada como la primera ACE a desarrollar y se está trabajando en ello. A pesar de que el Ministerio de Sanidad parece tener claro llevarlo adelante, existen dificultades en la coordinación con las diferentes comunidades autónomas.

Pérdida de atractivo de la Pediatría como especialidad

Aunque la Pediatría y sus áreas específicas continúa siendo una de las especialidades con mayor número de plazas MIR –508 en la convocatoria de 2024, solo por detrás de Medicina Familiar y Comunitaria–, diversos indicadores apuntan a una pérdida progresiva de atractivo entre los nuevos graduados en medicina. Este fenómeno no obedece a una falta de vocación pediátrica, sino a una combinación de factores estructurales y laborales que afectan a la percepción de la especialidad.

En los últimos años, la nota mediana del examen MIR de quienes eligen Pediatría ha mostrado un descenso sostenido, reflejando una menor demanda relativa respecto a otras especialidades. Solo el 13% de los mil primeros aspirantes la eligen, frente al 60% hace dos décadas. Paralelamente, ha disminuido el número de aspirantes que sitúan la Pediatría entre sus primeras opciones, lo que contrasta con la elevada

responsabilidad asistencial y la complejidad creciente del trabajo pediátrico, tanto en el ámbito hospitalario como en la atención primaria.

Esta pérdida de atractivo se asocia, entre otros motivos, a la sobrecarga asistencial, la escasa flexibilidad de los horarios, la dificultad para la conciliación, y la falta de itinerarios profesionales definidos tras la residencia, con vistas al reconocimiento de las subespecialidades pediátricas.

EL FUTURO DE LA PEDIATRÍA HOSPITALARIA

El hospital pediátrico del futuro no será tanto un lugar como un *sistema interconectado*. Debe funcionar como un nodo de conocimiento y coordinación, con flujos bidireccionales con la Atención Primaria y otros hospitales. La hospitalización domiciliaria, las teleconsultas y los programas de transición a la vida adulta serán parte de su rutina. La meta es que el niño reciba la atención adecuada en el nivel más próximo posible, con respaldo experto cuando lo necesite.

La IA liberará tiempo clínico al automatizar tareas repetitivas, generar resúmenes o alertar de riesgos. Permite analizar grandes volúmenes de datos clínicos, detectar patrones invisibles al ojo humano y ofrecer apoyo a la decisión médica. Ya ayuda a detectar precozmente trastornos del desarrollo, ajustar terapias o calcular riesgos de obesidad y diabetes. Combinada con la telemedicina, permitirá monitorizar a distancia a niños con enfermedades crónicas, optimizar visitas presenciales y anticipar complicaciones.

Sin embargo, la incorporación de la IA plantea importantes desafíos éticos y profesionales. El primero es la protección de los datos de menores, que exige garantizar confidencialidad, trazabilidad y cumplimiento estricto de la normativa europea. El segundo es la transparencia de los algoritmos, para que las decisiones sigan siendo comprensibles y la responsabilidad médica no se diluya en una “caja negra”. A ello se suma el riesgo de sesgos algorítmicos, cuando los sistemas se entrena con datos que no reflejan la diversidad infantil, y la posible dependencia tecnológica, si se acepta sin espíritu crítico lo que la máquina sugiere. La tecnología debe servir al juicio clínico, no reemplazarlo.

La IA abre una oportunidad extraordinaria para avanzar hacia una pediatría más precisa, preventiva y personalizada, siempre que se acompañe de una ética sólida, una regulación clara y una formación continua. Los hospitales y las sociedades científicas deben liderar este proceso, validando herramientas y guiando el debate ético. El reto es combinar humanidad y tecnología con inteligencia, para potenciar nuestra capacidad diagnóstica y liberar tiempo para lo esencial: la relación humana con el niño y su familia.

El desarrollo de las ACEs pediátricas es una oportunidad para modernizar la formación y reducir desigualdades. Estas áreas (neonatología, intensivos, cardiología, oncología, paliativos, etc.) no fragmentan la especialidad: la ordenan. Permiten definir itinerarios formativos homogéneos, acreditar competencias, planificar recursos por comunidad y evitar que los niños sean atendidos por servicios de adultos.

La red hospitalaria debe concentrar la alta complejidad y descentralizar lo frecuente. Los hospitales de referencia deben actuar como centros de apoyo y coordinación, no como destino inevitable. La integración real con Atención Primaria, enfermería pediátrica y salud mental infantil permitirá construir un modelo verdaderamente multidisciplinar.

Es necesario revisar el sistema de guardias, garantizar descansos y promover programas de bienestar emocional, que serán inversiones, no gastos.

CONCLUSIÓN

La especialidad ha demostrado su capacidad para adaptarse a los cambios sociales y científicos, pero ahora necesita un salto organizativo y cultural. La digitalización, la inteligencia artificial y las ACEs son solo instrumentos; el verdadero cambio será la cooperación efectiva entre niveles y profesiones. Formar a los futuros pediatras con visión integral, espíritu crítico y vocación investigadora será la mejor garantía para el futuro de la Pediatría.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arriola-Pereda G, Labarta-Aizpún JI, Sánchez MJ, Rodríguez-Vázquez del Rey MM, Ruiz del Prado MY. Situación actual de la formación sanitaria especializada en Pediatría y sus áreas específicas: retos y necesidades. An Pediatr (Barc). 2023; 99(4): 252-6.
2. AEP. Libro Blanco de las ACEs Pediátricas. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2022.
3. Sandulli F. La necesidad de las áreas de Capacitación Pediátricas. Informe AEP-VINCES 2025.
4. Galdo B, Pazos C, Pardo J, Solar A, Llamas D, Fernández-Blanco E, Pazos A. Inteligencia artificial en pediatría: actualidad y retos. An Pediatr (Barc). 2024; 100(3): 195-201.
5. Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, por el que se regulan las áreas de capacitación específica en Ciencias de la Salud. BOE nº173, 21 julio 2022.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Orden SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. BOE nº246, 14 octubre 2006.

Mesa Redonda: Futuro de la Pediatría

Pediatría de Atención Primaria: ¿dónde estamos y hacia dónde caminamos?

B. AGUIRREZABALAGA GONZÁLEZ

Pediatra de atención primaria. Centro de Salud Parque-Somió. Gijón. Coordinadora grupo de trabajo de vacunas y enfermedades infecciosas en atención primaria (VACAP) de la SEPEAP. Vicepresidenta de la SEPEAP.

La pediatría de atención primaria lleva un largo camino recorrido desde el Real Decreto 137/1984 y la Ley General de Sanidad 14/1986, que sientan las bases de la actual red de atención primaria. Según este modelo sanitario, el pediatra será la puerta de entrada al sistema sanitario de la población infantil y por tanto responsable de su atención integral⁽¹⁾.

De esta manera, los tradicionales ambulatorios se convierten en centros de salud. Las características de estos serán: trabajo en equipo multidisciplinar, con atención a una población definida por el área de salud, integrando la actividad asistencial con la prevención y promoción de la salud.

La pediatría de atención primaria, por tanto, queda definida por una asistencia sanitaria cercana al paciente y su familia, con una visión global de la pediatría que va más allá de la mera enfermedad. Es un trabajo en equipo, multidisciplinar y ligado a la figura de la enfermería pediátrica, especialidad reconocida en 2005 y que aun a día de hoy esta reivindicando su función como el profesional de enfermería más adecuado para la atención al paciente pediátrico en cualquier ámbito.

Las grandes fortalezas de este sistema (universalidad, gratuidad, accesibilidad), debido a una falta de planificación, organización y gestión de recursos, así como falta de inversión económica adecuada a lo largo de los años, las han convertido en sus grandes debilidades: accesibilidad ilimitada que genera demanda injustificada, dependencia del paciente del sistema sanitario directamente ligado a la medicalización de la sociedad, todo ello genera una saturación del sistema que no permite realizar las tareas de manera eficaz y eficiente. La inversión económica debe crecer en proporción al servicio que se quiere o puede ofrecer, siendo la realidad en nuestro

medio muy lejana al 25% recomendado por la OMS, llegando apenas a un 14% en el año 2024⁽²⁾.

Estos problemas afectan no solamente a la pediatría, también afectan a la especialidad de medicina familiar y comunitaria, y ha llevado a un creciente malestar a lo largo de los años entre los profesionales médicos. Esto ha generado la creación del “Foro de Médicos de Atención Primaria”, compuesto por: Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), la organización Médica Colegial (OMC), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Los objetivos generales son el reconocimiento de la Atención Primaria en su papel de eje central de la asistencia sanitaria, potenciación de políticas de salud de consenso y comunes para todas las comunidades autónomas, análisis de las necesidades de recursos y reorganización de su distribución en base a las necesidades de salud, y el abordaje de los estudios de grado y postgrado⁽²⁾.

Respecto a la formación de pediatras, ya en los programas de formación de la especialidad desde 1979 se contempla la necesidad de la formación del residente de pediatría en atención primaria, no siendo hasta el 2006 cuando se regula de manera específica y obligatoria una rotación de tres meses. Desde el 2007, la comisión nacional de la especialidad comienza el proceso de acreditación de los centros de salud a este efecto⁽¹⁾.

Correspondencia: belenaguirrezabalaga@gmail.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.

En las últimas décadas, se han producido importantes cambios demográficos, socioculturales, científicos y tecnológicos. La asistencia sanitaria debe adaptarse y adecuarse a estos cambios, para lo cual se necesita una gestión y planificación adecuada de los recursos humanos y materiales con los que se trabaja desde atención primaria. Los problemas antes mencionados hicieron que la llegada de la pandemia del SARS-CoV-2 supusiera una crisis profunda del funcionamiento del sistema.

Durante estos años, las sociedades científicas de pediatría y medicina de familia, han desempeñado un papel fundamental. Por un lado, son las que han ofrecido a sus socios la formación científica necesaria para mantenernos al día en nuestra especialidad, y además han liderado las reivindicaciones que consideramos necesarias para que la atención primaria pueda realizar su trabajo.

El pediatra de atención primaria es un especialista de alta resolución, que soluciona más del 90% de las demandas de salud de la población infantil. Además realiza labores de docencia e investigación, actualmente de manera muy dificultosa debido a la sobrecarga asistencial que soporta. Cupos excesivos que superan lo estipulado (1.000 pacientes con un margen del 10%), falta de sustituciones con asunción del trabajo del compañero, figuras no realistas como la pediatría de Área⁽³⁾. Todos estos problemas sin resolver hacen, por otra parte, que la pediatría de atención primaria no sea atractiva para los especialistas recién formados, que prefieren desarrollar su labor en el ámbito hospitalario. Es necesario resolver todas estas cuestiones para que los pediatras de atención primaria puedan ejercer su labor de una manera satisfactoria para el profesional, y adecuada para los pacientes, y eso conllevará una mejor valoración por parte de los futuros pediatras a la hora de decidir sus salidas laborales.

Según el “Informe de necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035”⁽⁴⁾, para el 2035 se estima un déficit de unos 1.045 profesionales. Si no se consigue solventar este déficit, los problemas actuales se verán incrementados.

Ya en 2018, la SEPEAP y la AEPap elaboran conjuntamente un decálogo de propuestas de mejora de la atención primaria en base a: mejorar las condiciones laborales, promover el conocimiento de la pediatría de atención primaria a los estudiantes de medicina y residentes de pediatría, así como incrementar la visibilidad de los pediatras de atención primaria dentro de puestos organizativos y en la universidad.

Hay que resaltar, además, que nuestro modelo de pediatría de atención primaria está muy bien valorado a nivel internacional. En una revisión sistemática se demuestra que

la atención infantil y adolescente hecha por pediatras lleva un mejor cumplimiento de los programas de vacunación y buena adecuación a las guías de práctica clínica de las enfermedades más prevalentes⁽⁵⁾. Es necesario mantener nuestro actual sistema, para lo cual hace falta inversión y mejoras como las que se han propuesto desde las sociedades científicas.

Para que el futuro de la pediatría de atención primaria sea el deseado, debemos aprender del pasado y corregir los problemas del presente. El pediatra del futuro será un profesional con conocimientos técnicos profundos de su especialidad, capaz de adaptarse a los constantes cambios socioculturales, con habilidades clínicas y empáticas, docente proactivo, investigador y capaz de gestionar además con racionalidad los recursos de que dispone para ejercer su trabajo⁽⁶⁾.

Como reflexión final, no debemos olvidar la esencia de nuestra profesión, la medicina, en cualquiera de sus especialidades. Que las condiciones laborales no nos alejen de aquello que con devoción expresamos al terminar nuestros estudios a través del juramento hipocrático.

BIBLIOGRAFÍA

- Domínguez B, Valdivia C. La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26(S): 82-7.
- Pastor Rodríguez-Moñino A, Basora i Ballisà J. Foro de médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2011; 43(11): 563-4.
- Gorroxategi Gorroxategi P, Villaizán Pérez C, Pellegrini Belinchón FJ, Domínguez Aurrecoechea B, Sánchez Pina C, García-Sala Viguer F, et al. Necesidad de pediatras de Atención Primaria. Plazas de Pediatría en Atención Primaria vacantes y necesidad de formación específica en esta área competencial. Rev Pediatr Aten Primaria. 2021; 23: e65-e79.
- Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Actualización: Informe de necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035. EcoSalud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2024.
- Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría de AP sobre el modelo de asistencia infantil. [consultado el 29 octubre 2025]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/pagina/archivos-adjuntos/posicionamiento_aepap_modelo_asistencia_.pdf
- Martínez V. El futuro de la pediatría en España en el siglo XXI. Pediatr Integral. 2015; XIX(1): 9-12. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-01/20-anos-de-pediatria-integral-el-futuro-de-la-pediatria-en-espana-en-el-siglo-xxi/>

Mesa Redonda: Casos clínicos a debate

Concurso de casos clínicos

AUTORES: C. LÓPEZ FERNÁNDEZ¹, F. ÁLVAREZ CARO²

COLABORADORES: E. APARICIO CASARES², S. BUENO PARDO², J. GARDE BASAS¹, A. GÓMEZ FARPÓN³, J. GONZÁLEZ GARCÍA², B. HUIDOBRO FERNÁNDEZ², B. JIMÉNEZ MONTERO¹, S. LLORENT PELAYO¹, P. MARLASCA SAN MARTÍN⁴, V.A. OREÑA ANSORENA¹, P. RODRÍGUEZ LORENZO², T. TORRE GONZÁLEZ¹

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria). ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñas. Gijón (Asturias). ³Servicio de Cirugía Infantil. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias). ⁴Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria

CASO CLÍNICO 1

Acude a su consulta un niño de 3 años con lesiones pruriginosas, especialmente nocturnas. Las lesiones se concentran en muñecas, surcos interdigitales, palmas y plantas de manos y pies, así como en el tronco. Consisten en surcos que terminan en lesiones papulares, estando algunas de ellas escoriadas. Asocia asimismo lesiones duras nodulares en zona genital de medio centímetro de diámetro también pruriginosas. Varios miembros de la familia están igualmente afectados.

En relación a la entidad que padece el paciente señale la opción incorrecta:

- A. El tratamiento de primera línea en este caso sería la permetrina al 5%, repitiendo su aplicación a los 7 días.
- B. La persistencia del picor es un indicador fiable de fracaso terapéutico.
- C. En caso de tratarse de un paciente menor de 2 meses el tratamiento de primera línea sería el azufre precipitado en vaselina.
- D. La ivermectina oral está indicada en niños de más de 15 kg si existiera un fracaso terapéutico al tratamiento tópico o riesgo del mismo.

Respuesta correcta B.

Escabiosis. El tratamiento de elección es la permetrina para el paciente y sus convivientes. En menores de 2 meses

no está autorizada por lo que se emplea como tratamiento de primera línea en esta franja de edad el azufre precipitado en vaselina al 6%. Para casos refractarios o con alta sospecha de serlo, el fármaco de elección es la ivermectina. El prurito puede durar de 2 a 4 semanas tras un tratamiento adecuado, no siendo por tanto un buen indicador de respuesta⁽¹⁾.

CASO CLÍNICO 2

Acude a su consulta un lactante de 4 meses por una lesión ovalada de unos 3-4 cm de longitud en zona temporo-parietal izquierda, de color amarillo anaranjado, ligeramente sobreelevada sin vello sobre la misma, que no ha sufrido cambios desde el nacimiento. No asocia descamación.

En relación a la patología de este lactante señale la respuesta correcta:

- A. No es necesaria escisión quirúrgica precoz, recomendándose seguimiento clínico inicial y posterior escisión con anestesia local.
- B. Debe extirparse quirúrgicamente preferiblemente antes del año de vida.
- C. Tiene riesgo de transformación maligna en los primeros 5 años de vida especialmente.
- D. La lesión debe tratarse con láser ablativo para eliminar el riesgo de malignidad.

Respuesta correcta A.

Correspondencia: cristina_lopez_fdez@hotmail.com (Cristina López Fernández)

© 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.

Nevus sebáceo de Jadassohn. El manejo consiste en escisión quirúrgica electiva, preferiblemente cuando el niño sea más mayor y el procedimiento más seguro. La transformación maligna es infrecuente (menos del 1% antes de la pubertad). Las terapias menos invasivas como el láser no eliminan completamente la lesión y no garantizan la prevención de transformación maligna posterior⁽²⁾.

CASO CLÍNICO 3

Niña de 12 años que consulta en urgencias por fiebre (un pico vespertino de 40°C) desde hace 10 días y odinofagia. Durante el pico febril presenta mal estado general, artromialgias y un exantema macular en tronco y raíz de extremidades, manteniéndose asintomática y con buen estado general en los períodos afebriles. La exploración física no muestra hallazgos relevantes. En su Centro de Salud le habían realizado un test rápido de estreptococo (negativo) y un exudado faríngeo (también negativo). En la analítica destaca una leucocitosis con neutrofilia y trombocitosis, además de PCR y VSG elevadas.

¿Cuál es su principal sospecha diagnóstica?:

- A. Faringoamigdalitis estreptocócica.
- B. Lupus eritematoso sistémico.
- C. Artritis idiopática juvenil sistémica.
- D. Enfermedad de Kawasaki.

Respuesta correcta C.

AIJ sistémica. Patrón de fiebre característico con afectación del estado general únicamente durante el pico febril y exantema evanescente. La artritis no es criterio indispensable. Los niños mayores con frecuencia presentan odinofagia, al igual que la enfermedad de Still del adulto⁽³⁾.

CASO CLÍNICO 4

Lactante de 22 meses que consulta en Urgencias por episodio de movimientos tónico-clónicos generalizados de unos 5 minutos de duración que ocurrieron hace 2 horas en su domicilio. Refieren notarle caliente, constatando fiebre de 38,2°C unos minutos antes del episodio. Clínica catarral acompañante. Como antecedentes personales, ha realizado otros 2 episodios previos de mismas características en contexto febril a los 12 y 18 meses. Cabe destacar que el padre presentó crisis febriles en la infancia. La exploración neurológica es normal, y la faringe ligeramente hiperémi-

ca con moco en cavum. Resto de exploración dentro de la normalidad.

Señale la respuesta correcta con respecto a la actitud a seguir:

- A. Solicitar hemograma, bioquímica, coagulación y mantener en observación. Según analítica y evolución valorar realizar punción lumbar para descartar infección del sistema nervioso central.
- B. Dada la repetición de episodios es necesario realizar un vídeo-electroencefalograma (vEEG).
- C. Dada la repetición de episodios, interconsulta a Neuropediatría para valorar el inicio de fármacos antiepilepticos para prevenir la recurrencia de episodios.
- D. Dado que se trata de una crisis febril típica con exploración neurológica normal sin otros datos de alarma, alta a domicilio con recomendaciones.

Respuesta correcta D.

Crisis febril simple o típica. No está indicado ningún estudio complementario. La realización de vEEG no predice el pronóstico a largo plazo de recurrencia. El inicio de fármacos antiepilepticos no está indicado en ausencia de factores de riesgo asociados, ya que no previene el desarrollo de epilepsia posterior y los posibles efectos adversos superan los beneficios⁽⁴⁾.

CASO CLÍNICO 5

Lactante de 6 meses que acude a su pediatra de Atención Primaria a una revisión rutinaria. En la exploración llama la atención la presencia de hipotonía generalizada y debilidad. Se objetiva ausencia completa de sedestación y arreflexia. Contacto visual adecuado, sonríe, interactúa con nosotros, nos sigue con la mirada... La madre refiere que reconoce el biberón, reconoce caras conocidas, ríe a carcajadas, balbucea.

Señale la correcta:

- A. Dado que presenta un retraso motor con el resto de áreas del neurodesarrollo conservadas, citar revisión en 3 meses para ver evolución.
- B. Derivar a Atención Temprana para comenzar estimulación y fisioterapia.
- C. Dada la sospecha diagnóstica, derivar de forma preferente a Neropediatría además de inicio de Atención Temprana.
- D. Todas las respuestas son falsas.

Respuesta correcta C.

Atrofia muscular espinal (AME). Debe sospecharse ante un lactante con retraso del desarrollo psicomotor en área postural, hipotonía periférica con arreflexia y debilidad, con resto de áreas del neurodesarrollo conservadas. El inicio precoz del tratamiento médico marca el pronóstico de los pacientes por lo que su derivación a Neuropediatría para estudio es prioritaria⁽⁵⁾.

CASO CLÍNICO 6

Niño de 6 años que consulta en urgencias por debilidad progresiva de inicio hace 4 días. Inicia dolor en miembros inferiores con rechazo progresivo de la marcha. En las últimas 24 horas asocia también debilidad en miembros superiores. Refieren ausencia de clínica infecciosa en el momento actual pero antecedente de gastroenteritis aguda 3 semanas antes. En urgencias se objetiva FC 125 lpm, TA 117/65 mmHg, resto de constantes normales. Algo pálido. Glasgow 15/15. FIS normales. Pares craneales normales. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Arreflexia rotuliana y aquilea. Hiporreleflexia bicipital/tricipital. BM 3/5 en miembros inferiores, 4/5 en miembros superiores. Incapacidad para la marcha. Sensibilidad normal. No dismetría ni temblor. Meníngeos negativos. Exploración sistémica sin alteraciones.

Señale la correcta:

- A. Dada la sospecha diagnóstica y la clínica progresiva, ingreso hospitalario e inicio de tratamiento con gammaglobulinas intravenosas.
- B. Realizar punción lumbar y solicitar RM para completar estudio. Según hallazgos valorar inicio o no de tratamiento con gammaglobulinas.
- C. Dada la clínica compatible con encefalitis aguda iniciar aciclovir, realizar prueba de imagen previa punción lumbar y avisar a UCIP para vigilancia estrecha.
- D. Todas las respuestas son falsas.

Respuesta correcta A.

Síndrome de Guillain-Barré. El diagnóstico es clínico, los estudios complementarios ayudan a confirmarlo y descartar otras posibilidades en caso de dudas. Ante un cuadro muy sugestivo y con clínica progresiva, la realización de pruebas diagnósticas no debe retrasar el inicio del tratamiento con gammaglobulinas⁽⁶⁾.

CASO CLÍNICO 7

Acude a su consulta de Atención Primaria para la revisión del mes de vida un lactante alimentado con fórmula infantil.

Al comentar el inicio de la vacunación en la próxima revisión de los 2 meses, los padres refieren dudas acerca de si vacunar a su hijo o no. Comentan que siguen en una red social a un *influencer* que trata temas de salud con un enfoque “integral” y que ha hecho un vídeo explicando que las vacunas son peligrosas porque contienen metales como el aluminio, que es neurotóxico.

Señale la respuesta verdadera acerca del contenido de aluminio en las vacunas:

- A. El aluminio se utiliza como conservante en algunas vacunas, facilitando su distribución y almacenaje durante períodos más largos de tiempo.
- B. Las sales de aluminio son metabolizadas en el hígado y se eliminan por las heces, sin acumularse en cantidades significativas en personas sanas.
- C. Es probable que el lactante haya ingerido en este primer mes más aluminio con la alimentación que el que recibirá en total con todas las vacunas del primer año.
- D. Hay evidencia sólida que relaciona el aluminio de las vacunas con el desarrollo de Alzheimer, pero no con los trastornos del espectro autista en la infancia.

Respuesta correcta C.

El aluminio se emplea en forma de sales como adyuvante en algunas vacunas para mejorar la respuesta inmunitaria y se elimina por la orina sin acumularse en personas sanas. No existe evidencia científica que lo relacione con autismo ni con Alzheimer. La cantidad de aluminio que reciben los lactantes a través de la alimentación en los primeros meses de vida (0,04 y 0,2 mg por cada litro de leche materna y artificial, respectivamente), es mayor que la cantidad total administrada con todas las vacunas del primer año (0,125- 0,85 mg por dosis)⁽⁷⁾.

CASO CLÍNICO 8

Niño de 8 años, acude a Atención Primaria por fiebre y odinofagia de 48 horas de evolución, desde esta mañana refieren voz gangosa. A la exploración destaca hiperemia faríngea con enantema petequial, sin exudados; adenopatías cervicales bilaterales y exantema eritemato-rosado en tronco áspero al tacto. Test de diagnóstico rápido positivo para antígeno de *Streptococcus pyogenes*; se decide iniciar tratamiento con penicilina oral.

¿Cuándo podrá reincorporarse al colegio?

- A. Despues de 3 días de tratamiento antibiótico, aunque todavía tenga fiebre.

- B. Tan pronto como desaparezca el exantema, aunque no haya comenzado el tratamiento antibiótico.
- C. Despues de haber pasado la fiebre y haber recibido al menos 24 horas de tratamiento antibiótico.
- D. Cuando hayan transcurrido 2 semanas desde el inicio de los síntomas, independientemente del tratamiento.

Respuesta correcta C.

Escarlatina. Exclusión escolar hasta resolución de la fiebre y haber completado al menos un día de tratamiento antibiótico eficaz. El exantema puede persistir, aunque el riesgo de contagio haya disminuido⁽⁸⁾.

CASO CLÍNICO 9

Niña de 18 meses de edad cuya madre acaba de ser diagnosticada de enfermedad celíaca. La niña está asintomática y tiene una exploración normal con un crecimiento en p25 proporcionado. Le solicita una analítica en la que presenta: hemograma normal, bioquímica con función renal normal, ALT de 40 IU/L (VN 10-49), AST 50 IU/L (VN 20-67), GGT 10 U/L (VN 6-25), con bilirrubina total 1mg/dL, LDH 206 U/L (VN 120-246) y FA 1890 U/I (VN 144-400). Perfil férrico, calcio y fósforo normales. Vitamina D 26 ng/ml (20-50). IgA normal con Anticuerpos antitransglutaminasa IgA 1.03 (VN 0-5), con HLA DQ 2.5/DQ2.2.

Cuál sería tu actitud más adecuada:

- A. Solicitar ecografía abdominal urgente.
- B. Realizar seguimiento y solicito control analítico en 2-4 meses.
- C. Repetir la analítica al día siguiente para comprobar, ya que la elevación de la fosfatasa alcalina (FA) debe de ser un error de laboratorio.
- D. Tranquilizar a la familia y no programar más controles ya que es una hiperfosfatasemia transitoria de la infancia.

Respuesta correcta B.

Hiperfosfatasemia transitoria de la infancia. Entidad benigna y autolimitada relativamente frecuente en niños pequeños (prevalencia 2,8% en menores de 2 años), que cursa con elevación aislada de fosfatasa alcalina una media de 4 a 5 veces por encima del límite superior normal, sin enfermedad ósea o hepática asociadas. Requiere controles clínicos y analíticos para descartar afectación ósea y hepática y comprobar normalización de los valores de FA, habitualmente en 4-6 meses⁽⁹⁾.

CASO CLÍNICO 10

Niño de 12 años que consulta en Atención Primaria por dolor abdominal periumbilical de 4 meses de evolución. Refiere episodios de dolor durante 2-3 días con mejoría posterior y nuevo empeoramiento, sin un claro patrón temporal ni relación con alimentos o desencadenantes. Asocia deposiciones líquidas alternantes con otras normales, sin productos patológicos, coincidentes en general con los días en que presenta dolor. El dolor se alivia con la deposición y no le despierta por la noche. Refieren que ha podido perder 2 kg de peso y les impresiona que come menos. No antecedentes personales ni familiares relevantes salvo un abuelo con ulcer duodenal por *H. pylori* hace 1 año.

Cuál de las siguientes pruebas no solicitaría en este caso:

- A. Analítica con VSG.
- B. Calprotectina fecal.
- C. Serología de enfermedad celíaca.
- D. Antígeno de *Helicobacter pylori* en heces.

Respuesta correcta D.

Síndrome de intestino irritable. Indicado realizar estudios complementarios para descartar organicidad, principalmente enfermedad inflamatoria intestinal. No se recomienda la búsqueda ni el tratamiento de la infección por *H. pylori* en niños con dolor abdominal funcional o trastornos del eje intestino-cerebro. Tampoco indicado en pacientes asintomáticos con antecedentes familiares de úlcera gastroduodenal; únicamente se sugiere la búsqueda con test no invasivo en niños con antecedentes familiares de primer grado de cáncer gástrico⁽¹⁰⁾.

CASO CLÍNICO 11

Adolescente de 15 años que acude a Urgencias en ambulancia convencional por disminución del nivel de conciencia. Refiere la familia que al llegar al domicilio le han encontrado en su habitación somnolienta y con varios blísteres vacíos sobre la cama. Ha estado toda la tarde sola en casa y creen que ha tenido una discusión con su pareja. Seguimiento en Psiquiatría por trastorno ansioso, dispone de Noctamid (lor-metazepam) de rescate, no otros psicofármacos prescritos. En domicilio también disponen de analgésicos habituales, niegan posibilidad de otros fármacos. A su llegada a urgencias presenta un triángulo de evaluación pediátrica (TEP) inestable en apariencia (disfunción cerebral primaria): se encuentra muy somnolienta, responde a la llamada con apertura ocular, presenta respiración espontánea sin distrés y buen color.

Respecto al manejo inicial de esta paciente, ¿cuál es la opción más adecuada?

- A. Monitorización, estabilización inicial ABCDE, analítica completa con gasometría, tóxicos en orina y carbón activado vía oral.
- B. Monitorización, estabilización inicial ABCDE, analítica completa con gasometría, tóxicos en orina y, si se confirman benzodiacepinas, flumazenilo i.v.
- C. Monitorización, estabilización inicial ABCDE, glucemia capilar, analítica completa con gasometría, niveles de paracetamol en sangre y tóxicos en orina.
- D. Monitorización, estabilización inicial ABCDE, analítica completa con gasometría, tóxicos en orina y lavado gástrico.

Respuesta correcta C.

Intoxicación medicamentosa voluntaria. La descontaminación gástrica con carbón activado vía oral está indicada solo en paciente alerta sin riesgo de aspiración (o intubado con vía aérea protegida). El lavado gástrico es una técnica cada vez más restringida, debiendo considerarse de forma excepcional en intoxicaciones amenazantes para la vida cuando el carbón activado no está indicado o disponible. El flumazenilo tiene una relación riesgo-beneficio desfavorable al disminuir el umbral convulsivo, por lo que se limita su uso a pacientes con intoxicación única por benzodiacepinas con insuficiencia respiratoria o hemodinámica que no responda a medidas de soporte. La determinación de la glucemia capilar forma parte de la secuencia ABCDE de estabilización inicial. Está indicado descartar intoxicación por paracetamol en todas las intoxicaciones voluntarias/con fin suicida⁽¹¹⁾.

CASO CLÍNICO 12

Te encuentras viendo un partido de fútbol de niños de 10 años en un campo municipal. De forma súbita, uno de los jugadores pierde el conocimiento y cae al suelo. Piden ayuda de un sanitario. Hay un desfibrilador externo automático (DEA) en el campo. Acudes corriendo y encuentras al niño tendido en el campo, inconsciente sin respuesta a estímulo verbal y táctil. Abres vía aérea con maniobra frente-mentón y compruebas que el niño no respira.

¿Cuál de las siguientes opciones es verdadera?

- A. Tras realizar 5 ventilaciones de rescate debemos comprobar pulso antes de iniciar cardio-compresiones.
- B. Si somos 1 solo reanimador y hay un DEA fácilmente accesible, después de realizar las 5 ventilaciones de res-

cate debemos aplicar el DEA y llamar a los servicios de emergencia en modo altavoz simultáneamente.

- C. Si somos 2 reanimadores y hay un DEA fácilmente accesible, después de realizar 2 minutos de RCP debemos aplicar el DEA y llamar a los servicios de emergencia en modo altavoz simultáneamente.
- D. El uso de un DEA no debe alterar la realización de una RCP de calidad por lo que no debemos interrumpir las cardio-compresiones hasta el momento de administración de la descarga, incluido durante el análisis del ritmo.

Respuesta correcta B.

Reanimación cardiopulmonar básica. Tras las 5 insuflaciones de rescate, en ausencia de signos de vida (tos, movimientos, respiración normal) se deben iniciar cardio-compresiones, no considerándose fiable la palpación del pulso incluso por personal sanitario entrenado. Un único reanimador debe solicitar ayuda por teléfono en modo altavoz y aplicar un DEA tras las 5 ventilaciones de rescate en los casos en que sea muy alta la probabilidad de un ritmo desfibrilable (colapso súbito presenciado) y haya un DEA fácilmente accesible. Para minimizar las interrupciones, se aconseja mantener las maniobras de reanimación mientras se colocan los parches y hasta el momento de la descarga, debiendo detenerlas también durante el análisis del ritmo⁽¹²⁾.

CASO CLÍNICO 13

Acude a urgencias un niño de 8 años correctamente vacunado y sin antecedentes personales de interés por fiebre de 8 horas de evolución, sin otra clínica acompañante. En la exploración presenta TEP inestable en el lado circulatorio y la apariencia: shock descompensado. Se encuentra postrado, tendente al sueño. Palidez generalizada con relleno capilar 4 segundos, frialdad acra con gradiente térmico hasta tobillos y muñecas. ACP rítmica sin soplos, buena ventilación bilateral sin ruidos sobreañadidos. No signos de dificultad respiratoria. Menígeos negativos, no rigidez de nuca. No exantemas. ORL normal. Constantes: FC 180 lpm, FR 40 rpm, SatO₂ 96%, TA 100/60 mmHg, T^o 38,9°C.

Estás de guardia en un hospital comarcal a 1 hora de tu UCI-P de referencia, ¿qué opción es menos adecuada respecto al manejo inicial de este paciente?

- A. Presenta un shock descompensado y precisa oxígeno FiO₂ 100% y expansión de volumen.
- B. Se recomienda administración precoz de antibiótico empírico de amplio espectro en la 1^a hora, aunque no sea posible extraer hemocultivo.

- C. La expansión de volumen debe realizarse preferentemente con cristaloides balanceados a 10 cc/kg.
- D. Si tras administrar 40 cc/kg continúa en insuficiencia circulatoria, debemos activar traslado urgente a UCI-P de referencia y mantener fluidoterapia.

Respuesta correcta D.

Shock séptico. Paciente inestable y con datos de gravedad cuyo traslado a una UCI-P debe activarse de forma precoz. Si tras la estabilización inicial con expansión de volumen a 40 cc/kg el paciente continúa en insuficiencia circulatoria, está indicado comenzar tratamiento con drogas vasoactivas por vía periférica y mantener fluidoterapia durante el traslado⁽¹²⁾.

CASO CLÍNICO 14

Varón de 13 años, futbolista federado, que acude a consulta de Atención Primaria por alteración en un ECG realizado durante un reconocimiento deportivo. La familia acude muy preocupada porque no se le ha dado el “apto” para federarse esta temporada. Aporta el ECG del reconocimiento (figura 1).

¿Cuál es la orientación diagnóstica y actitud más adecuada en este caso?

- A. ECG normal. Ritmo sinusal, conducción normal, QRS estrecho con eje normal, bloqueo incompleto de rama

derecha (BIRDHH), repolarización normal. QTc: 410 ms. El paciente no presenta ninguna limitación para la práctica deportiva.

- B. ECG anormal: preexcitación tipo Wolff-Parkinson-White (WPW). Se aprecia preexcitación visible en cara inferior y lateral. Derivar a Cardiología para confirmación diagnóstica y contraindicar temporalmente la práctica deportiva hasta completar la valoración y estratificación del riesgo de la vía accesoria.
- C. ECG anormal, pero no patológico. Ritmo auricular bajo con PR corto (como resultado del propio foco de automatismo), sin preexcitación ventricular evidente. La imagen observada en cara inferior es el “espejo” del BIRDHH. Una ergometría podría ser útil para valorar la conducción AV durante el ritmo sinusal.
- D. ECG anormal, pero no patológico. Ritmo sinusal con PR corto, sin evidencia de preexcitación ventricular. En principio no requiere restricción deportiva, aunque si persisten dudas, podría completarse el estudio con una ergometría.

Respuesta correcta B.

Preexcitación tipo Wolff-Parkinson-White (WPW). Los deportistas con WPW tienen mayor riesgo de muerte súbita debido al alto impulso simpático observado durante el entrenamiento, por lo que se recomienda restringir la actividad deportiva hasta la estratificación del riesgo de la vía accesoria⁽¹³⁾.

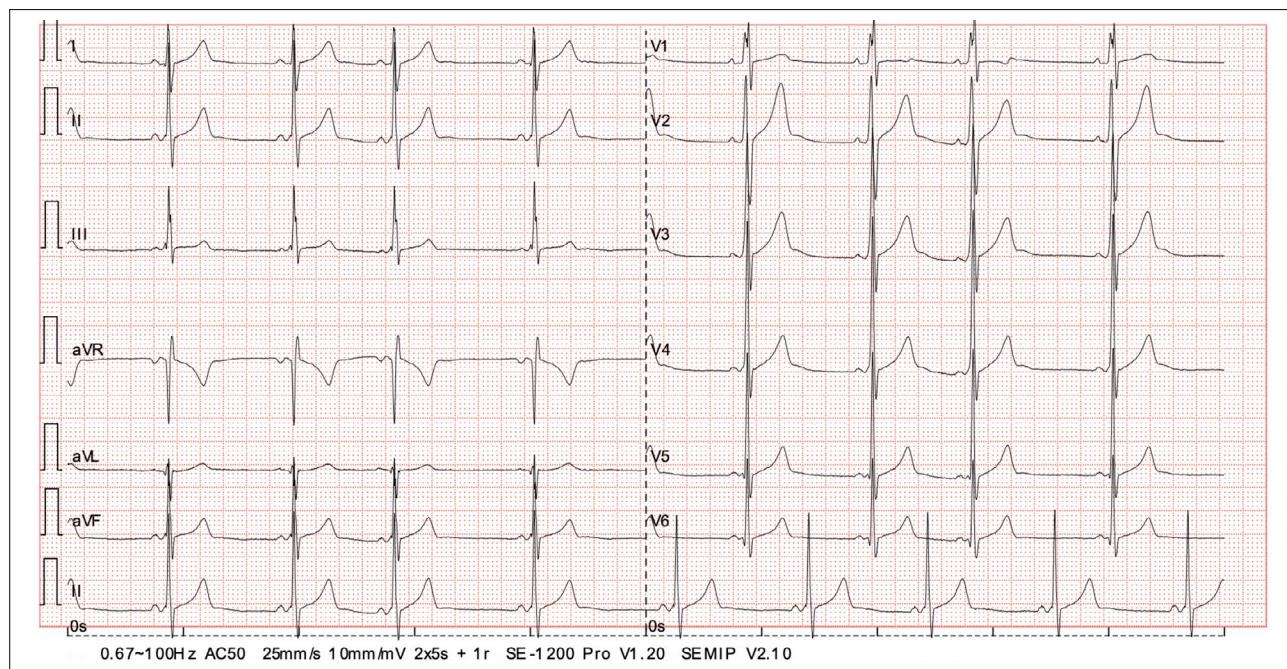


Figura 1. Caso 14.

CASO CLÍNICO 15

Niño de 2 años que consulta por dolor e inflamación progresiva en la cara lateral de la pierna izquierda desde hace 2-3 días, inicialmente presentaba una picadura de insecto. Asocia fiebre de inicio hace unas horas, máximo 38°C. A la exploración presenta lesión indurada de 4 cm, con enrojecimiento y calor, con pequeño punto central purulento, compatible con absceso cutáneo. Se realiza drenaje en la consulta, que es escaso, enviándose muestra para cultivo. Dado el drenaje incompleto, se pauta amoxicilina-clavulánico vía oral para domicilio. A las 48 horas se reevalúa, ha remitido la fiebre, pero la lesión está similar, no ha drenado más y no fluctúa. En el cultivo se aísula *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM).

¿Qué antibioterapia sería la más apropiada en este momento?

- A. Cefadroxilo vía oral.
- B. Linezolid vía oral.
- C. Trimetoprim-sulfametoaxazol vía oral.
- D. Clindamicina vía oral.

Respuesta correcta C.

Infección cutánea por SARM. El cefadroxilo, antibiótico de primera línea en infecciones cutáneas en nuestro medio, no es eficaz frente a SARM. El tratamiento oral de elección en este caso es la clindamicina y el trimetoprim/sulfametoaxazol, especialmente recomendado este último en niños pequeños dado que la clindamicina está disponible únicamente en cápsulas. El linezolid, útil frente a infecciones por SARM, no está aprobado en menores de 18 años y su uso “off label” se restringe al ámbito hospitalario para infecciones graves o complicadas⁽¹⁴⁾.

CASO CLÍNICO 16

Niño de 10 años que consulta por una mancha ovalada en el muslo derecho desde hace unos días, con punto central y borde eritematoso, que ha ido creciendo con aclaramiento de la zona central. Refiere picadura de garrapata en esa zona 2 semanas antes, que retiraron por completo. No fiebre ni otra clínica asociada.

¿Cuál es la actitud más apropiada?

- A. Impresiona celulitis tras la picadura por lo que pautaría cefadroxilo vía oral y reevaluaría en 48 horas.
- B. Impresiona de reacción alérgica a picadura, por lo que pautaría antihistamínico y una pomada de corticoide tópico.

- C. Con el antecedente de picadura de garrapata, podría ser eritema migratorio, extraería serología de *Borrelia* y trataría solo si serología positiva.
- D. Con el antecedente de picadura y las características de la lesión, parece eritema migratorio, no precisa extraer serología y trataría con doxiciclina 10 días.

Respuesta correcta D.

Eritema migratorio. Manifestación más típica y precoz de la enfermedad de Lyme. En esta fase precoz localizada el diagnóstico es clínico (lesión característica y antecedente epidemiológico), y se recomienda iniciar tratamiento antibiótico sin necesidad de confirmación microbiológica⁽¹⁵⁾.

CASO CLÍNICO 17

Acude a su consulta un niño de 10 años para control de salud rutinario, durante la exploración le hace una determinación de la tensión arterial.

¿En cuál de los siguientes supuestos sería necesario iniciar un tratamiento farmacológico además del no farmacológico?

- A. Paciente asmático y TAS en el percentil 80 para la edad, sexo y talla.
- B. Paciente con enfermedad tiroidea crónica y TAD en el percentil 75 para la edad, sexo y talla.
- C. Paciente sin enfermedades crónicas con una TAS en el percentil 93 para la edad, sexo y talla.
- D. Paciente con diabetes y TAD en el percentil 96 para la edad, sexo y talla.

Respuesta correcta D.

Hipertensión arterial (HTA). Tratamiento farmacológico indicado en pacientes con TAS o TAD superior al percentil 95 y uno o más de los siguientes: falta de respuesta al tratamiento no farmacológico, HTA secundaria, HTA sintomática, lesión en órgano diana, HTA 5 mmHg por encima del percentil 99, diabetes, dislipemia, enfermedad renal o crisis hipertensiva⁽¹⁶⁾.

CASO CLÍNICO 18

Acude a su consulta una niña de 20 meses por cuadro de fiebre de 24 horas de evolución sin otra sintomatología aparente. Ud. decide solicitarle un urocultivo de una orina que pudo recoger “al acecho”

¿Cuándo consideraría dicho urocultivo positivo?

- A. Si hay entre > 10.000 UFC/mL de un germen patógeno.
- B. Si hay entre 50.000-100.000 UFC/mL de un germen patógeno.
- C. Si hay más de 1.000 UFC/mL de germen patógeno.
- D. Si se realizó aseo previo adecuadamente, cualquier crecimiento es considerado positivo.

Respuesta correcta B.

En la última actualización de la Guía de Práctica Clínica española sobre infección urinaria se define como urocultivo positivo el aislamiento de 50.000-100.000 UFC/ml de un germen patógeno en chorro miccional medio limpio, siendo una alternativa válida en niños no continentales la obtención de orina mediante técnicas no invasivas bien realizadas como es la recogida “al acecho”, con indicadores de validez similares al chorro miccional limpio (grado recomendación: C). Además, se determina que es posible el diagnóstico con menor recuento bacteriano si los síntomas y el resto de los datos apoyan el diagnóstico⁽¹⁷⁾.

CASO CLÍNICO 19

Lactante mujer de 4 semanas de vida, pretérmino de 36 semanas, remitida a su consulta de AP por una mácula rosada congénita en la punta nasal sobre la que ha aparecido una lesión cutánea en forma de placa sobreelevada poco después de su nacimiento, compatible con un hemangioma infantil (HI). La lesión es de color rojo brillante, con bordes bien definidos, lobulada, de unos 10 mm de diámetro, y ha ido aumentando de tamaño desde su aparición, si bien no presenta cambios en la textura ni síntomas asociados como dolor, ulceración, infección o sangrado.

Con respecto a esta paciente señale la opción más adecuada:

- A. El factor más importante para decidir el manejo es el tamaño. Al tratarse de una lesión pequeña, podemos realizar seguimiento clínico y, en el caso de que no involucionase en los meses siguientes, derivar a consulta de Cirugía Pediátrica.
- B. Se localiza en la cara, por lo que debemos pedir estudios complementarios como ecocardiografía, valoración oftalmológica o angioRMN cerebral y cervical para descartar un síndrome PHACES.
- C. Solicitar consulta en Cirugía Pediátrica con carácter preferente para valorar tratamiento.

- D. Los HI nasales se caracterizan por deformación y defecto estético. Si no involucionan en el primer año, debe remitirse a consulta de Cirugía Pediátrica para tratamiento.

Respuesta correcta C.

Hemangioma infantil (HI). La mayoría tienden a involucionar espontáneamente. Sin embargo, algunos, por su localización y tamaño, pueden asociar alteraciones estructurales subyacentes, y complicarse a nivel local, provocando secuelas estéticas o comprometiendo órganos vitales. Los HI de gran tamaño o faciales tienen más riesgo de complicaciones, especialmente aquellos localizados en la punta de la nariz, a menudo asociados con peores resultados estéticos. Un síndrome PHACES debe descartarse en aquellos HI segmentarios faciales grandes. Cuando el tratamiento está indicado, se recomienda iniciar entre las 5 semanas y los 5 meses de vida, antes de que el crecimiento de la lesión se complete, por lo que la derivación debe ser preferente⁽¹⁸⁾.

CASO CLÍNICO 20

Lactante de 6 meses de vida, a término, que en el control de salud se objetiva ausencia de testículo derecho en la bolsa escrotal con testículo contralateral normal.

En relación a la patología del paciente señale el enunciado incorrecto:

- A. En el caso de que el testículo derecho se llegase a palpar fuera de la bolsa escrotal no es necesaria ninguna prueba de imagen complementaria.
- B. El tratamiento de elección en el testículo no descendido congénito es la realización de una orquidopexia precoz con descenso y fijación testicular al escroto, preferiblemente antes del año de edad.
- C. En el caso de que no se palpe el testículo derecho en ninguna región anatómica está indicada la exploración quirúrgica por lo que la realización de una ecografía abdominal no es mandatoria.
- D. Está indicado el tratamiento hormonal con GnRH para inducir el descenso testicular en caso de que el testículo derecho sea palpable fuera de la bolsa escrotal.

Respuesta correcta D.

Criotorquidia. El tratamiento de elección es la orquidopexia preferiblemente antes del año de vida. En caso de teste no palpable, la exploración quirúrgica siempre está indicada por lo que no es imprescindible realizar ecografía ecografía

abdominal-pélvica, estando recomendada en caso de sospecha de alteraciones del desarrollo sexual, malformaciones de genitales internos, etc. El tratamiento hormonal no interviene sobre el descenso testicular, pero es defendido por algunos autores como tratamiento asociado a la orquidopexia para mejorar la fertilidad futura. Las guías Europeas de Urología Pediátrica contemplan el tratamiento hormonal con GnRh en pacientes con criotorquidia bilateral (nivel de evidencia 4, no resultados concluyentes al respecto)⁽¹⁹⁾.

CASO CLÍNICO 21

Acuden a su consulta 4 lactantes con patología quirúrgica electiva de diferentes características, ¿en cuál de ellos cree que está indicada una intervención quirúrgica más precoz?

- A. Una lactante que presenta una hernia umbilical.
- B. Un lactante que presenta un pectus excavatum.
- C. Un lactante con una hernia inguinal reductible.
- D. Un lactante con un hipospadias.

Respuesta correcta C.

La hernia umbilical tiende a la resolución espontánea y solo se interviene si persiste a partir de los 4 años. La corrección quirúrgica del pectus excavatum se realiza, si está indicada, en la adolescencia. La cirugía del hipospadias se recomienda entre los 6 y 12 meses, previo al control miccional. La indicación quirúrgica de la hernia inguinal se establece en el momento del diagnóstico⁽²⁰⁾.

CASO CLÍNICO 22

Niña de 12 años que consulta por bocio no doloroso. Refiere además taquicardia e insomnio en las últimas dos semanas. En la analítica presenta TSH 0,02 mU/ml (0,5-4,5), T4L 2,8 ng/dl (0,9-1,8), con anticuerpos antiTPO positivos y anti-receptor TSH negativos.

¿Qué actitud le parece más adecuada?

- A. La analítica es compatible con hipertiroidismo, lo más apropiado es iniciar tratamiento con metimazol.
- B. El diagnóstico es enfermedad de Graves, el tratamiento de momento es expectante.
- C. El cuadro es compatible con “hashitoxicosis” en el contexto de una tiroiditis de Hashimoto, dado que esta fase suele ser transitoria, el manejo inicial es sintomático, con betabloqueantes.

- D. El cuadro es compatible con tiroiditis de Hashimoto, lo más adecuado es iniciar tratamiento con levotiroxina.

Respuesta correcta C.

Tiroiditis de Hashimoto, fase de tirotoxicosis. Suele ser transitoria y de corta duración por lo que se recomienda solo tratamiento sintomático con betabloqueantes⁽²¹⁾.

CASO CLÍNICO 23

Neonato de 9 días de vida, sin antecedentes de interés, que presenta en la prueba del cribado neonatal una TSH de 80 mcU/ml. Clínicamente asintomático.

¿Cuál es la opción más correcta?

- A. Inicio de tratamiento con levotiroxina 10-15 µg/kg y control analítico en 2 semanas.
- B. Realizar extracción sanguínea para determinar los valores de TSH y T4L y según los resultados iniciar tratamiento con levotiroxina.
- C. Realizar extracción sanguínea para determinar los valores de TSH y T4L, solicitar gammagrafía e iniciar el tratamiento con levotiroxina de forma inmediata, aunque aún no se haya hecho la gammagrafía.
- D. Dado que está asintomático realizar analítica de confirmación y ecografía tiroidea y esperar a los resultados antes de iniciar tratamiento.

Respuesta correcta C.

Hipotiroidismo en cribado neonatal. Debe confirmarse en sangre venosa e iniciar tratamiento con levotiroxina lo antes posible. La gammagrafía tiroidea, prueba de imagen fundamental para el diagnóstico etiológico, debe realizarse en los primeros 7 días tras el inicio del tratamiento sustitutivo o antes de este, pero nunca debe retrasarlo⁽²²⁾.

CASO CLÍNICO 24

En relación a un paciente asmático de 13 años con un asma no controlado a pesar de tratamiento con 400 µg de budesonida inhalada diaria, señale el enunciado correcto:

- A. Aumentaría la dosis de corticoides inhalados a budesonida 800 µg diarios.
- B. Mantendría la dosis de 400 µg de budesonida diarios y añadiría montelukast 5 mg.

- C. Mantendría la dosis de bioequivalente de corticoides inhalados y añadiría formoterol o salmeterol.
- D. Añadiría bromuro de tiotropio 5 mg diarios a la dosis de 400 µg de budesonida inhalada.

Respuesta correcta C.

La dosis de corticoides inhalados recibida por el paciente es baja y no presenta un buen control de la enfermedad. En mayores de 12 años la opción recomendada como primera opción en el escalón terapéutico 3 es administrar un corticóide inhalado a dosis bajas asociado a un beta-2 agonista de acción prolongada⁽²³⁾.

CASO CLÍNICO 25

Niño de 8 años con reacción consistente en aparición de urticaria junto con sibilancias y rinorrea tras ingesta de cacahuete.

Con respecto al tratamiento de la entidad que presenta este paciente, señale el enunciado correcto:

- A. El primer tratamiento a administrar es salbutamol inhalado 6 puff mediante cámara espaciadora.
- B. Se debe administrar adrenalina intramuscular en la cara anterolateral del muslo a dosis de 0,01 mg/kg.
- C. Con la administración de antihistamínicos orales o parenterales suele ser suficiente para tratar este tipo de reacciones.
- D. Se debe administrar metilprednisolona i.m. o i.v. a dosis de 1-2 mg/kg como primera opción.

Respuesta correcta B.

Anafilaxia. El tratamiento de elección es la adrenalina intramuscular. El salbutamol puede ser administrado para revertir el broncoespasmo. Los antihistamínicos y los corticoides son fármacos de tercera línea, insuficientes para el tratamiento de la anafilaxia, que mejoran especialmente los síntomas cutáneos y pueden tener un potencial teórico para prevenir reacciones bifásicas o prolongadas⁽²⁴⁾.

CASO CLÍNICO 26

Familia integrada por tres hermanos cada uno alérgico a un alimento diferente: huevo, leche de vaca (APLV) y pescados respectivamente. La madre pregunta dudas a cerca de cada una de las alergias de sus hijos.

Cuál de los siguientes consejos de alimentación que plantea Ud. como pediatra le parece correcto:

- A. El niño alérgico al huevo, si lo es solo al ovomucoide, puede ingerir habitualmente el huevo procesado.
- B. El niño alérgico a pescados debe evitar la ingesta de crustáceos ante muy probable reacción cruzada.
- C. En el caso del niño alérgico a proteínas de leche de vaca, es necesario eliminar sistemáticamente las proteínas de leche de vaca de la dieta materna.
- D. El niño alérgico a proteínas de leche de vaca habitualmente puede mantener la ingesta de ternera.

Respuesta correcta D.

La reacción cruzada con la carne de ternera secundaria a la albúmina sérica bovina en niños con APLV es poco frecuente, por lo que no se debe retirar dicho alimento de forma sistemática. Tampoco debe retirarse la proteína de leche de vaca de la dieta materna en caso de buena tolerancia. La alergia a pescados y mariscos está mediada por diferentes proteínas, por lo que no existe reacción cruzada entre ellas. La ovoalbúmina es una proteína termolábil por lo que, los pacientes con este tipo de alergia al huevo, habitualmente toleran el huevo procesado⁽²⁵⁾.

CASO CLÍNICO 27

Niño de 3 años en la actualidad, que en época de lactante fue diagnosticado de alergia a proteínas de leche de vaca por aparición de exantema urticarial a los pocos minutos de la ingesta de un biberón de fórmula. En relación al diagnóstico de la alergia alimentaria en este paciente señale el enunciado incorrecto:

- A. Un resultado positivo de *prick test* o IgE específica en la actualidad equivale a decir que el niño es alérgico.
- B. Se debe utilizar una lanceta para cada alérgeno de la leche de vaca testado en el caso de realizar *prick test*.
- C. La determinación de IgG específicas a leche de vaca y sus fracciones no indica causalidad y solo indica que el niño se ha expuesto a dicho alimento.
- D. En el caso de recibir corticoides orales durante los 3 días previos se puede realizar igualmente el *prick test*.

Respuesta correcta A.

La positividad de una prueba *in vivo* o *in vitro* tan solo evidencia sensibilización a un alérgeno, no alergia al mismo, esta vendrá dada por el correlato clínico asociado⁽²⁶⁾.

CASO CLÍNICO 28

Neonato de 15 días de vida que acude a Urgencias por irritabilidad en las últimas horas con rechazo parcial de las tomas y sensación de dificultad respiratoria. Se trata de un recién nacido a término de peso adecuado para la edad gestacional (EG 39 sem., 3.800 g). No antecedentes de interés durante el embarazo ni en periodo neonatal. A la exploración inicial presenta polipnea con tiraje subcostal e irritabilidad, auscultación sin ruidos sobreañadidos. Buena coloración y pulsos palpables en las 4 extremidades. Las constantes a su llegada son: T^o 36,9°C, FR 70 rpm, SatO₂ 97%, FC 246 lpm y TA 70/35 mmHg (TAM 48) (figura 2).



Figura 2. Caso 28.

¿Cuál es la actuación más correcta?

- A. Presenta un TEP alterado con insuficiencia respiratoria. Administraría oxigenoterapia y adrenalina nebulizada.
- B. Administraría oxigenoterapia, canalizaría una vía periférica con extracción de hemograma, bioquímica y hemo-cultivo e iniciaría antibioterapia empírica con ampicilina y gentamicina i.v.
- C. Verificaría permeabilidad de la vía aérea, administraría oxigenoterapia, realizaría tira de ritmo de ECG, monitorizaría TA, canalizaría una vía venosa periférica y administraría adenosina i.v.
- D. Verificaría permeabilidad de la vía aérea, administraría oxigenoterapia, realizaría tira de ritmo de ECG, monitorizaría TA, canalizaría una vía venosa periférica y probaría a realizar maniobras vagales.

Respuesta correcta D.

Taquicardia supraventricular. En paciente hemodinámicamente estable se deben realizar maniobras vagales

manteniendo monitorización estrecha y un acceso venoso disponible. Si estas fracasan, el tratamiento de elección es adenosina i.v.⁽¹²⁾.

CASO CLÍNICO 29

Aviso desde paritorio de un hospital de III nivel por un parto con presencia de líquido meconial. Se trata de un recién nacido a término de 40 semanas de gestación, con controles del embarazo normales, en el que se realiza una inducción por rotura prematura de membranas de más de 20 horas de evolución. Profilaxis antibiótica con ampicilina. EGB negativo. RCTG satisfactorio al inicio de la inducción, pero último tramo con deceleraciones durante el expulsivo. Nace varón sin esfuerzo respiratorio, cianótico, tono disminuido, FC > 100 lpm. Se coloca en cuna térmica, se seca y se estimula. Se aspiran secreciones meconiales orofaríngeas y se inicia VPPI (PIP 25, PEEP 5, FiO₂ 0,21) hasta los 3 minutos de vida que inicia esfuerzo respiratorio eficaz. Precisa soporte con CPAP (PEEP 5, FiO₂ 0,3) hasta los 10 minutos de vida en que presenta coloración rosada, FC 150 lpm, SatO₂ 96%, sin distrés, reactivo. Apgar 5/7/10. pH cordón 6,99, EB -16 mmol/L.

Señale la actitud a seguir más correcta:

- A. Ingreso en Unidad Neonatal para continuar soporte con CPAP y realizar radiografía de tórax, ya que se trata de un síndrome de aspiración meconial.
- B. Piel con piel con la madre. Se trata de una sospecha de pérdida de bienestar fetal con Apgar > 5 a los 5 minutos con recuperación adecuada que no precisa soporte respiratorio y puede irse a la planta de Maternidad.
- C. Ingreso en Unidad Neonatal, apagar fuente de calor en paritorio, colocar monitor de función cerebral, realizar exploración neurológica seriada y mantener vigilancia estrecha, ya que se trata de una pérdida de bienestar fetal.
- D. Ingreso en Unidad Neonatal, colocar monitor de función cerebral e iniciar hipotermia activa, ya que se trata de una encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) y es necesario iniciar la hipotermia lo antes posible para mejorar el pronóstico neurológico.

Respuesta correcta C.

Pérdida de bienestar fetal (PBF). Antecedente de estado fetal no tranquilizador en la monitorización fetal (líquido meconial y deceleraciones) y estado perinatal alterado (pH cordón ≤ 7 y EB ≤ 16), a pesar de presentar Apgar > 5 a los

5 minutos de vida y no haber precisado reanimación avanzada. La PBF no se considera en sí misma diagnóstico de EHI, pero sí implica un mayor riesgo, por lo que el paciente es candidato a neuroprotección con hipotermia pasiva desde paritorio y vigilancia neurológica estrecha. Esta puede realizarse mediante la escala de García-Álix, que incluye exploración neurológica seriada y registro electroencefálico del monitor de función cerebral⁽²⁷⁾.

CASO CLÍNICO 30

Entre las siguientes exploraciones del recién nacido, señale aquella condición que requiera estudios complementarios por ser potencialmente patológica:

- A. Ingurgitación mamaria bilateral, de consistencia fluctuante, dolorosa a la palpación con eritema y secreción láctea.
- B. Mechón de cabello blanco.
- C. Presencia de pequeñas pústulas superficiales que se rompen con facilidad, dejando un collarete de escama fina y máculas hiperpigmentadas, en tórax nuca y región lumbar.
- D. Presencia en genitales femeninos de una formación poliposa de superficie lisa, color carnoso y consistencia blanda en zona de labios menores.

Respuesta correcta B.

La presencia de un mechón de pelo blanco o gris al nacimiento puede presentarse de forma aislada con carácter benigno, conocido como poliosis, pero también puede formar parte de síndromes congénitos, como el síndrome de Waardenburg o el piebaldismo. Por ello, precisa exploración física detallada y estudios complementarios. La intumescencia mamaria neonatal, la pustulosis neonatal benigna y el “tag himeneal”, son entidades benignas en el recién nacido que no requieren ningún manejo específico⁽²⁸⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aganzo López FJ, Allué Blasco JL, Arbués Espinosa P, González Borrego A, Orries Mestres L, Vela Florensa F. Escabiosis: guía de consenso. Madrid: SEFAC; 2023.
2. Pereira da Silva Neto M, Rodovalho de Assis B, Rodrigues Andrade G. Sebaceous nevus of Jadassohn: review and clinical-surgical approach. An Bras Dermatol. 2022; 97(5): 628-36.
3. Mosquera Angarita JM. Artritis idiopática juvenil sistémica. Protoc diagn ter pediatr. 2020; 2: 61-75.
4. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on febrile seizures. Clinical practice guidelines febrile seizures: guideline for the neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. Pediatrics. 2011; 127: 389-94.
5. Darras BT, Markowitz JA, Monani UR, De Vivo DC. Spinal muscular atrophies. En: Darras BT, Jones HR Jr, Ryan MM, De Vivo DC. Neuromuscular disorders of infancy, childhood and adolescence. A Clinician's approach. Second Edition. London: Elsevier; 2015.
6. Korinthenberg R, Trollmann R, Felderhoff-Müser U, G Bernet, A Hackenberg, M Hufnagel et al. Diagnosis and treatment of Guillain-Barré Syndrome in childhood and adolescence: An evidence- and consensus-based guideline. Eur J Paediatr Neurol. 2020; 25: 5-16.
7. Mitkus RJ, King DB, Hess MA, Forshee RA, Walderhaug MO. Updated aluminum pharmacokinetics following infant exposures through diet and vaccination. Vaccine. 2011; 29(51): 9538-43.
8. Del Pozo Menéndez B, Villamoar Martín R. Escarlatina (v.3/2025). Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. Consultado el 28-09-2025. Disponible en <http://www.guia-abe.es>.
9. Ortega Páez E, García Puga JM. Hiperosfatasemia transitoria benigna de la infancia. Form Act Pediatr Aten Prim. 2012; 5; 91-5.
10. Homan M, Jones NL, Bontems P, Carroll MW, Czinn SJ, Gold BD, Goodman K, et al; on behalf of ESPGHAN/NASPGHAN. Updated joint ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for management of Helicobacter pylori infection in children and adolescents (2023). J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2024; 79(3): 758-85.
11. Martínez Sánchez L, Mintegi Raso S. Intoxicaciones. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). 4ª ed. 2024.
12. Van de Voorde P, Turner NM, Djakow J, de Lucas N, Martinez-Mejías A, Biarent D, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric life support. Resuscitation. 2021; 161: 327-87.
13. Manonelles Maqueta P, Luengo Fernández E, Franco Bonafonte L, Álvarez Garrido H, Archanco Olcese M, Arnaudas C, et al. Contraindicaciones para la práctica deportiva. Documento de Consenso de la Sociedad Española de Medicina del Deporte (SEMED). Versión 2023. Arch Med Deporte. 2023; 40(5): 1-32.
14. Marín Cruz I, Carrasco Colom J. Infecciones de piel y partes blandas. Protoc diagn ter pediatr. 2023; 2: 271-83.
15. Guillén Martín S, Callejas Caballero I, Oteo Revuelta JA. Enfermedades transmitidas por garrapatas. Protoc diagn ter pediatr. 2023; 2: 421-39.
16. De la Cerda Ojeda F, Herrero Hernando C. Hipertensión arterial en niños y adolescentes. Protoc diagn ter pediatr. 2022; 1: 195-218.
17. González Rodríguez JD, Fraga Rodríguez GM, García Vera CJ, Gómez Fraile A, Martín Sánchez JI, Mengual Gil JM, et al; Working Group to update the Clinical Practice Guideline on Urinary Tract Infection in the Pediatric Population. Update of the Spanish clinical practice guideline for urinary tract infec-

- tion in infants and children. Summary of recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2024; 101(2): 132-44.
18. Baselga E, Bernabeu-Wittel J, Betlloch Mas I, Campos Domínguez M, Carrasco Sanz A, Del Boz J, et al. Update of the Spanish Consensus Document on Infantile Hemangioma. *Actas Dermosifiliogr*. 2025; 116(8): 837-48.
19. Radmayr C, Bogaert G, Burgu B, Dogan HS, Nijman JM, Quaeckers J, et al. EAU Guidelines on Paediatric Urology. European Association of Urology. 2022. Disponible en: <https://uroweb.org/guidelines/paediatric-urology>.
20. Souto Romero H, Rico Espiñeira C, Espinosa Góngora R. Cirugía programada: calendario quirúrgico. *Pediatr Integral*. 2024; XXVIII(6): 400-5.
21. Radetti G. Clinical aspects of Hashimoto's thyroiditis. *Endocr Dev*. 2014; 26: 158-70.
22. Van Trotsenburg P, Stoupa A, Léger J, Rohrer T, Peters C, Fugazzola L, et al. Congenital Hypothyroidism: A 2020-2021 Consensus Guidelines Update. An ENDO-European Reference Network Initiative Endorsed by the European Society for Pediatric Endocrinology and the European Society for Endocrinology. *Thyroid*. 2021; 31: 387-419.
23. Guía Española para el Manejo del Asma 2025 (GEMA 5.4) [en línea] [consultado el 20/08/2025]. Disponible en: www.gemasma.com
24. Muraro A, Worm M, Alviani C, Cardona V, DunnGalvin A, Garvey LH, et al. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). *Allergy*. 2022; 77: 357-77.
25. Valdesoirio Navarrete L, Boné Calvo J, Plaza Martín AM. Alergia IgE mediada a proteínas de leche de vaca. *Protoc diagn ter pediatr*. 2019; 2: 207-15.
26. Del Olmo de la Lama MR, Torres Borrego J, Canals Candela FJ, Garde JM. Pruebas diagnósticas en alergología pediátrica ¿Cómo valorarlas? *Protoc diagn ter pediatr*. 2019; 2: 17-34.
27. García-Alix A, Arnáez J, Herranz-Rubia N, Alarcón A, Arca G, Valverde E, et al; Grupo Cerebro Neonatal. Ten years since the introduction of therapeutic hypothermia in neonates with perinatal hypoxic-ischaemic encephalopathy in Spain. *Neurologia (Engl Ed)*. 2020; 25: S0213-4853(20)30227-9.
28. Rangu SA, Oza VS. Poliosis, hair pigment dilution and premature graying of the hair: A diagnostic approach in pediatric patients and review of the literature. *Pediatr Dermatol*. 2024; 41(2): 197-203.

Comunicaciones Orales

Viernes 14 de noviembre • Aula 1
Genética y Neonatología

Alteraciones opuestas en el locus 16p13.11: variabilidad fenotípica en dos pacientes pediátricos. *Ornia Fernández C, Hedrera Fernández A, Blanco Lago R, Álvarez Martínez MV, Martínez García C, Rodríguez-Noriega Béjar L, Cabeza Antuña A, Málaga Dieguez I.* Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Las alteraciones en el locus cromosómico 16p13.11 (microdeleciones y microduplicaciones) constituyen una causa significativa de trastornos del neurodesarrollo en la edad pediátrica. Esta región contiene genes sensibles a la dosis, como *NDE1* y *MIR484*. El espectro clínico asociado, que incluye trastorno del espectro autista (TEA), retraso psicomotor y dismorfias, presenta expresividad variable y penetrancia incompleta, requiriendo una evaluación clínica y genética integrada. Nuestro objetivo es describir dos casos pediátricos con CNVs recíprocas en este locus para ilustrar la divergencia de los fenotipos neurológicos.

Casos clínicos. Caso 1 (duplicación *de novo*): varón, 6 años, con microduplicación 16p13.11. Presenta TEA nivel 2, con marcada afectación del lenguaje expresivo e insomnio. El array-CGH confirmó la duplicación de *NDE1*, *MYH11*, *ABCC1* y *MIR484*.

Caso 2 (deleción heredada): lactante con microdeleción 16p13.11-p12.3. Cursa con retraso psicomotor global, microcefalia y dismorfias. El CGH-array identificó la deleción de *NDE1*, *XYLT1*, *ABCC6* y otros genes. La madre es portadora asintomática.

Comentarios. Las duplicaciones se asocian principalmente con trastornos del espectro autista y alteraciones conductuales, mientras que las deleciones se asocian a retraso global y microcefalia. Esta divergencia clínica, según el tipo de CNV, subraya la importancia de considerar las alteraciones del 16p13.11 en el diagnóstico etiológico de los trastornos del neurodesarrollo. Además, la variabilidad de la herencia y la penetrancia hacen necesario un estudio familiar detallado para el correcto asesoramiento genético.

Caracterización clínico-genética de una serie de pacientes con variantes en la región SHOX-PAR1. *Blanco Rodríguez P, Paíno Román M, González Fernández I, Cebrián Soria P, García Sánchez M, Criado Muriel MC, Marcos Vadillo E, Arroyo Ruiz R.* Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Objetivos. Caracterizar clínica y auxológicamente una cohorte de pacientes con variantes en el gen *SHOX*.

Material y métodos. Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en una unidad de diagnóstico de enfermedades raras en un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables demográficas, radiológicas y auxológicas. El análisis estadístico comparó las variables clínico-radiológicas en función de la variante genética. Se aplicó prueba de Shapiro-Wilk por grupo; si ambos cumplían normalidad se empleó la prueba t de Student, en caso contrario Mann-Whitney U.

Resultados. Se encontraron 19 pacientes con variantes de *SHOX*, 63,16% mujeres y 36,84% varones. La media de la talla al diagnóstico fue $-1,78 \pm 0,87$ DE, del peso $-0,67 \pm 1,03$ DE y talla diana $-1,26 \pm 0,73$ DE. En cuanto a las proporciones corporales resalta una media de relación

envergadura/talla de $0,90 \pm 0,06$, y de relación TS/T de $0,53 \pm 0,03$. La causa genética más observada fue la delección (63,1%), seguida de la duplicación (31,57%). El peso y la relación TS/T es menor en los pacientes con duplicaciones en *SHOX* respecto a los pacientes con delecciones. Solo un 52,6% de los pacientes presentaban alguna alteración radiológica.

Conclusiones. Las variantes del gen *SHOX* asocian una gran variabilidad fenotípica, siendo especialmente interesantes la relación TS/T y envergadura/talla. Aunque estos pacientes suelen presentar alteraciones radiológicas características, su ausencia no descarta la sospecha de alteración en *SHOX*. De aquí la importancia de realizar estudio genético en tallas bajas donde los estudios iniciales no muestran causas que las expliquen.

Correlaciones genotipo-fenotipo y avances en el diagnóstico genético del síndrome de Marfan. *Paíno Román M, Domínguez Sevillano B, Castaño Zarza PJ, Izquierdo García I, García Sánchez M, Cebrián Soria P, Heredero Jung DH, Arroyo Ruiz R.* Hospital Universitario de Salamanca.

Objetivos. Caracterizar clínicamente una cohorte de pacientes con síndrome de Marfan en una unidad de referencia de diagnóstico genético y valorar la rentabilidad diagnóstica de la secuenciación completa del exoma y genoma en función de los criterios clínicos.

Material y métodos. Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo. Se seleccionaron pacientes derivados en los últimos 7 años por sospecha de síndrome de Marfan a una unidad de tercer nivel para estudio genético. Se recogieron variables clínicas, antropométricas, genéticas y se calculó el Score sistémico de Marfan para todos los pacientes.

Resultados. Se encontraron 30 pacientes en este periodo, con edad media de $13,30 \pm 5,6$ años. El criterio clínico más repetido en las derivaciones era el hábito marfanoide (76,7%), seguido de hiperlaxitud (66,7%) y malformaciones torácicas (43,3%). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre Score sistémico de Marfan > 5 y estudio genético positivo ($p < 0,05$). Doce pacientes presentaron una variante patogénica en *FBN1*: 58% *missense*, 25% *splicing*, el resto intrónicas y *frameshift*. Las variantes de *splicing* se localizaron en el *hot spot* entre exón 46-50 y región C-terminal.

Conclusiones. Una adecuada caracterización fenotípica (p.e. score sistémico de Marfan) permite estimar la probabilidad pre-test de síndrome de Marfan y optimiza la selección de pacientes para pruebas genéticas. La identificación del tipo y localización de la variante *FBN1* aporta valor pronóstico para complicaciones esqueléticas, oculares y cardiovasculares, optimizando el manejo clínico y el consejo genético en el síndrome de Marfan.

Craneosinostosis: diagnóstico, manejo y complicaciones. Experiencia en un hospital de tercer nivel en los últimos once años. *Muñoz Hernández MB, Menéndez Iglesias P, Villa Álvarez M, García Guilabert MDC, Suárez Abella M, González Sánchez S, González López C, Rubio Granda A, Solís Sánchez G.* Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivo. La craneosinostosis es una anomalía congénita habitualmente idiopática, que consiste en la fusión prematura de una o varias suturas craneales. Puede asociar otras malformaciones y trastornos del neurodesarrollo. El objetivo de este estudio es describir las manifestaciones clínicas y morfológicas, alteraciones genéticas y manejo de estos pacientes.

Material y métodos. Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, incluyendo pacientes diagnosticados de craneosinostosis en un periodo de once años en un hospital de tercer nivel.

Resultados. Se incluyeron 22 pacientes (77,3% varones). La mediana de edad al diagnóstico radiológico fue de 73,1 días (RIC: 33,3-132,9). El 81,8% de los casos presentaron cierre de una única suture y el 18,2% tuvieron afectación múltiple. Las suturas más frecuentemente implicadas fueron la sagital (54,5%) y la metópica (31,8%). Se realizó estudio genético en trece pacientes, de los cuales doce no presentaron alteraciones detectables y uno fue diagnosticado con síndrome de Crouzon. Cinco pacientes asociaron trastornos del neurodesarrollo, uno hipoacusia neurosensorial, cuatro malformaciones urinarias y uno malformación anorrectal. El 95,5% de los pacientes precisaron intervención quirúrgica, con una mediana de edad de 4,8 meses (RIC: 3,7-8). El 66,7% de ellos precisaron tratamiento con ortesis tras la cirugía (mediana de duración 7 meses, RIC: 4,5-11).

Conclusiones. La craneosinostosis es una malformación congénita que puede asociarse a complicaciones neurológicas y otras alteraciones morfológicas. La sutura más frecuentemente afectada es la sagital. Una exploración física detallada es crucial para favorecer un diagnóstico temprano y abordaje terapéutico oportuno, que habitualmente incluye tratamiento quirúrgico y uso de ortesis.

Cuatro pacientes y un gen. *Romero Del Hombrebueno Gómez Del Pulgar Y, García González I, Mate Real A, Fernández Herrera M, Castanedo Ruiz I, Uribe Reina M, Fernández González S, Bahillo Curiezes M.* Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La talla baja es un motivo frecuente de consulta en endocrinología pediátrica. Las nuevas pruebas

genéticas permiten identificar determinantes genéticos implicados en este diagnóstico, incluidos los menos frecuentes.

Casos clínicos. Se presentan 4 pacientes, 2 mujeres y 2 varones, con seguimiento en consulta de endocrinología pediátrica por hipocrecimiento. Todos ellos habían presentado longitud adecuada a edad gestacional al nacimiento presentando una deceleración del crecimiento en la etapa postnatal. La mediana de edad en el momento de la primera valoración en consulta especializada para valoración del crecimiento fue de 7 años y la mediana de DE de talla -2,10 DE. 3 de ellos presentaban tallas bajas familiares. Todos los pacientes presentaban hipocrecimiento disarmonizado. Entre las pruebas complementarias solicitadas a estos pacientes se incluía un estudio genético con cariotipo normal en las niñas, estudio de gen *SHOX* y *PART* sin hallazgos y coincidían en ser portadores de variantes probablemente patogénicas en secuencias del gen *NPR2*. Tres de ellos, previa aceptación del Comité de GH, se encuentran en tratamiento con rGH con evolución favorable en la velocidad de crecimiento y DE de talla.

Comentarios. El gen *NPR2* codifica el receptor B del péptido natriurético desempeñando, por su participación en la vía de señalización de dicho péptido, un papel fundamental en el crecimiento óseo y regulando la osificación endocranial. Mutaciones en este gen se asocian con talla baja con una amplia variedad fenotípica que puede ser o no armónica y cursar con o sin displasias leves.

El camino del paciente con cuadro genético: de la sospecha al diagnóstico. *Cebrián Soria P, García Sánchez M, Martín Galán E, Izquierdo García I, Blanco Rodríguez P, Pérez Carbonero L, Prieto Matos P, Arroyo Ruiz R.* Hospital Universitario de Salamanca.

Objetivos. Describir el proceso diagnóstico previo al resultado genético en pacientes diagnosticados de enfermedades ultra-raras por una unidad de referencia regional (DiERCyL).

Material y métodos. Estudio observacional unicéntrico, retrospectivo y descriptivo en el que se han analizado 32 variables en 31 pacientes con enfermedades ultra-raras, correspondiente al 5% de los pacientes con enfermedades ultra-raras valorados por DiERCyL, seleccionados de forma aleatoria.

Resultados. La demora media desde la primera consulta con cualquier especialidad hasta el diagnóstico genético fue de $44,77 \pm 35,03$ meses, con una mediana de 34 meses. Durante este periodo, se realizaron $6,8 \pm 10,5$ pruebas complementarias y se concertaron $2,96 \pm 1,9$ consultas de especialidades. El tiempo medio desde la realización del estudio

genético hasta el diagnóstico definitivo de estos pacientes fue $15,8 \pm 13,94$ meses, con una mediana de 12,2 meses. El 81,25% fueron diagnosticados mediante secuenciación de exoma completo (WES). En el 9,3% de los casos encontramos hallazgos incidentales. Solamente el 29% de los pacientes estudiados acudieron a consulta de asesoramiento genético en DiERCyL. Tras el resultado genético, la media de consultas disminuyó en 1,17, sin diferencias estadísticas significativas ($p=0,06$).

Conclusiones. Las enfermedades ultra-raras ejercen un impacto crítico en la calidad de vida de los pacientes suponiendo un reto diagnóstico y asistencial. La itinerancia por múltiples consultas continúa siendo frecuente. La estandarización de circuitos asistenciales, la formación continuada y la derivación temprana a unidades de referencia disminuyen el tiempo diagnóstico y angustia familiar.

Manifestaciones neurológicas y del neurodesarrollo asociadas a la microdeleción 15Q11.2 BP1-BP2: experiencia en tres casos. *Ornia Fernández C, Hedrera Fernández A, Blanco Lago R, Álvarez Martínez MV, Rodríguez-Noriega Bejar L, Martínez García C, Martino Redondo P, Málaga Dieguez I.* Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La microdeleción 15q11.2 BP1-BP2 es una de las variantes del número de copias (CNV) más frecuentes asociadas a trastornos del neurodesarrollo, con una prevalencia de hasta 1,3% en poblaciones clínicas. Esta deleción de aproximadamente 500 kb incluye los genes *NIPA1*, *NIPA2*, *CYFIP1* y *TUBGCP5*, implicados en la plasticidad sináptica y la organización del citoesqueleto neuronal. Su fenotipo clínico es amplio, abarcando trastorno del espectro autista (TEA), retraso del lenguaje, dificultades cognitivas y epilepsia, con penetrancia incompleta y expresividad variable. Se presenta la experiencia en tres pacientes pediátricos portadores de esta deleción.

Casos clínicos. Caso 1: Varón de 12 años con TEA nivel 2, trastorno de conducta con rasgos obsesivo-compulsivos y temblor esencial. Deleción heredada de la madre.

Caso 2: Varón de 11 años con capacidad cognitiva límite, TDAH tipo inatento, estereotipias motoras y dificultades de aprendizaje. Deleción heredada del padre.

Caso 3: Mujer de 10 años con TEA nivel 2 y epilepsia focal tipo Panayiotopoulos, además de retraso en lectura y lenguaje. Deleción *de novo*.

Comentarios. Los tres casos reflejan la gran heterogeneidad clínica de la microdeleción 15q11.2 BP1-BP2, que actúa como factor de susceptibilidad neuropsiquiátrica, más que como mutación determinante. La coexistencia de TEA,

TDAH, epilepsia y dificultades cognitivas subraya su relevancia clínica. Su identificación permite el diagnóstico etiológico y el asesoramiento genético familiar, requiriendo un abordaje multidisciplinar y seguimiento longitudinal en Neuropediatría.

Síndrome de Schaaf-Yang, situación a los 11 años. *Rupérez Peña SM, Jiménez Martín AM, Pérez Benito M, Rubio Rodríguez F, Pérez Rodríguez M, De Pedro Del Valle S, Ruíz-ayúcar De La Vega I, Gutiérrez Moreno M.* Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

Introducción. En el año 2013 se describe por primera vez este síndrome que se debe mutaciones puntuales en el gen *MAGEL* situado en el cromosoma 15. Se trata de una enfermedad muy rara con unos 20 pacientes descritos en España, 2 de los cuales viven en la provincia de Ávila.

Casos clínicos. Caso 1: Varón nacido a término, depresión neonatal precoz, hipotermia. Despista en la filiación de la encefalopatía el consumo materno de tóxicos antenatales incluido alcohol. Hipoglucemia precoz con diazóxido hasta los 60 días. Oxigenoterapia en domicilio hasta los 6 meses. Síntomas guía: obesidad, hipotonía, talla baja, hipogonadismo: sospecha de panhipopituitarismo. Tirosina desde el año y somatotropina desde los 2 años y 2 meses. Diagnóstico en DiERCyL a los 2 años y 3 meses: variante NM_019066.4:c.3010_3011delAG en *MAGEL2*. Evolución: Edad: 11a 11m. Mejora talla con GH. Contracturas articulares poco llamativas salvo en pelvis. Camina de la mano. Sospecha de TEA. Impresiona de alto umbral al dolor. Sospecha de SAOS, difícil de estudiar. Seguimiento irregular.

Caso 2: Varón nacido a término, gestación controlada sin incidencias. Ingreso en unidad neonatal por síndrome polimalfomativo: artrogrirosis múltiple. Hipoglucemia desde los primeros días hasta la actualidad. Oxigenoterapia domiciliaria hasta los 6 años. Síntoma guía: hipotonía, contracturas articulares, hipoglucemia, dificultad para control térmico. Diagnóstico en Madrid a los 2a 9m: NM_019066.4:c.1996_1997dup (p.Gln666Profs*37) en *MAGEL2*. Evolución: Edad: 11a 3m. No recibe GH, deterioro de talla. Contracturas importantes en dedos, muñecas, codos, rodillas. Condicionan su movilidad, pero motricidad fina bastante aceptable. Impresiona de entender órdenes sencillas, comunicativo. Continúa con diazóxido, hidroclorotiazida y espironolactona. SAOS, solo BiPAP nocturna. Control multidisciplinar estrecho

Conclusiones. Nos queda mucho por conocer de esta enfermedad y tal vez las diferencias clínicas tengamos que buscarlas en las diferencias genéticas. Destacar también la importancia de la familia en el manejo de estos niños.

Viernes 14 de noviembre • Aula 4
Becas FESV

Modulación de la ferroptosis en pacientes con trastorno del espectro autista. *Castro Rey M¹, Vázquez Martín S², Alonso Vicente C², Marugán De Miguel San JM².* ¹Hospital Recoletas Salud Campo Grande. Valladolid. ²Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos. Se entiende como ferroptosis al proceso de muerte celular programada dependiente de hierro causada por un aumento en la peroxidación de los lípidos. El objetivo principal consiste en intentar disminuir el estrés oxidativo en pacientes con TEA mediante el uso de moléculas antioxidantes, valorar si esto mejora el rendimiento cognitivo, conductual y la severidad del cuadro.

Material y métodos. Ensayo clínico de bajo nivel de intervención. Pacientes 3 a 10 años con TEA. Se pasaron escalas cognitivas pre-tratamiento. Aleatorización de los pacientes. Tratamiento con Coenzima Q10, selenio, magnesio, vitaminas grupo B, C y biotina durante 12 meses al 50%. Revisiones mensuales. Una vez finalizado el tratamiento se analizaron los datos para desarrollo de conclusiones. Aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Área de Salud de Valladolid Este. Trabajo financiado con ayuda de la FESV. Colaboración con laboratorio Vitalfarma®.

Resultados. 50 pacientes (84% varones; n= 42). Edad 3-10 años, media 6,3 años. Se observaron deficiencias significativas en varios micronutrientes esenciales pretratamiento. Comportamientos en rango de preocupación 70% (n= 35). Alteración sueño 80% (n= 40). Test de inteligencia media CIT 75. Casi la mitad de los pacientes (49%) presentan dificultades alimentarias. El síntoma gastrointestinal más frecuente fue el estreñimiento 28% (n= 14). Tratamiento multivitamínico en 25 casos durante 12 meses. Seis (24%) abandonaron el tratamiento antes de finalizar el estudio. Mejora global en comportamiento, sueño (p> 00,1). Valores similares en escalas cognitivas.

Conclusiones. Los pacientes con TEA presentan problemas de comportamiento, sueño y alimentarios, la disminución del estrés oxidativo puede conllevar mejoras a nivel de su comportamiento, sueño y funcionalidad global.

Análisis longitudinal de los pacientes pediátricos con enfermedades crónicas y complejidad: perspectiva clínica y temporal. *García Miralles LC¹, Ortega Macías M¹, Agüera Martín C¹, López González L¹, Del Villar Guerra P², Ortiz San Roman LB³, Cano Garcinuño A¹.* ¹Hospital Universitario Río

Hortega. Valladolid. ²Hospital El Bierzo. Ponferrada, León.
³Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Introducción. En las últimas décadas se ha incrementado el número de niños con patología crónica y complejidad (NPCC), lo que implica una mayor morbilidad y consumo de recursos sanitarios. La ausencia de una definición consensuada dificulta su identificación, y la planificación de programas específicos.

Objetivos. Identificar a los NPCC ingresados en la planta de Pediatría de un hospital terciario, determinar su proporción y características, así como estimar qué porcentaje podría beneficiarse de cuidados paliativos. Además, se evaluó el rendimiento de las herramientas PedCom y del algoritmo de Parente para su detección

Metodología. Se aplicó el cuestionario Children with Special Health Care Needs Screener (CSHCNS) a todos los niños hospitalizados más de 24 horas durante un año; a los clasificados como niños con necesidades especiales de salud (NNES), se les identificó como NPCC según consenso de expertos y se aplicaron las escalas PedCom y el algoritmo de Parente.

Resultados. Un 23,3% fueron NNES y un 5,7% NPCC, responsables del 9% de las hospitalizaciones y del 13,3% de las estancias. Este grupo requirió más consultas, ingresos, procedimientos y dispositivos tras el alta. La sensibilidad/especificidad de PedCom fue 81,5/95,8%, y la de Parente 33,3/100%, con concordancia moderada entre ambas (Kappa 0,456).

Conclusiones. Una proporción significativa de las hospitalizaciones pediátricas corresponde a NPCC, con más requerimientos asistenciales. La escala PedCom mostró un buen rendimiento para identificar los NPCC y la concordancia con Parente fue moderada. Un porcentaje elevado de NPCC estaba en seguimiento por la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos.

Esta comunicación es producto de una beca/ayuda de investigación de la FESV.

¿Es necesario añadir potasio a los sueros balanceados utilizados como fluidoterapia de mantenimiento? Fernández Mijaja M, Martino Redondo P, Ornia Fernández C, Calle Miguel L, Rey Galán C. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. Describir la incidencia de hipopotasemia con el uso de sueros balanceados, así como analizar la indicación, el volumen y la presencia de alteraciones iónicas y de la función renal.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y prospectivo realizado entre octubre 2023 y abril 2024 en

niños hospitalizados entre 1 mes y 13 años que recibieron fluidoterapia, excluyendo: pacientes deshidratados, oncológicos y crónicos complejos. Se estudiaron diversas variables clínicas y analíticas: al ingreso, 24 y 48 horas.

Resultados. Se incluyeron 83 pacientes (53,2% varones; edad media: 4,1 años). La fluidoterapia se indicó por disminución de ingestas (96,4% de los casos), dieta absoluta (2,4%) y ayuno pre-prueba (1,2%). 78 pacientes (93,9%) recibieron fluidoterapia a necesidades basales y 5 (6,1%) restringida al 75%. El cálculo de volumen se realizó según la regla de Holliday-Segar. En los niños con IMC > p91 se administró una media de exceso de volumen de 26% respecto al cálculo por superficie corporal. Las alteraciones iónicas detectadas se presentan en la tabla de resultados (**tabla I**). 4 pacientes (4,8%) presentaban hipopotasemia al ingreso (3 se corrigieron sin aportes extra de k) y 7 (8,4%) a las 24-48 horas, sin repercusión clínica.

TABLA I. Alteraciones electrolíticas detectadas.

Variables de estudio (N total= 99)	Ingreso Nº niños/%	24 horas Nº niños/%	48 horas Nº niños/%
k < 3,5 mmol/L	3/3,2	2/3,1	3/6,8
k < 5,5 mmol/L	1/1,1	0/0	0/0
Na < 135 mmol/L	25/25,3	7/9,6	0/0
Na < 135 mmol/L	0/0	1/1,4	0/0
Cl < 96 mmol/L	1/1,4	0/0	0/0
Cl < 107 mmol/L	11/15,1	6/10,3	6/15,8
pH < 7,3	21/27,3	4/6,8	1/2,4
HCO ₃ < 22 mEq/L	31/40,3	4/6,8	2/4,9

Conclusiones. La incidencia de hipopotasemia con sueros balanceados es baja y sin repercusión clínica. No es preciso administrar potasio a los sueros balanceados en fluidoterapia de mantenimiento. El cálculo mediante la regla de Holliday-Segar sobreestimó las necesidades de volumen en pacientes con sobrepeso.

Esta comunicación es producto de una beca/ayuda de investigación de la FESV.

Influencia de la exposición a disruptores endocrinos no persistentes en el desarrollo de telarquia simple precoz. Álvarez Merino M¹, Pérez Pérez A², Pérez Gordón J², Gil Peña H², Carvajal Ureña I³, García Merino MA⁴, Riaño Galán I². ¹Centro de Salud de La Felguera. Langreo, Asturias. ²Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³Centro de Salud de La Ería. Oviedo, Asturias. ⁴Centro de Salud Vallobín. Oviedo, Asturias.

Objetivos. Evaluar el efecto de la exposición a disruptores endocrinos no persistentes (DENP) en el riesgo de desarrollar telarquia simple precoz (TSP). Determinar el grado de asociación de cada grupo de DENP con el desarrollo de TSP. Valorar la evolución hacia pubertad precoz (PP) en pacientes con TSP expuestas a DENP.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, longitudinal de casos y controles no apareados. Se estudiaron niñas < 8 años: casos, pacientes con TSP/PP de la consulta de Endocrinología Pediátrica; controles, niñas sanas del Centro de Salud. Recogida de variables y de orina (análisis de DENP en un laboratorio externo de Granada) en una primera consulta y nueva recogida de datos a los 12 meses. Análisis estadístico mediante el software R. Para la asociación entre variables, se llevó a cabo un modelo de regresión logística univariante con estimación de Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95%.

Resultados. 37 pacientes (18 casos, 19 controles) mediaña de 6,5 años (RIC 6,05-7,5). 44,4% diagnóstico inicial de TSP y 55,6% PP. En la revisión, el 50% de TSP progresaron a PP. No se encontraron asociaciones significativas entre la presencia de DENP y TSP/PP. Al valorar la influencia del IMC en TSP/PP, se observó un OR 1,9 (IC 1,1-3,2), p-valor= 0,012.

Conclusiones. No se obtuvo significación estadística en cuanto a la influencia de la exposición a DENP en el desarrollo de TSP. Un mayor IMC está asociado a una mayor probabilidad de TSP/PP. Esta comunicación es producto de una ayuda de investigación de la FESV.

Composición corporal en pacientes con fibrosis quística tras dos años de tratamiento con moduladores de CFTR en triple terapia. Álvarez Merino M¹, González Jiménez D², Gutiérrez Martínez JR³, Díaz Sierra L², García Pereiro A², Suárez González M², Jimenez Treviño S², Díaz Martín JJ². ¹Centro de Salud de La Felguera. Langreo, Asturias. ²Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. Evaluar los cambios en la composición corporal y su asociación con la función pulmonar (FP) en pacientes con fibrosis quística (PFQ) tras dos años de tratamiento con elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI).

Material y métodos. Estudio longitudinal prospectivo en PFQ de un hospital terciario. Se registraron variables antropométricas, composición corporal (bioimpedancia) y de FP al inicio y tras 6, 12 y 24 meses de ETI. Se aplicaron pruebas t de Student para muestras pareadas, resultados expresados como media ± desviación estándar.

Resultados. 29 pacientes totales, 51% mujeres, mediaña de 24 años (RIC 14-31). Se observó un incremento

progresivo de FP, peso, IMC, masa magra (FFM) y grasa (FM), en mayor proporción de esta última ($p < 0,05$). La proporción de sobrepeso aumentó del 3% al 15% a los 12 meses ($p = 0,08$) y al 30% a los 24 meses ($p = 0,025$). Tras dos años, el IMC aumento de $20,5 \pm 2,9$ a $21,9 \pm 3,0$ ($p < 0,01$), la FM de $8,8 \pm 4,3$ kg a $12,4 \pm 3,9$ kg ($p < 0,01$) y la FFM de $44,7 \pm 13,9$ kg a $47,0 \pm 13,2$ kg ($p < 0,01$). FEV₁ mejoró de $80\% \pm 30$ a $92\% \pm 28$ ($p = 0,02$). Se observó correlación positiva entre FP y FFM a los 12 meses ($r = 0,40$; $p = 0,04$).

Conclusión. Tras ETI, mejora la FP asociada al incremento de FFM. No obstante, el aumento de FM y sobrepeso plantea reconsiderar el manejo nutricional estos pacientes.

Esta comunicación es producto de una ayuda de investigación de la FESV.

Viernes 14 de noviembre • Aula 2

Miscelánea

Atención sanitaria antes y después de los ingresos por asma.
Fekete López E, Delgado Lafuente A, Díez Monge N, Cano Garcinuño A. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. Describir las características de la asistencia sanitaria recibida antes y después de una hospitalización por asma, así como analizar los factores de riesgo de reingreso.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de las hospitalizaciones por asma en niños (5-14 años) en un hospital de tercer nivel, entre 2018-2023. Se recogieron medidas de deprivación social, datos de morbilidad (ingresos y consultas no programadas/urgentes, NPU) y seguimiento en los 12 meses previos y posteriores al ingreso.

Resultados. Hubo 89 ingresos por crisis asmática, el 65,2% varones, de edad mediana 7,3 años. En los 12 meses previos, el 20,2% tuvo algún ingreso y el 71,6% realizó alguna consulta NPU. El 59,6% no recibía tratamiento de mantenimiento. Durante el ingreso, todos recibieron broncodilatadores, 93,3% oxigenoterapia, 96,6% corticoides y 39,3% ventilación no invasiva (VNI). Al alta, se prescribió tratamiento de mantenimiento al 82%, y al 57,3% se aumentó el nivel de tratamiento previo. Tras el alta, el 56,2% acudieron a revisión precoz (< 2 semanas) y el 79,3% a consulta programada de seguimiento en los 12 meses posteriores. En este periodo, el 67% realizó alguna consulta NPU, y el 27% reingresó por asma. En un modelo de regresión multivariante, el único factor que se asoció con menor riesgo de rehospitalización fue la intensificación del tratamiento al alta (OR 0,21; IC95% 0,05-0,96; $p = 0,044$).

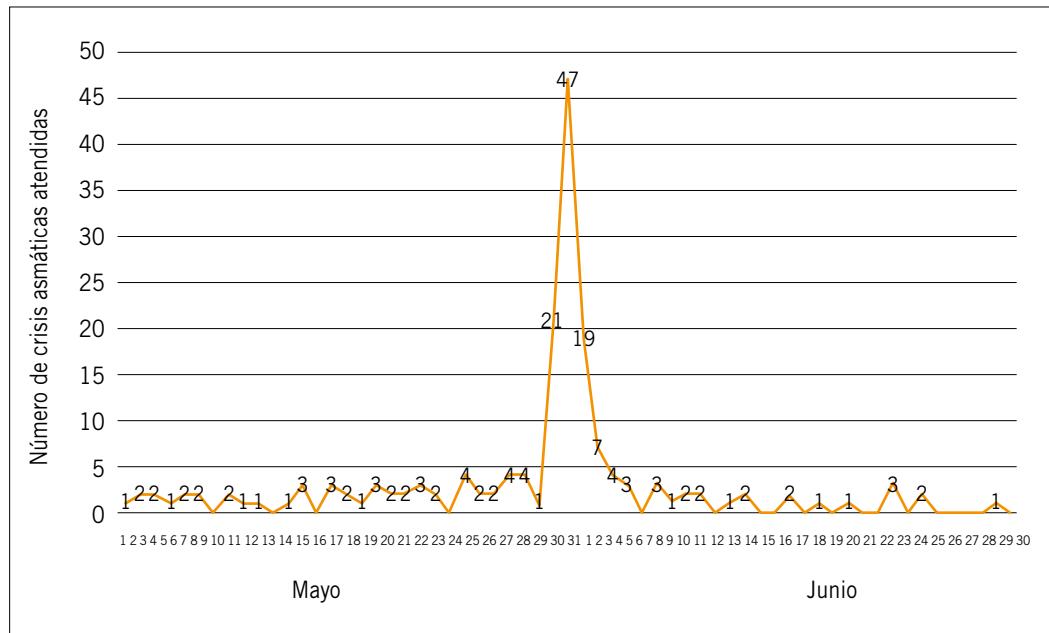


Figura 1. Crisis asmáticas atendidas.

Conclusiones. El seguimiento y el tratamiento previo de los niños que ingresan por asma es insuficiente. El ajuste de medicación al alta puede reducir el riesgo de rehospitalización.

El asma de las tormentas. Martín Pérez E¹, González Castro

R¹, Ferrer Ortiz I¹, Puente Montes S¹, Campo Fernández N¹, Cancho Soto T², Pascual Arribas P¹, Salamanca Zarzuela B¹.

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Pediatria. Centro de Salud Medina del Campo, Atención Primaria Área Este. Medina del Campo, Valladolid.

Objetivo. Describir las características meteorológicas asociadas al pico de atenciónes por crisis asmática asociada una tormenta en un servicio de urgencias pediátricas.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo, que incluyó los pacientes atendidos por crisis asmática en urgencias pediátricas en las 48 horas posteriores a una tormenta inusualmente intensa. Se recogieron datos clínicos y demográficos, junto con información meteorológica y aerobiológica.

Resultados. Durante las 48 horas posteriores a la tormenta del 30 de mayo se atendieron a 87 pacientes por crisis asmática (28% de las consultas) frente a los 88 pacientes atendidos en esos dos meses (1,7% de las atenciones) (figura 1). De esos pacientes, 65 (74%) fueron varones. El 57% presentó crisis de gravedad moderada. El 78% no tenía diagnóstico de asma y el 80% presentaba antecedente de rinitis alérgica. La edad media fue de $9,1 \pm 3,3$ años mayor en varones ($9,4 \pm 2,9$ años) que en mujeres

($8,8 \pm 3,3$ años) $p < 0,05$. La tormenta acumuló una cifra de agua 9,6 veces superior a la media de otras tormentas del periodo. Presión ambiental y velocidad máxima del viento se mantuvieron similares en ambos meses. Los niveles de polenes fueron muy elevados para *Quercus* y moderados para *Graminae* junto con niveles máximos de esporas de *Alternaria* y *Clasporium*.

Conclusiones. El asma relacionada con tormentas es un fenómeno infrecuente, en el que se producen agudizaciones asmáticas en pacientes durante 24-48 horas tras una tormenta, secundarias a fragmentación de partículas de polen y mohos ambientales, ocasionando un aumento rápido de consultas por procesos respiratorios.

Enfermedad de Kawasaki y SIMPedS Kawasaki-like: características clínicas y afectación cardiovascular en una cohorte pediátrica de 10 años. Prieto Domínguez C, Pérez Santaolalla E, Portillo Sanz L, Matilla Sainz-Aja N, ángulo Sánchez V, Almeida De Miranda G, Bujedo Muñoz A, Pérez Ortiz D. Hospital Universitario de Burgos.

Objetivos. Evaluar las características demográficas, clínicas y analíticas de pacientes con enfermedad de Kawasaki (EK) o síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico tipo Kawasaki (SIMPedS Kawasaki-like), describir la complicaciones cardiovasculares y sus factores de riesgo.

Material y métodos. Estudio epidemiológico, descriptivo, observacional y retrospectivo en el Hospital Universitario de Burgos entre enero de 2014 y noviembre de 2024. Incluye

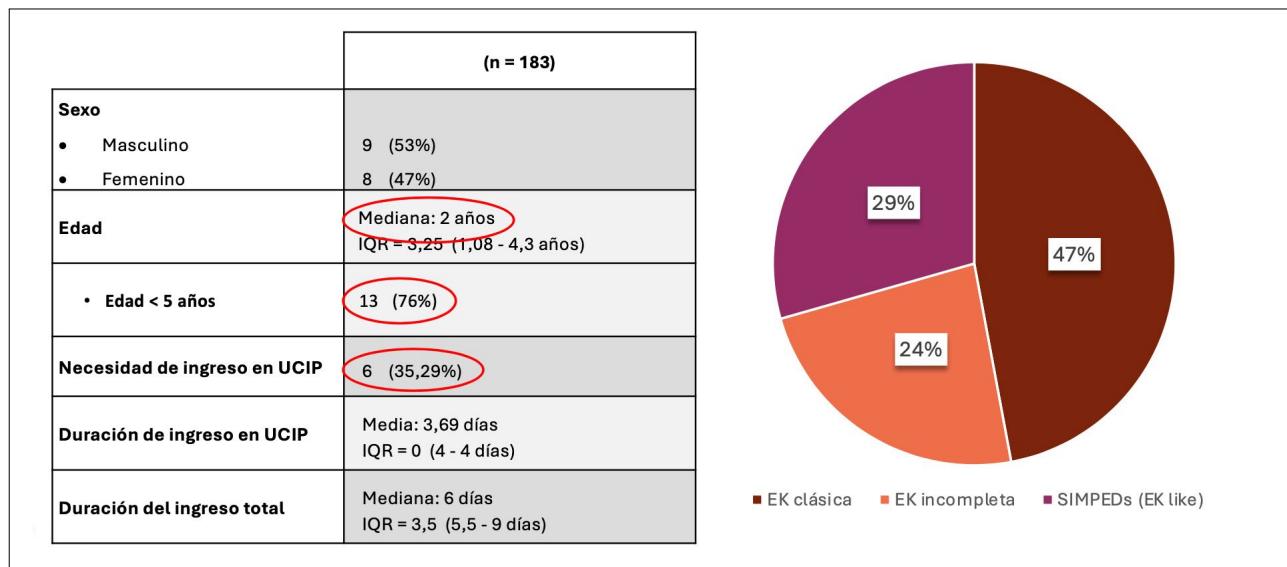


Figura 1. Epidemiología.

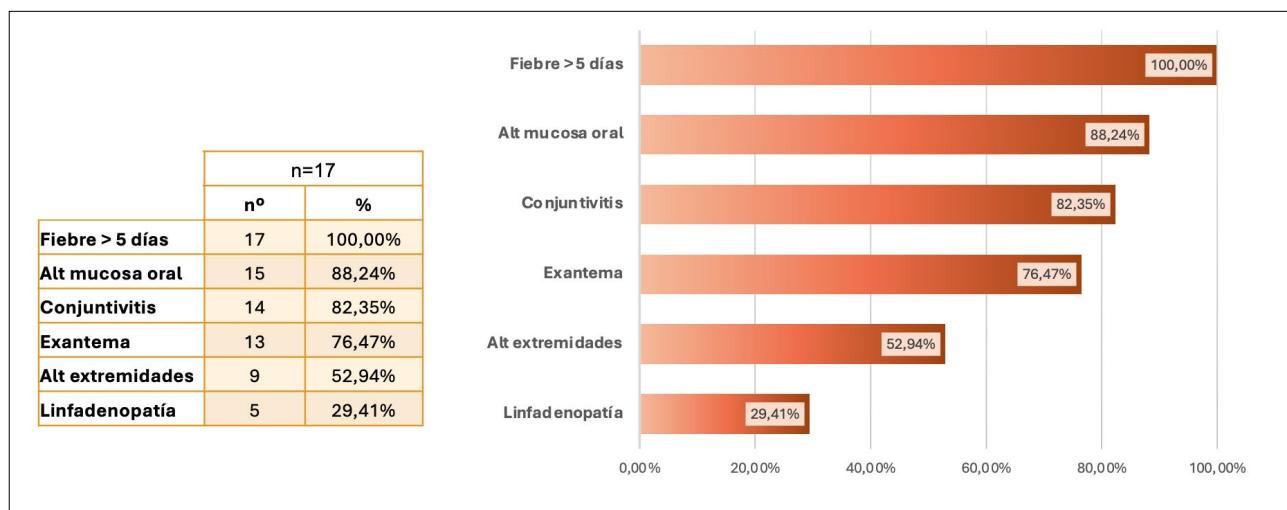


Figura 2. Criterios clínicos.

pacientes de 0-14 años con diagnóstico de EK o SIMPedS Kawasaki-*like*. Se revisaron historias clínicas para recoger variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, cardiovasculares y terapéuticas.

Resultados. Se analizaron 17 pacientes (53% varones; mediana de edad 2 años). El 76% menores de 5 años y el 35% ingresó en UCIP. El 29% tenía diagnóstico de SIMPEDs, un 24% EK incompleta y un 47% EK clásica (figura 1). Los criterios clínicos predominantes fueron fiebre > 5 días (100%), alteración mucosa (88%) y conjuntivitis (82%) (figura 2). Analíticamente, el 100% presentó PCR > 30 mg/L y el 65% anemia. Se observaron alteraciones coronarias en 41%, principalmente en arteria coronaria izquierda (71%),

más frecuentes en menores de 1 año, sin secuelas cardiovasculares permanentes (tabla I). Todos recibieron IGIV y AAS; un 67% precisó corticoterapia y un 2% requirió tratamiento de segunda línea.

Conclusiones. En nuestra muestra, la EK afecta principalmente a menores de 5 años, con manifestaciones clínicas y analíticas compatibles con criterios diagnósticos clásicos, similar a la literatura. La afectación coronaria sigue siendo relevante, más frecuente en menores de un año, con un porcentaje ligeramente mayor al descrito, posiblemente relacionado con la inclusión de SIMPEDs Kawasaki-*like* o la definición de afectación coronaria. No se observaron repercusiones cardiovasculares permanentes en nuestra cohorte.

TABLA I. Complicaciones cardiovasculares.

	Con AC (n= 7)		Sin AC (n= 10)	
Sexo masculino	2	29%	7	70%
PCR > 80	6	86%	9	90%
Anemia (media)	10,08	1,05 (9,8-10,85)	10,78	1,2 (10,37-11,57)
< 1 año	3	43%	1	10%
Trombocitosis	3	43%	7	70%
Leucocitosis	3	43%	5	50%
Hipoalbuminemia	3 (2 pacientes no hecha)	43%	3 (2 pacientes no hecha)	30%
Hiponatremia	2	29%	4	40%
> 36 horas de fiebre tras 1ª dosis de IGIV	3	43%	3	30%

Estudio de virus respiratorios mediante análisis de FilmArray.
Alberola López S¹, Romero García C¹, Andres Alberola P², Toval Sánchez MM³, López Ramos I³, Tejedor Centeno L³, González Fernández B³, Andres De Llano JM³. ¹Centro de Salud Jardillinos. Palencia. ²Centro de Salud Carrión De Los Condes. Palencia. ³Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Objetivos. Conocer los virus que están presentes en las infecciones respiratorias de los pacientes pediátricos a los que se realiza una determinación por la técnica de *FilmArray*.

Material y métodos. Se analizan las determinaciones analíticas registradas a lo largo de un año (octubre de 2024 a octubre de 2025) en el laboratorio de microbiología del hospital de una provincia (de nivel 2). Se obtiene moco nasofaríngeo y se estudian 19 gérmenes en cada muestra. Se realiza estadística descriptiva e inferencial.

Resultados. Se estudiaron 40.595 registros correspondientes a 1.681 pacientes. Fueron positivos 2.255 registros (5,5%) correspondientes a 1259 pacientes (75%) de los cuales el 73% fueron menores de 14 años y el 40% tenía 2 años o menos. Las mujeres fueron el 54%. Respecto a la procedencia de los pacientes la Atención Primaria supuso el 32%. Los meses con mayor número de pruebas positivas fueron noviembre, diciembre y enero. Los gérmenes más frecuentemente encontrados fueron Rinoenterovirus 811 (36%), Adenovirus 336 (14,9%), Gripe 209 (9,02%), Virus respiratorio sincitial (VRS) 204 (9%) y Coronavirus 175 (7,8%). El 39% de los pacientes tenía coinfección por más de un virus. Las asociaciones más frecuentes fueron Adenovirus y Rinoenterovirus, VRS y Rinoenterovirus, Parainfluenza y Rinoenterovirus, VRS y Adenovirus.

Conclusión. El 75% de los pacientes a los que se les practicó un filarray tuvo un resultado positivo. La distribución estacional de los virus es la esperable en nuestro medio.

El Rinoenterovirus ha sido el más detectado. El 39% tenía más de un virus.

Faringoamigdalitis aguda pediátrica: análisis de la práctica clínica por profesionales de Pediatría y Medicina Familiar y Comunitaria en un área de salud. *Villa Álvarez M¹, Menéndez Iglesias P¹, García Merino A², Calle Miguel L¹, Tarrazo Suárez JA³, Carvajal Urueña IL⁴. ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Centro de Salud de Vallobín. Oviedo, Asturias. ³Centro de Salud de Siero-Sariego. Pola de Siero, Asturias. ⁴Centro de Salud de La Eria. Oviedo, Asturias.*

Introducción y objetivo. La faringoamigdalitis aguda (FAA) es un motivo frecuente de prescripción de antibioterapia en pacientes pediátricos. El objetivo de este estudio es describir el manejo de esta entidad por los profesionales de salud.

Material y métodos. Estudio observacional, transversal y descriptivo-analítico, basado en encuestas estructuradas a médicos de Pediatría y Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) de un Área de Salud. Se recogieron datos sociodemográficos, criterios diagnósticos y actitud terapéutica en el manejo de la FAA pediátrica. Se realizaron comparaciones en función del perfil profesional.

Resultados. Se completaron 98 encuestas (43 de MFyC y 55 de pediatras). Determinados síntomas y signos fueron considerados sugestivos de FAA estreptocócica por una mayor proporción de médicos de MFyC respecto a pediatras, como presencia de fiebre elevada (53,5% vs. 27,3%, p< 0,01) o exudados amigdalares (74,4% vs. 29,1%, p< 0,001). Los pediatras asociaron más frecuentemente a FAA estreptocócica el edema de úvula (65,5% vs. 14%, p< 0,001), y las lesiones petequiales en paladar (89,1% vs. 37,2%, p< 0,001). El análisis de ítems tipo Likert reveló diferencias respecto al

empleo de forma exclusiva de signos y síntomas para el diagnóstico y el uso de prueba rápida de detección de estreptococo grupo A según el perfil profesional ($p < 0,05$). En cuanto al tratamiento de la FAA estreptocócica, eligieron penicilina como primera opción una mayor proporción de pediatras que médicos de MFyC (96,4% vs. 55,8%, $p < 0,001$).

Conclusiones. El abordaje de la FAA pediátrica difiere entre profesionales de MFyC y pediatría en nuestro entorno. Existe potencial de mejora en el proceso diagnóstico y manejo de la enfermedad.

Piel escaldada, frecuencia disparada. *López Muñoz J, Parro Olmo P, Martín Pérez E, Garces Mas L, Bolívar Ruiz P, Díez Monge N, Imaz Roncero A, Puente Montes S.* Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. El síndrome de la piel escaldada estafilocócica (SPSE) es causado por toxinas exfoliativas del *Staphylococcus aureus*. A pesar de su baja incidencia, representa un desafío diagnóstico debido a su rápida evolución, por lo que su detección y tratamiento precoces son cruciales para mejorar el pronóstico.

Objetivo. Describir características clínicas y epidemiológicas de pacientes ingresados con SPSE en nuestro servicio de pediatría entre 2015-2025.

Material y métodos. Revisión descriptiva retrospectiva de pacientes ingresados por SPSE en nuestro hospital entre 2015-2025.

Resultados. Se recogen 8 pacientes (7 varones y 1 mujer), 4 de ellos del último año, con mediana de 3,5 años (IQR 2,5-4,5). El síntoma inicial fue el exantema facial. En 5 pacientes se objetivaron alteraciones analíticas (leucocitosis y/o neutrofilia). Se aíslo en cultivo *Staphylococcus aureus* en 5 (1 en frotis faríngeo, 2 en nasal, y 3 en lesiones), ningún SARM, aunque en dos se objetivaron resistencias a mupiroicina. Todos reciben antibioterapia parenteral con una mediana de 5 días (IQR 4,5-6,5), principalmente con cloxacilina y clindamicina. El tratamiento oral domiciliario más pautado es la amoxicilina-clavulánico. La mediana de ingreso es 5,5 días (IQR 5-6,5).

Conclusiones. Conocer características de nuestros pacientes con diagnóstico de SPSE es imprescindible para mejorar su manejo. En nuestro estudio, se observa un incremento de casos en el último año, donde en la mayoría se aíslo *Staphylococcus aureus*, en todos los casos sensible a meticilina.

Repasando la gripe: perfil clínico y epidemiológico de los ingresos por gripe en población pediátrica. *Mató Real A, Romero del Hombrebueno Gómez del Pulgar Y, Fernández*

Herrera MC, Gómez Menduiña J, Redondo Aparicio S, Bartolomé Cano ML, Pérez Gutiérrez ME, Barrio Alonso MP. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivo. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes pediátricos ingresados con virus Influenza en un hospital terciario.

Metodología. Es un estudio descriptivo observacional, retrospectivo. La población a estudio fueron pacientes menores de 14 años ingresados en un hospital terciario con reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de virus respiratorios positiva para virus Influenza en los períodos de septiembre a marzo de 2023-2024 y 2024-2025.

Resultados. Se revisaron 29 pacientes con edad media de 4 años. El mes con más ingresos fue enero. Un 65,5% ($n= 19$) fueron varones. La media de días de estancia fue de 5,3. Un 20% ($n= 6$) requirieron ingreso en cuidados intensivos. No hubo muertes. El principal motivo de ingreso fue la dificultad respiratoria (38%, $n= 11$), seguida de patología neurológica (17%, $n= 5$). El 86% ($n= 25$) tenían Influenza tipo A. El 38% asociaban otros virus en el momento de ingreso, siendo el más común enterovirus. Alrededor de la mitad (48%, $n= 14$) presentaron factores de riesgo, principalmente edad < 2 años (38%). El 34% ($n= 20$) desarrolló complicaciones, siendo la más frecuente neumonía, seguida de otitis media aguda. El 31% ($n= 9$) se trató con Oseltamivir, un 52% recibió antibioterapia ($n= 15$) y al 17% ($n= 5$) se les había administrado vacuna antigripal.

Discusión. Este estudio confirma patrones descritos en la literatura, como la predominancia de Influenza A, la vulnerabilidad en menores de 2 años y las complicaciones desarrolladas. Destaca el uso inicial de antibioterapia justificado por la gravedad de los pacientes y la escasa cobertura vacunal.

Sospecha de encefalitis en urgencias pediátricas: descripción clínica y factores asociados a peor evolución. *García Blanco C, Gándara Samperio C, Pérez Fraga P, Sanz Santillán B, Figueroa Jiménez S, López Fernández C.* Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos. La encefalitis es una inflamación aguda del parénquima cerebral que produce disfunción neuropsicológica clínica, por causa infecciosa o inmune principalmente. Su diagnóstico se basa en los criterios del *International Encephalitis Consortium* (IEC, 2013). En pediatría es poco frecuente, incidencia de 5-10 casos/100.000 habitantes/año. El objetivo del estudio es describir las características de los pacientes con sospecha de encefalitis en un hospital de tercer nivel y analizar factores pronósticos.

Material y métodos. Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Incluye pacientes < 16 años con punción lumbar realizada en Urgencias por sospecha de encefalitis entre 2017-2023. Excluidos casos con sospecha clínica de meningoitis aislada. Recogidas variables demográficas y clínicas.

Resultados. Se incluyeron 64 pacientes: un 54,69% varones, mediana de edad 4 años (RIC 1-10). Presentaron TEP alterado y fiebre el 54,69% y 49,25%, respectivamente. 39 pacientes mostraron alteración del estado mental, destacando la disminución del nivel de conciencia; y casi la mitad convulsionaron. Pruebas complementarias: 29 pacientes presentaron pleocitosis en LCR, 13 alteración del videoelectroencefalograma, prueba de imagen alterada en 29 casos. Finalmente se diagnosticaron 20 encefalitis infecciosas (6 herpéticas) y 2 encefalitis autoinmunes. Una puntuación baja en la escala de Glasgow (GCS) se asocia a peor pronóstico ($p < 0,05$), destacando también importante el TEP alterado como factor de mal pronóstico.

Conclusiones. La encefalitis es una entidad poco frecuente en nuestro medio, siendo el origen infeccioso el más común. La clínica principal es la disminución del nivel de conciencia. La valoración del TEP y de GCS en Urgencias es determinante en el pronóstico.

Sábado 15 de noviembre • Aula 1 Neonatología

Análisis de los cambios en el manejo de recién nacidos prematuros (RNP) nacidos en el Hospital Universitario de Cabueñas y valoración de la repercusión de los mismos en el desarrollo neurológico y pondero-estatural. Segovia López SM, Corihuela Menéndez P, Santiago Souto M, De Juan Vázquez D, Puente Fuente P, Álvarez Menéndez L, López-Negrete Cueto E, Costa Romero M. Hospital Universitario de Cabueñas. Gijón, Asturias.

Objetivos. Comparar diferencias en manejo del RNP en una década e impacto en desarrollo neurológico y pondero-estatural a medio plazo. Contrastar también datos con red nacional SEN-1500.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional y analítico, comparando variables manejo RNP < 32 edad gestacional (EG) y < 1.500 g en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de un hospital nivel III-A en 2011 y 2024. Aplicadas pruebas t de Student y U Mann-Whitney para variables cuantitativas y Chi-cuadrado o test exacto de Fisher para cualitativas.

Resultados. Incluidos 19 pacientes: 11 nacidos en 2011 y 9 en 2024. Sin diferencias significativas en EG

($28,5 \pm 2,4$ vs $29,4 \pm 1,6$ semanas) ni en peso al nacimiento ($1.206 \pm 257,8$ vs $1198 \pm 321,8$ g). En 2024, 100% recibió ventilación modo CPAP y 55% surfactante (80% LISA), frente a 50% y 80% (40% LISA) en 2011. En 2011 un niño recibió nutrición parenteral, frente al 100% en 2024. En 2024 disminuyeron antibioterapia profiláctica ($p = 0,017$), eritropoyetina; sepsis nosocomiales, hemorragias intraventriculares y displasia broncopulmonar. Los supervivientes en 2024 tuvieron desarrollo psicomotor normal al año, frente al 60% de 2011, aunque un tercio presentó menor desarrollo ponderal en última revisión. En general, el manejo de RNP en 2024 fue más acorde a recomendaciones nacionales, con menor mortalidad, aunque sin clara repercusión en pronóstico somatométrico o neurológico a largo plazo.

Conclusiones. En 10 años mejoró el manejo RNP, más acorde a estándares de SEN-1500, con menor mortalidad y mejor desarrollo neurológico, aunque sin impacto claro en pronóstico somatométrico a largo plazo.

Frecuencia y cambios en el manejo del distrés respiratorio del prematuro en neonatos menores de 1.500 g al nacimiento en los últimos veinte años en el HUCA. Suárez Abella M¹, Sánchez García I¹, Lesmes Blanco P², Rubiera Aguirrezzabalaga P², Pastor Fernández D², Suárez Rodríguez M¹, Fernández Colomer B¹, Solís Sánchez G¹. ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Universidad de Oviedo.

Objetivos. Comparar la frecuencia y el manejo del distrés respiratorio del prematuro en neonatos de menos de 1.500 gramos al nacimiento entre 2004-2013 y 2014-2023 en el Hospital Universitario Central de Asturias, evaluando diferencias en incidencia, tratamiento y evolución.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los recién nacidos con peso inferior a 1.500 gramos ingresados en la UCI neonatal en 2004-2023. Datos recogidos de la base SEN-1500 del HUCA. Se analizaron variables prenatales, perinatales y evolutivas. Se compararon dos cohortes por decenios mediante Chi-cuadrado, T-Student y U de Mann-Whitney, con significación $p < 0,05$.

Resultados. Se incluyeron 864 neonatos (53,1% varones), con peso medio de 1.117 gramos y edad gestacional de 29,7 semanas. El distrés respiratorio afectó al 49,8%, descendiendo del 55,6% en el primer decenio al 41,1% en el segundo ($p < 0,001$). En este último los recién nacidos tuvieron mayor peso y edad gestacional. Se observó un aumento del uso de ventilación no invasiva (CPAP del 17% al 61,9% y BiPAP del 46,8% al 82,7%), con reducción de la ventilación invasiva (95,4% a 71,2%) y del empleo de surfactante (94,3% a 86,3%). También disminuyeron compli-

caciones asociadas como hipotensión, anemia, leucomalacia y enterocolitis, además de la mortalidad (21,3% a 11,8%).

Conclusiones. El manejo del distrés respiratorio del prematuro ha evolucionado hacia estrategias menos invasivas, con mayor uso de soporte no invasivo y menor necesidad de intubación y surfactante. Estos cambios, junto a un mejor manejo obstétrico, se relacionan con la reducción de morbi-mortalidad en neonatos de muy bajo peso.

Lactancia materna: ¿algo nuevo que aportar? *Ordóñez Alonso MÁ¹, Domínguez Aurrecoechea B², Fernández Francés M³, García Merino Á⁴, Fernández López FJ⁵, Pérez Candás JI⁶, Red de Pediatras PAPen RED⁷.* ¹Centro de Salud El Naranco. Oviedo. ²Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA). Oviedo. ³Centro de Salud Otero. Oviedo. ⁴Centro de Salud Vallobín-Concinos. Oviedo. ⁵Centro de Salud Nava. Nava, Asturias. ⁶Grupo de trabajo de Pediatría Social y Comunitaria. AEPAP. ⁷Red de Investigación en Pediatría de Atención Primaria (PAPenRED). AEPAP.

Objetivos. Identificar condicionantes en la lactancia materna (LM), para mejorar la adherencia de las madres a la misma.

Material y métodos. Estudio longitudinal, prospectivo, multicéntrico de una cohorte de nacidos entre abril de 2017 y marzo de 2018 que acuden a consulta de Pediatras de Atención Primaria (red de investigación PAPenRED). Los datos se obtuvieron de entrevistas individuales, recogiendo variables sociales, económicas, datos de alimentación, desarrollo pondoestatural, psicomotor y morbilidad a lo largo de 8 visitas (< 15 días, 1 mes, 2, 4, 6, 12, 18 y 24 meses). Muestra inicial: 1946 niños. Las variables cualitativas se analizaron con frecuencias. Se realizaron análisis univariantes utilizando las pruebas adecuadas para cada situación: prueba de Chi-cuadrado de Pearson, prueba exacta de Fisher y la prueba U de Mann-Whitney. En el análisis del dolor los factores de riesgo se expresaron como variables categóricas y se compararon casos y controles con Chi-cuadrado.

Resultados:

- La decisión sobre amamantar la toman las madres antes de dar a luz.
- La autoeficacia de la LM es un importante factor modificable y escalas que la evalúan pueden prevenir el abandono precoz.
- El 30,9% de las madres contemplaron la interrupción de la LM por el dolor.

Conclusiones. Es fundamental detectar el dolor durante la LM y abordarlo eficazmente, centrando esfuerzos en mujeres con experiencias similares previas. El uso de la Nursing

Self-Efficacy Scale-Short Form ayuda a detectar alto riesgo de abandono de LM. El apoyo y la formación a las futuras madres pueden cambiar la prevalencia de la LM.

Valoración de los conocimientos sobre lactancia materna de residentes de Pediatría, de Atención Primaria y Hospitalaria del Principado de Asturias mediante la encuesta ECoLa (encuesta sobre conocimientos en lactancia). *Fernández De La Iniesta C¹, Costa Romero M².* ¹Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia. ²Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias.

Introducción. La lactancia materna (LM) es la forma ideal de alimentación para el lactante. Sin embargo, su mantenimiento se ve dificultado por múltiples factores. El pediatra, como figura central en el asesoramiento familiar, debe contar con una formación adecuada.

Objetivo. Evaluar los conocimientos sobre LM de pediatras y residentes de pediatría del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), mediante la encuesta ECoLa.

Métodos. Estudio descriptivo y analítico observacional, transversal realizado entre noviembre de 2023 y febrero de 2024, para ello se envió la encuesta ECoLa (22 ítems) a profesionales en activo en el SESPA. Se analizaron variables como categoría profesional, experiencia, formación recibida y confianza en el manejo de LM.

Resultados. De los 230 profesionales contactados, respondieron 82 (35,6%). La mediana de aciertos global fue del 81,8%. Se observaron diferencias significativas entre residentes (54,5%) y pediatras adjuntos de atención primaria (81,8%) y hospitalaria (86,3%) ($p < 0,001$). El 70,7% de los encuestados no recibió formación en LM durante su residencia. Un tercio de los participantes no se sienten capacitados para analizar una toma ni abordar problemas frecuentes en LM.

Conclusiones. Aunque el nivel global de conocimientos es “bueno”, los residentes presentan conocimientos “insuficientes” o “muy insuficientes”. Se pone de manifiesto la necesidad de una formación estandarizada en LM durante la residencia.

Resultado perinatal de las gestantes y puérperas ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Central de Asturias. *Sánchez García I¹, Suárez Abella M¹, Quirós Díez T², Rodríguez González H², Duplá Paragues B³, Solís Sánchez G^{2,4}.* ¹Residente de Pediatría y Áreas Específicas; ²Servicio de Obstetricia y Ginecología; ⁴Servicio de Neonatología, AGC Infancia y Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Universidad de Oviedo.

Objetivo. Analizar los resultados perinatales de las gestantes y puérperas ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) durante los últimos diez años, así como describir causas de ingreso, tratamientos recibidos y evolución materno-neonatal.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de las gestantes y puérperas inmediatas (hasta 10 días postparto) ingresadas en la UCI del HUCA entre junio de 2014 y diciembre de 2024. Se analizaron variables maternas, causas de ingreso, tratamientos y resultados perinatales. Se diferenciaron dos grupos: gestantes (n= 12) y puérperas (n= 31). Se aplicó un análisis estadístico descriptivo con prueba t de Student, considerando significativos los resultados con $p \leq 0,05$.

Resultados. Se incluyeron 43 mujeres (edad media 34,9 años): 12 gestantes (31,8 años) y 31 puérperas (36,1 años). La estancia media en UCI fue de 8,4 días (gestantes 15,1; puérperas 5,7). Las causas más frecuentes de ingreso en gestantes fueron infecciones y patologías respiratorias; en puérperas, complicaciones hipertensivas (preeclampsia y síndrome de HELLP). En gestantes se registró un aborto y dos grandes prematuros. Entre las puérperas hubo dos fallecimientos maternos, un mortinato, una muerte neonatal postparto y tres grandes prematuros. La incidencia global fue de 1,01 ingresos por cada 1.000 gestaciones atendidas en el HUCA.

Conclusiones. Las gestantes y puérperas ingresadas en UCI son pacientes poco frecuentes, pero de gran complejidad y elevada morbi-mortalidad, cuyos resultados perinatales adversos evidencian la necesidad de un manejo multidisciplinar y de estudios prospectivos que mejoren el pronóstico materno y neonatal.

Revisión de casos de conjuntivitis neonatal en el último año en la Unidad de Neonatología de un hospital de tercer nivel: etiología y manejo. Villa Álvarez M, Zapico González MS, Díaz Sierra L, Sánchez García I, García Guilabert MDC, Santos Gómez L, Solís Sánchez G, Fernández Colomer B. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivo. La conjuntivitis neonatal es frecuente en las unidades de Neonatología. El objetivo de este estudio es describir los agentes causales y manejo en estos pacientes.

Material y métodos. Estudio observacional, retrospectivo y comparativo, incluyendo pacientes entre 0 y 28 días de vida ingresados en la Unidad de Neonatología de un hospital de tercer nivel, y a los que se recogieron muestras de exudado conjuntival durante el año 2024, procesadas en el laboratorio

de microbiología del centro. Se realizaron comparaciones según características de los pacientes y crecimiento bacteriano de los cultivos.

Resultados. Se incluyeron 68 pacientes (64,7% varones; mediana de edad 7,5 días, RIC: 2,3-7,5). Se detectó crecimiento bacteriano en 30 pacientes (44,1%). Los microorganismos más frecuentes fueron *Escherichia coli* (28,1%) y *Staphylococcus aureus* (28,1%). Los neonatos prematuros presentaron más frecuentemente cultivos bacterianos positivos que los recién nacidos a término (57,5% vs. 25%, $p = 0,008$). La proporción de cultivos positivos fue mayor en pacientes con soporte respiratorio (55,5% vs. 31,3, $p = 0,044$) o fototerapia (70% vs. 33,3%, $p = 0,006$) frente a los que no precisaron estos tratamientos. Se empleó tratamiento sintomático en el 52,9% de casos. El 47% de pacientes recibieron tratamiento antimicrobiano tópico con tobramicina (42,6%) o gentamicina (4,4%).

Conclusiones. Los principales microorganismos responsables de conjuntivitis neonatal en nuestro medio fueron *E. coli* y *S. aureus*. Los neonatos prematuros y los que precisaron soporte respiratorio o fototerapia presentaron más frecuentemente cultivos positivos. En la mayoría de casos no se demuestra etiología bacteriana, por lo que sería recomendable manejo sintomático inicial.

El ácido láctico en sangre de cordón es un factor de riesgo de ingreso en UCIN y de taquipnea transitoria en recién nacidos a término y pretérminos tardíos. Martínez Pérez A¹, Granda Gil E¹, Martín Ramos S¹, Andrés Porras P², Redondo Vegas E¹, Caserío Carbonero S¹. ¹Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Hospital Universitario de Burgos.

Objetivos. Analizar la asociación del ácido láctico en sangre de cordón con el ingreso en UCIN y la taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN).

Material y métodos. Estudio observacional en una UCIN nivel III. Se incluyeron de forma retrospectiva todos los recién nacidos vivos a partir de 34 semanas de edad gestacional desde el 31 de diciembre de 2023 hasta completar el tamaño muestral objetivo de 2114 pacientes. Se realizó una regresión logística multivariante para las dos variables objetivo: ingreso en UCIN y TTRN. Se consideraron factores confusión las variables maternas y perinatales con significación en el análisis bivariante, el sexo, la edad gestacional, y otros factores descritos previamente en la literatura.

Resultados. Se incluyeron 2120 pacientes, 50,7% varones. La mediana de edad gestacional fue 39,5 (p25-p75 38,6-40,5), 101 (4,8%) fueron pretérminos. En total 198 (9,3%) ingresaron en UCIN y 120 (5,7%) tuvieron TTRN. Tras

ajustar por edad gestacional y otros cofactores, los factores de riesgo independiente de TTRN fueron: sexo masculino [aOR 2,481 (1,570-3,921)], obesidad [aOR 3,473 (1,326-9,093)], Apgar-5 minutos [aOR 0,212 (0,152-0,294)] y ácido láctico en sangre de cordón [1,199 (1,082-1,329)]. En cuanto a ingreso en UCIN: cesárea [aOR 1,941 (1,253-3,009)], sexo masculino [aOR 1,892 (1,302-2,748)], Apgar-5 minutos [aOR 0,180 (0,131-0,247)] y ácido láctico en sangre de cordón [1,254 (1,134-1,386)].

Conclusión. El ácido láctico en sangre de cordón es factor de riesgo de ingreso en UCIN y de TTRN en recién nacidos a término y pretérminos tardíos.

Malformaciones anorrectales: estudio de los casos detectados en nuestro centro. *Martín Galán E, Sus Usero J, García Sánchez M, Paíño Román M, Izquierdo García I, González Fernández I, Blanco Rodríguez P, Roux Rodríguez A. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

Introducción. Las malformaciones anorrectales (MAR) son anomalías congénitas del intestino distal que se manifiestan en el periodo neonatal y requieren un abordaje diagnóstico y terapéutico precoz. Su incidencia es 1/3.000-5.000 nacidos vivos. Pueden asociarse a otras malformaciones, como el espectro VACTERL. Se debe realizar exploración física detallada y estudios de imagen, para una correcta clasificación y selección de la técnica quirúrgica, optimizando el pronóstico.

Objetivo. El objetivo de este trabajo es el estudio de los neonatos con malformaciones anorrectales ingresados en una unidad neonatal de nivel IIIb, analizando factores de riesgo, asociaciones con otras malformaciones y su evolución.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en Neonatología en nuestro centro de 2016-2025 con diagnóstico de MAR y análisis de sus características.

Resultados. Nuestra muestra es de 8 pacientes. Las MAR tienen una incidencia de 1/2.018 nacidos vivos. La incidencia en hombres es 1/1.658 y en mujeres es 1/2.618. Los recién nacidos prematuros tienen una incidencia superior (1/440) que los nacidos a término (1/2.965). Todos requirieron cirugía y 1 de ellos falleció. 6 asociaban malformaciones a otros niveles, 3 de ellos englobándose dentro del espectro VACTERL y 1 caso de otro síndrome polimalformativo. Solamente 1 paciente presentaba diagnóstico prenatal.

Conclusiones. La incidencia de malformaciones anorrectales en nuestro centro es mayor a la encontrada en la literatura. Los factores de riesgo hallados son el sexo varón, que no condiciona una peor evolución, y la prematuridad, que además se asocia con mayor mortalidad. La asociación polimalformativa más frecuente es el espectro VACTERL.

Detectar a tiempo, actuar con tacto: el reto de la criptorquidia neonatal. *Viñas Vega V, Parro Olmo P, López Muñoz J, Delgado Lafuente A, Sumpsi Sánchez C, Izquierdo Caballero R, Caserío Carbonero S, Morales Luengo F. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. La criptorquidia se define como la ausencia de uno o ambos testículos en las bolsas escrotales y constituye una entidad frecuente en el recién nacido. Su diagnóstico y manejo clínico oportunos, principalmente desde Atención Primaria, son fundamentales para prevenir complicaciones.

Objetivos. Describir las características clínicas y el manejo terapéutico de los casos de criptorquidia diagnosticados en nuestro centro durante los últimos cinco años.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de criptorquidia diagnosticados entre los años 2020 y 2025.

Resultados. Se incluyeron 26 pacientes de 6.335 recién nacidos, lo que supone una incidencia del 0,4%. La forma de presentación más frecuente fue la criptorquidia unilateral ($n= 17$; 65%), afectando con mayor frecuencia al testículo derecho (70%). Se registró un caso de prematuridad y seis pacientes con bajo peso al nacer. El maldescenso testicular con localización en el canal inguinal fue el hallazgo diagnóstico inicial más común. En las nueve criptorquidias bilaterales (35%) se solicitó estudio hormonal y cariotipo, encontrándose en un caso un cariotipo 47,XY. En cuanto al tratamiento, diez pacientes (38,5%) precisaron intervención quirúrgica, a la mediana de edad de 15,5 meses (IQR: 13-19). Cuatro casos presentaron resolución espontánea y once se encuentran en seguimiento evolutivo. Ningún paciente requirió terapia hormonal.

Conclusiones. La criptorquidia constituye la malformación más frecuente en los genitales externos. En nuestra serie, predomina la afectación unilateral derecha, con localización habitual en canal inguinal. La norma es la actitud expectante pero es preciso un seguimiento adecuado y en las formas bilaterales se deberían realizar pruebas complementarias de inicio.

Sábado 15 de noviembre • Aula 4

Miscelánea

Tratamiento con inhibidores de la aromatasa en pacientes con talla baja. *Alonso Alonso A, Castellano Mata A, Rodríguez Dehli C, Pérez Pérez A, Pérez Gordón J, Salcedo Fresneda O, Santos Gómez L, Riaño Galán I. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Los inhibidores de la aromatasa (IA) reducen la conversión de andrógenos en estrógenos, retrasando la maduración ósea y el cierre epifisario. Su empleo prolonga el crecimiento lineal y mejora el pronóstico de talla final.

Objetivo. Evaluar la eficacia y seguridad de los IA en pacientes pediátricos varones con talla baja de distintas etiologías.

Material y métodos. Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo realizado en la Unidad de Endocrinología Pediátrica de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron tres pacientes varones con talla baja tratados con anastrozol (1 mg/día). Se analizaron datos clínicos, edad ósea, velocidad de crecimiento (VC) y efectos adversos

Resultados. Las etiologías fueron pubertad adelantada rápidamente progresiva, déficit de hormona de crecimiento (GH) y talla baja idiopática, todas con mal pronóstico de talla adulta. La edad media de inicio del tratamiento fue 13,8 años, todos en estadio puberal. La edad ósea se encontraba adelantada, acorde o discretamente retrasada según el caso. Todos estaban a tratamiento con GH. Tras un año de tratamiento, se observó enlentecimiento de la maduración ósea en los tres pacientes y aumento de la VC entre 1-2 cm/año en dos de ellos, manteniéndose estable en el tercero. No se registraron efectos adversos significativos. Un paciente suspendió el tratamiento tras 18 meses al superar su pronóstico de talla final; los demás continúan en seguimiento.

Conclusión. Los IA retrasan la maduración ósea y favorecen el crecimiento lineal en varones con talla baja, mejorando su pronóstico de talla. Se recomienda seguimiento por su posible repercusión en la densidad ósea y el metabolismo lipídico.

Evaluación longitudinal de la TSH neonatal en Asturias: un indicador del impacto de la política de suplementación de yodo individualizada. Rodríguez-Noriega Béjar L, Díaz Sierra L, González Irazabal Y, Prieto García MB, Riaño Galán I. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. El yodo es esencial para la síntesis de hormonas tiroideas y el desarrollo neurológico fetal. La TSH neonatal (TSHn), medida sistemáticamente en el cribado de hipotiroidismo congénito, es un marcador poblacional del estado nutricional de yodo. En 2015, Asturias sustituyó la suplementación universal en gestantes por una estrategia individualizada basada en la dieta y el uso de sal yodada. El objetivo es analizar la evolución de la TSHn tras la implementación de dicha política.

Material y métodos. Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal con datos del programa de cribado neonatal (2016-2024) en un hospital de tercer nivel de Asturias. Se

analizaron 47.322 recién nacidos, determinando TSH en sangre capilar entre 48–72 h de vida. Se calcularon medianas y percentiles anuales (p95, p99, p99.5, p99.9).

Resultados. Las medianas de TSHn oscilaron entre 1.8 y 2.22 mUI/L, manteniéndose en rango de yodosuficiencia. Sin embargo, los percentiles superiores mostraron una tendencia ascendente, con una prevalencia de TSHn > 5 mUI/L del 5,22%, superior al 3% recomendado por la OMS.

Conclusiones. Los datos sugieren una yodosuficiencia global estable, pero sin mejora tras la política de suplementación individualizada. La elevación progresiva en los percentiles altos plantea dudas sobre su efectividad práctica y la equidad en la cobertura. La TSHn demuestra ser un valioso indicador para auditar las políticas de salud pública. La persistencia de valores elevados reabre el debate sobre si una suplementación universal no sería más eficaz para garantizar una cobertura equitativa y prevenir riesgos potenciales para el desarrollo fetal, incluso en regiones consideradas yodosuficientes.

Neutropenia autoinmune en Pediatría: estudio sobre la asociación con el fenotipo eritrocitario Duffy. Fernández Herrera MC¹, Escobar Fernández L¹, Pérez Gutiérrez ME¹, González García H¹, Martín Alonso MC², González Fraile P², Fernández Fernández ME², Maté Real A¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León. Valladolid.

Introducción. La neutropenia es un hallazgo frecuente en la infancia, definiéndose como < 1.000 neutrófilos/ μ l en menores de un año y < 1.500/ μ l posteriormente. La neutropenia autoinmune es aquella causada por anticuerpos antineutrófilo. El antígeno eritrocitario Duffy doble negativo se asocia a neutropenia constitucional, de curso benigno y más prevalente en población asiática o africana. La presencia de anticuerpos antineutrófilo en pacientes con neutropenia constitucional favorece el desarrollo de enfermedades autoinmunes, por lo que el seguimiento de dichos pacientes es fundamental para diagnosticarlas precozmente. Hemos detectado en nuestra muestra pacientes con neutropenia autoinmune y fenotipo eritrocitario Duffy doble negativo. Dicha asociación no está descrita en la literatura.

Objetivos. El objetivo principal consiste en analizar la cifra de neutrófilos y la presencia de anticuerpos antineutrófilo en donantes sanos con fenotipo eritrocitario Duffy doble negativo del centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León. Objetivos secundarios: estudiar la procedencia de pacientes con fenotipo eritrocitario Duffy doble negativo y describir las características de pacientes seguidos en Oncohematología infantil por neutropenia autoinmune.

Materiales y métodos. Estudio observacional de donantes sanos del Centro de Hemoterapia y Hemodonación de Castilla y León con fenotipo eritrocitario Duffy doble negativo y pacientes pediátricos seguidos en Oncohematología infantil por neutropenia autoinmune.

Resultados provisionales. Se estudiaron 150 pacientes pediátricos con neutropenia autoinmune. Se analizó el antígeno eritrocitario Duffy en 48 (32%), de los cuales 13 (27,3% de los analizados) presentan antígeno Duffy doble negativo.

Conclusiones. Estamos estudiando los donantes sanos con antígeno eritrocitario Duffy doble negativo para poder obtener resultados.

Nuevos sistemas de registro electrocardiográfico. Kardia-Mobile. *Delgado Lafuente A, Salamanca Zarzuela B, Redondo Vegas E, Fekete López E, Vilches Fraile S, Liquete Marin M, Macias Panedas A, Alcalde Martín C.* Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. Describir los hallazgos registrados a través del dispositivo Kardia-mobile como detector de eventos arrítmicos desde su instauración en una consulta de Cardiología pediátrica.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo que incluye pacientes menores de 14 años atendidos en consulta de Cardiología pediátrica en hospital de tercer nivel por clínica compatible con arritmia, en los que se ha utilizado el sistema Kardia-mobile como herramienta diagnóstica.

Casos clínicos. Durante el último año se ha utilizado el sistema estudiado en 21 pacientes. 12 mujeres y 9 varones, con una edad media de 9,3 años, mediana 12 años. En todos ellos se había realizado ecocardiograma y ECG basal y en 10 de ellos, además holter-ECG, siendo normal en todos los casos. Se han registrado taquicardia paroxística supraventricular en dos pacientes: uno de ellos varón de 14 años, con episodios de inicio y fin súbitos de segundos de duración y dos años de evolución, el otro en una paciente mujer de 12 años, con episodios de la misma semiología, de tres meses de evolución que habían aumentado su frecuencia en las últimas semanas.

Conclusiones. KardiaMobile es un sistema inteligente de mediciones de ECG de una sola derivación. Puede transportarse en el bolsillo, y permite realizar un registro cardiográfico en el momento de inicio de la sintomatología. Es un sistema especialmente útil en pacientes como los que les presentamos con episodios no diarios, que pueden escaparse al registro en un holter-ECG, y de corta duración, que pueden no registrarse en un ECG basal.

Proyecto “activo mi salud”. Aprendizajes iniciales y construcción de red comunitaria en torno a la promoción de la actividad física infantil y adolescente. *Sarmiento Martínez M¹, Mañez Barrutia I¹, Ferreras Pérez N¹, Montero Díaz N², Alonso Azcárate L², Alonso Lorenzo JC³, Domínguez Aurrecoechea B⁴, Grupo de investigación abordaje integral del exceso de peso infantil⁴.* ¹Centro de Salud La Corredoria. Oviedo. ²Área de Gestión Clínica de Infancia y Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³Gerencia de Atención Primaria Área IV. Oviedo. ⁴Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA). Oviedo.

Objetivo. Describir los resultados y las experiencias significativas surgidas durante la fase inicial de un proyecto de participación comunitaria centrado en la identificación de activos de salud que favorecen la actividad física en la infancia y adolescencia.

Metodología. Durante los primeros meses se realizaron reuniones con trabajadoras sociales, entidades que trabajan con infancia y adolescencia, centros educativos e instituciones. Se aplicó una metodología participativa basada en el enfoque de activos en salud y la escucha activa para detectar intereses compartidos, recursos existentes y oportunidades de colaboración. Se registraron los contactos, acuerdos y colaboraciones generadas.

Resultados. El proceso planteó la posible incorporación del equipo a una plataforma comunitaria local que actúa como consejo de salud y la organización de una reunión conjunta entre profesionales sanitarios y servicios sociales. Se identificaron grupos de participación infantil. Se establecieron colaboraciones con asociaciones del barrio. Destaca la implicación de los centros escolares y de los residentes del Centro de Salud. El proyecto ha tenido repercusión en prensa local y ha recibido apoyo del Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Ayuntamiento de Oviedo y Dirección General de Salud Pública.

Conclusiones. La fase inicial del proyecto ha puesto de manifiesto una comunidad con gran potencial colaborativo y un tejido social más activo de lo esperado. Los resultados confirman que el trabajo de escucha y relación constituye un activo en sí mismo, al generar alianzas, visibilidad y reconocimiento institucional. Estos aprendizajes refuerzan la idea de que los procesos participativos no solo construyen proyectos, sino también comunidad.

Análisis de los factores de riesgo de pacientes graves en Unidades de Cuidados Intermedios Pediátricos. *Delgado Lafuente A¹, Redondo Vegas E¹, Andres Porras MDP², Pérez Porra S³, Granda Gil E¹.* ¹Hospital Universitario Río Hortega.

Valladolid. ²Hospital Universitario de Burgos. ³Hospital de San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Objetivos. Identificar los factores de riesgo de paciente grave en las primeras 24 horas de ingreso en unidades de cuidados intermedios pediátricos (UCIM).

Material y métodos. Estudio retrospectivo de < 14 años entre junio de 2021 y septiembre de 2024 en UCIM. Se consideró “paciente grave” aquel que cumplía cualquiera de los siguientes: ventilación no invasiva ≥ 3 días, $\text{FiO}_2 \geq 40\%$ durante ≥ 3 horas, ventilación mecánica, vía central, traslado a UCIP, estancia en UCIM ≥ 3 días, estancia total ≥ 5 días, nutrición parenteral, fármacos vasoactivos o drenaje torácico. Las variables cualitativas se compararon mediante el test Chi cuadrado o test de Fisher. Las variables continuas se compararon mediante la T de Student o U de Mann-Whitney, según la distribución de los datos. Se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística para identificar los factores independientes de paciente grave. El nivel de significación se estableció en 0,05.

Resultados. Se incluyeron 567 pacientes, 269 (47,4%) graves. La edad mediana fue 15 meses (RIC 3-49 meses), y 328 (57,8%) fueron varones. En el análisis multivariante ajustado por edad y sexo, fueron factores de riesgo independientes: saturación de oxígeno (SatO_2) [aOR 0,855 (0,762-0,960)], dificultad respiratoria moderada/grave [aOR 4,719 (2,150-10,361)], potasio [aOR 1,765 (1,066-2,921)] y preocupación del personal o familiares [aOR 4,347 (1,687-11,205)].

Conclusiones. La saturación de oxígeno, la dificultad respiratoria moderada/grave, el potasio y la preocupación del personal o de los familiares durante las primeras 24 horas de ingreso en UCIM fueron factores de riesgo de pacientes graves.

Caracterización clínica y etiológica de las bronquiectasias no relacionadas con fibrosis quística en Pediatría. Mesa Lombardero E¹, Miranda Montequín S¹, Simón Bernaldo De Quirós C², Fernández Miaja M¹, Gutiérrez Martínez JR¹. ¹AGC de la Infancia y la Adolescencia, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Centro de Salud Nuevo Roces. Gijón, Asturias.

Objetivos. Describir las características clínicas de pacientes pediátricos con bronquiectasias no fibrosis quística (FQ).

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo en un hospital de tercer nivel, incluyendo pacientes en seguimiento en Neumología Pediátrica con bronquiectasias no FQ.

Resultados. Se incluyeron 14 pacientes, 64,3% varones, con edad media al diagnóstico de 6,4 años (DE 3,52). Cinco de ellos tenían comorbilidades, siendo el asma la más fre-

cuente (3/5). La clínica al diagnóstico fue principalmente infecciones de vías bajas de repetición (78,6%), tos (64,3%) y expectoración (35,7%). Se realizó TCAR al diagnóstico en todos, en la mayoría estudio microbiológico (92,9%) e inmunológico (85,7%), broncoscopia en 64,3%. Doce realizaron espirometría, tres mostraron patrón obstructivo. En 3/6 con estudio genético se detectaron mutaciones específicas. El 71,4% de las bronquiectasias fueron localizadas, predominando en lóbulo inferior izquierdo [LII] (50%) y lóbulo inferior derecho [LID] (40%). La mayoría fueron de tipo cilíndrico (64,3%). La etiología más frecuente fue postinfecciosa (50%) seguida de inmunodeficiencias [déficit de IgA, déficit de CD4, síndrome delta de PI3K activado tipo 2] (21,4%) y discinesia ciliar primaria [DCP] (7,1%). La media de exacerbaciones respiratorias/año, en los últimos 5 años, fue de 1,5 (DE 0,94). Se instauraron medidas de tratamiento que incluyen fisioterapia respiratoria (92,9%), corticoides inhalados (78,6%), azitromicina profiláctica (50%) y suero salino hipertónico nebulizado (35,7%).

Comentarios. La tos persistente y las infecciones de vías bajas fueron la clínica predominante siendo la mayoría de las bronquiectasias localizadas y de origen postinfeccioso. Deben considerarse otras etiologías subyacentes, especialmente inmunodeficiencias y DCP.

Características de las hospitalizaciones de niños con necesidades especiales de salud. Fekete López E¹, Ortega Macías M¹, Agüera Martín C¹, López González L¹, Del Villar Guerra P², García Miralles LC¹, Cano Garcinuño A¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario El Bierzo. Ponferrada, León.

Objetivos. Determinar la incidencia de las hospitalizaciones generadas por niños con necesidades especiales de salud (NNES) y describir sus características.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo de los ingresos en un hospital de tercer nivel, entre 01/05/24-01/05/25. Se recogieron variables demográficas y clínicas. Los pacientes fueron identificados como NNES con el cuestionario *Children with Special Health Care Needs Screener* (CSHCNS).

Resultados. Se identificaron 137 hospitalizaciones generadas por NNES, suponiendo el 25% de hospitalizaciones durante un año y el 28% de días de hospitalización total. Los ingresos de NNES se deben principalmente a pacientes afectación neurológica (46%), seguidos en frecuencia de pacientes con patología psiquiátrica, cardiológica, endocrinológica y neumológica. El 30% de los ingresos de NNES requirió estancia en una Unidad de Cuidados Intermedios,

el 1,5% traslado a UCI y hubo un fallecimiento. Un 32% de los episodios precisó soporte respiratorio, predominando la oxigenoterapia convencional (32%), seguida de ventilación no invasiva (14%) y oxigenoterapia de alto flujo (7%). Este soporte fue más frecuente en pacientes neurológicos (50% vs. 18%). El 56% de los ingresos recibió soporte nutricional, principalmente fluidoterapia (46%) y nutrición enteral (25%), con mayor prevalencia en pacientes con patología neurológica (65% vs. 50%). Fueron frecuentes tanto procedimientos diagnósticos (pruebas de imagen 48%) como terapéuticos (antibioterapia 24%, anticomiciales 20%).

Conclusiones. Un porcentaje elevado de hospitalizaciones se deben a NNES, los cuales consumen un número significativo de recursos sanitarios. La identificación de NNES durante un ingreso podría ayudar a adecuar su asistencia sanitaria.

“Ingresando” la simulación en planta: evaluación y resultados. *Martino Redondo P, Fernández Miaja M, Cabeza Antuña A, Martínez García C, Rodríguez-Noriega Béjar L, Ornia Fernández C, Castellanos Mata A, Alonso Álvarez MA. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Evaluar un programa de simulación realizado en planta de hospitalización pediátrica.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de 22 simulaciones clínicas (12 programadas, 10 no programadas) realizadas entre noviembre 2023 y diciembre 2024 en planta de un hospital de tercer nivel. Se evaluó: la comunicación (herramienta SBAR: Situación-Background-Assessment-Recommendation), la disponibilidad del material, oxigenoterapia, técnica de ventilación y uso de fármacos, así como 55 encuestas cumplimentadas por los participantes.

Resultados. En la evaluación SBAR, el apartado mejor valorado fue la Situación (adecuado en 73% de las simulaciones) seguido de Antecedentes (50%), Evaluación (40%) y Recomendación (0%). La disponibilidad del material fue adecuada en el 77% de los casos. El material estaba localizable en el 95%. La apertura del oxígeno fue apropiada en el 76%, el flujo de las gafas nasales, en el 100%, el de la nebulización, en el 80%, el de la ventilación en el 53%. Los fármacos fueron indicados correctamente en el 86% de las ocasiones. La dosis era apropiada en 63% y la preparación, en el 86%. Todos los participantes consideraron útil la simulación y el 93% querían seguir realizándola. La mayoría de los participantes tenían preferencia por las simulaciones no programadas.

Conclusiones. El nivel de satisfacción con el programa fue alto, siendo bien valorado como método formativo. Los participantes prefieren simulaciones no programadas, que podrían replicar mejor las situaciones reales. Los errores más

frecuentes se detectaron en aspectos de comunicación, así como cálculo de dosis, observándose mejor desempeño en manejo de material, oxigenoterapia y ventilación.

Inteligencia artificial en urgencias pediátricas: precisión del modelo ChatGPT4.0 en resolución de casos clínicos pediátricos. *Camacho Sáez B, Melnic D, Sierra Pedraja E, Leonardo Cabello MT, López Fernández C, Gómez Arce A, Pelaez Sánchez A, García Mier C. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivo. La inteligencia artificial (IA) adquiere un papel cada vez más relevante en el ámbito médico. El objetivo de este estudio es evaluar la precisión del modelo ChatGPT4.0 en la resolución de casos clínicos pediátricos y compararla con pediatras.

Material y métodos. Estudio transversal y multicéntrico mediante cuestionario anónimo distribuido por Google Forms entre el 14 y el 30 de enero de 2025. El test constaba de 10 preguntas sobre casos clínicos (cuatro con imágenes), de respuesta múltiple con una sola opción correcta, y fue respondido tanto por pediatras como por ChatGPT4.0. Se realizó análisis descriptivo y comparativo mediante pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

Resultados. Se obtuvieron 306 respuestas: 28,1% correspondían a pediatras de urgencias, 33% a pediatras con guardias, 24,2% a pediatras de atención primaria y 14,7% a residentes. ChatGPT-4 acertó 9 de 10 preguntas (90%), superando la mediana de aciertos de los pediatras (7; RIC 6-8; 69%). Los pediatras de urgencias (PU) alcanzaron los mejores resultados humanos (75%; p< 0,001). Únicamente el 14,4% de los participantes igualaron la puntuación del modelo, la mitad de ellos PU.

Conclusiones. ChatGPT-4 demostró una alta precisión diagnóstica, superando el rendimiento global de los pediatras. Estos resultados invitan a reflexionar sobre el potencial de la colaboración entre IA y profesionales médicos para mejorar la precisión diagnóstica y optimizar las decisiones terapéuticas en pediatría.

**Sábado 15 de noviembre • Sala de Prensa
Miscelánea**

Anafilaxia en Pediatría: muchas reacciones, poca adrenalina, entre la evidencia y la práctica real. *Musgo Balana P, Rondón Martínez CV, Sans Pérez L, Del Villar Guerra P. Hospital El Bierzo. Ponferrada, León.*

Objetivos. Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de nuestro centro por sospecha de anafilaxia.

Material y métodos. Estudio unicéntrico, observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes menores de 14 años atendidos en nuestro centro por sospecha de anafilaxia entre los años 2017 y 2024.

Resultados. Durante el periodo de estudio se atendieron 32 pacientes, con una mediana de edad de 5,8 años y con ligero predominio de varones (56,3%). El 59,4% tenía antecedentes de alergia alimentaria. En el 81,8% de los casos, la ingesta alimentaria fue el desencadenante del episodio siendo los frutos secos el principal alérgeno implicado (43,7%). Únicamente el 6,3% utilizó la adrenalina autoinyectable antes de acudir a urgencias. El 46,8% recibieron atención extrahospitalaria, de los cuales el 60% fue tratado con adrenalina intramuscular en la primera valoración. El 90,6% permaneció en observación al menos 2 horas y ningún paciente tuvo que ser trasladado a la UCIP.

Conclusiones. Es fundamental reforzar la educación de las familias de niños con alergias y de los diferentes profesionales sanitarios en el reconocimiento precoz de los signos de anafilaxia y en la correcta utilización del autoinyector de adrenalina.

Patrones clínicos y de sensibilización en pacientes pediátricos candidatos para inmunoterapia específica: hallazgos preliminares. Rondón Martínez CV, Musgo Balana P, Sans Pérez L, Del Villar Guerra P. Hospital El Bierzo. Ponferrada, León.

Objetivos. Describir el perfil epidemiológico, las características clínicas, el patrón de sensibilización y el tipo de inmunoterapia específica (IT) indicada en una cohorte pediátrica candidata a inmunoterapia frente a neumoalérgenos.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo de 40 pacientes consecutivos reclutados (septiembre 2024-Julio 2025) con diagnóstico de rinoconjuntivitis (RCA) y/o asma alérgica. Se recogieron variables demográficas, antecedentes personales y familiares, diagnóstico clínico, patrón de sensibilización y tipo de IT. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

Resultados. La mediana de edad fue 10,1 años (rango intercuartílico 3,1). Predominó el sexo masculino (62,5%, n= 25), residencia en zona rural (60%, n= 24). El 55% (n= 22) presentaba antecedentes familiares de alergia de primer grado; el 85% (n= 34) tenía alergia alimentaria, y el 30% (n= 12) dermatitis atópica. El predominio clínico fue de RCA (77,5%, n= 31, asociándose asma en 22,5% (n= 9). El prick test se realizó en el 97,5% (n= 39), e IgE específica en

todos los pacientes previa a la IT. La sensibilización predominante fue para ácaros del polvo (85%, n= 34) seguida de malezas (55%, n= 22) y polen de gramíneas (47,5%, n= 19). El 75% (n= 30) eran polisensibilizados. La IT prescrita fue subcutánea en 62,5% (n= 25) y sublingual en 37,5% (n= 15); en monoterapia 72,5% (n= 30) y en mezcla 27,5% (n= 10).

Conclusiones. Este estudio descriptivo preliminar permite caracterizar el perfil epidemiológico, clínico y de sensibilización de pacientes pediátricos candidatos a IT. La mayoría presenta RCA y polisensibilización, con variabilidad en la modalidad de administración. Estos datos constituyen una base para futuros estudios que evaluarán la efectividad y seguridad de la inmunoterapia en esta población.

Experiencia en la administración de infliximab en el hospital de día pediátrico. Recio González M, Gestoso Uzal N, Melnic Melnic D, Peláez Sánchez A, Sierra Pedraja E, Camacho Saez B, García Mier C, Leonardo Cabello MT. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos. Evaluar la experiencia de administración de infliximab en población pediátrica en un Hospital de tercer nivel, describiendo sus indicaciones clínicas, frecuencia de infusiones e identificar efectos adversos durante la administración del fármaco. Con la intención de evaluar su perfil de seguridad y garantizar la correcta actuación del personal sanitario durante la infusión.

Material y métodos. Estudio descriptivo realizado a partir de una base de datos con las administraciones de fármacos recibidas en el Hospital de día pediátrico durante el año 2024. Se incluyeron 22 pacientes tratados con infliximab. Se registraron indicaciones clínicas, número de dosis administradas, distribución mensual de las infusiones y aparición de efectos secundarios.

Resultados. Se administraron un total de 100 dosis de infliximab, siendo enero el mes con mayor número de infusiones administradas. Entre las indicaciones clínicas para el tratamiento con este anticuerpo monoclonal, la mayoría de los pacientes (59%) recibió el fármaco por enfermedad de Crohn, el 18% por colitis ulcerosa, y el resto por artritis idiopática juvenil o síndrome de Tolosa-Hunt. La mayor parte no presentó efectos secundarios; fueron solo cuatro los pacientes que experimentaron alguna reacción adversa, siendo las reacciones infusoriales las más frecuentes (50%), seguidas de cefalea y dolor abdominal.

Conclusión. El infliximab se muestra como una herramienta terapéutica eficaz y generalmente segura en población pediátrica. No obstante, la aparición de efectos adversos, aunque poco frecuentes, subraya la necesidad de protocolos

claros para el manejo de reacciones durante la infusión, garantizando la seguridad del paciente y la adecuada actuación del personal sanitario.

Comunicaciones interauriculares: la principal cardiopatía pediátrica. Martín Pérez E¹, Jiménez Noriega MJ², Sumpsi Sánchez C¹, Parro Olmo P¹, Alcalde Martín C¹, Fraile Astorga G³, Centeno Malfaz F⁴, Salamanca Zarzuela B¹. ¹Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. ³Centro de Salud de Cuéllar. Segovia. ⁴Hospital Recoletas Salud Campo Grande. Valladolid.

Las comunicaciones interauriculares (CIA), patología frecuente en cardiología pediátrica, suponen el 6-10% de cardiopatías congénitas. Las más prevalentes y con variabilidad clínico-terapéutica son las *Ostium Secundum* (OS).

Objetivo. Descripción de factores de riesgo, pronósticos y características clínico-evolutivas, ecocardiográficas y procedimentales de pacientes que precisan cierre.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo con 66 pacientes diagnosticados de CIA. Variables estudiadas: tipos de CIA, tamaño, edad al diagnóstico y al cierre y tipo de cierre.

Resultados. Predominio en varones (55,4%), más frecuente OS (80,3%). El 25% presentaron insuficiencia cardíaca durante su evolución y 24,2% fallo de medro que precisó soporte nutricional. Al diagnóstico, edad y tamaño medios fue 17,71 meses y 6,5 mm; sin dilatación de cavidades ni hipertensión pulmonar. Un 15,2% presentaron cierre espontáneo, 24,2% por dispositivo, 30,3% cirugía y resto en proceso de cierre al diagnóstico; destacando que las *Ostium Primum* (OP) y Seno venoso precisaron cierre externo. La edad al cierre no fue relevante, pero sí que las CIA OS y seno venoso presentaron mayor tamaño. Se han analizado CIA OS, observando riesgo 2,5 veces mayor en varones y 7,33 veces mayor de precisar cierre en las > 5 mm al diagnóstico. No diferencias que orienten al abordaje quirúrgico o por dispositivo, evolucionando sin complicaciones y sin reintervención.

Conclusiones. La CIA más frecuente es tipo OS, destacando en varones y soliendo precisar cierre terapéutico en > 5 mm, igualmente en las OP y Seno venoso, siendo necesario por posibles complicaciones derivadas (insuficiencia cardíaca, fallo de medro). No diferencias entre abordajes, con adecuada evolución con una sola intervención.

TRAPPC11: más allá de la distrofia muscular de cinturas. Castellanos Mata A¹, Hedrera Fernández A¹, González Acero A², Fernández Castro A², Álvarez Martínez M¹, Blanco Lago

R¹, Málaga Diéguez I¹. ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Asturias.

Introducción. Las distrofias musculares de cinturas (LGMD) constituyen un grupo heterogéneo de miopatías de origen genético caracterizadas por la debilidad progresiva de la musculatura proximal. Las variantes en el gen *TRAPPC11* se relacionan con la distrofia muscular de cinturas autosómica recesiva tipo 18 (LGMDR18), que puede acompañarse de manifestaciones neurológicas significativas más allá de la afectación muscular.

Objetivo. Describir la serie de pacientes diagnosticados de LGMDR18 en Asturias entre 2015 y 2025 y caracterizar su fenotipo clínico, genético y radiológico.

Resultados. Se identificaron cinco pacientes homocigotos para la variante c.1287+5G>A en el gen *TRAPPC11*, todos de etnia romaní: un paciente de 13 años al diagnóstico, dos hermanos varones de 5 y 13 años al diagnóstico y dos hermanas gemelas de 14 años al diagnóstico. Todos ellos presentaron hiperCKemia, microcefalia grave, retraso global del desarrollo psicomotor y déficit cognitivo. Cuatro mostraron ataxia, debilidad proximal y caídas recurrentes, llegando a perder uno de ellos la capacidad de deambulación. Uno de los pacientes presenta epilepsia farmacorresistente. En los dos casos en que pudo realizarse, la RM craneal reveló atrofia cortical y cerebelosa.

Conclusión. La variante c.1287+5G>A en *TRAPPC11* se asocia en homocigosis a un fenotipo neurológico complejo, que combina la debilidad muscular proximal con microcefalia, discapacidad intelectual, ataxia y epilepsia. La identificación de nuevos casos en nuestra región amplía la cohorte ya descrita en España y refuerza la necesidad de considerar dicha variante en pacientes romaníes con afectación neurológica grave e hiperCKemia de causa no filiada, sobre todo en familias consanguíneas.

Trastornos respiratorios del sueño en una unidad de sueño infantil. Castro Rey M, Urbaneja Rodríguez E, Elices Crespo R, Centeno Malfaz F, Aledo A, Acuña M. Hospital Recoletas Salud Campo Grande. Valladolid.

Objetivos. Determinar la prevalencia y características clínicas de los trastornos respiratorios del sueño (TRS) en población pediátrica, así como evaluar el rendimiento diagnóstico de las herramientas clínicas y complementarias utilizadas en la práctica habitual.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes valorados en la Unidad

de Sueño del Hospital Recoletas Salud Campo Grande. Se incluyeron pacientes entre 0 y 15 años derivados por sospecha de TRS. Se analizaron variables clínicas (ronquido habitual, pausas respiratorias, somnolencia diurna, TDAH), antropométricas (IMC) y resultados de estudios de polisomnografía nocturna (PSG). Se evaluó la correlación entre la clínica de los pacientes, los cuestionarios de sueño y el índice de apnea-hipopnea (IAH).

Resultados. Se incluyeron 46 pacientes; el 62% eran varones. El síntoma más frecuente fue el ronquido (91%), seguido de pausas respiratorias (54%). El 47% tenía sobre peso u obesidad. La PSG confirmó TRS en el 68% de los casos, siendo la apnea obstructiva del sueño leve la forma más común. Se observó correlación moderada entre severidad clínica percibida, los cuestionarios entregados y los valores de IAH ($r= 0,48$).

Conclusiones. Los TRS son frecuentes en la infancia, especialmente en niños con obesidad o hipertrofia adenomigdalar. Aunque la clínica orienta al diagnóstico, la polisomnografía es importante para confirmar y graduar la severidad. Se requieren estrategias de detección precoz y manejo multidisciplinario entre neopediátrica, neumología infantil, otorrinolaringología y neurofisiología para prevenir complicaciones.

Atención al paciente con traumatismo craneoencefálico en Urgencias de Pediatría y corta estancia. Indicadores asistenciales. Matorras Cuevas A, Pulito González M, Piniella Alonso A, Rodríguez López A, Letemendia Fernández N, Pérez Miguel M, Roldán Pascual N, Guerra Díez JL. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos. El objetivo principal del estudio fue describir las características de los pacientes pediátricos observados en Unidad de Corta Estancia Pediátrica de un Hospital Terciario por traumatismo craneoencefálico (TCE). Como objetivo secundario, analizar el cumplimiento de indicadores de calidad asistencial.

Material y métodos. Estudio retrospectivo incluyendo episodios de pacientes entre 30 días de vida y 15 años observados en UCEP por TCE entre enero-septiembre de 2025. Se excluyeron los casos ingresados inicialmente en otras unidades o derivados directamente a Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). La estratificación del riesgo se efectuó según la regla internacional PECARN.

Resultados. Durante el periodo analizado, los TCE en urgencias representaron el 2,88%(771) de visitas a urgencias. Fueron seleccionados 57 episodios (7,39% de los episodios de UCEP). El 62,7% fueron niños y el 37,3% niñas,

con una mediana de edad de $7,70 \text{ años} \pm 5,45$. En el 55,9% de casos se realizó tomografía axial computarizada (TAC), con una tasa de fractura craneal/TAC realizado del 24,7%. La estancia media fue 13,86 horas. El 89,83% de pacientes fue dado de alta a domicilio y el 10,17% trasladado a planta. Ninguna observación precisó UCIP. Solo un paciente superó las 24 h, ninguno superó las 48h.

Conclusiones. La mayoría de los TCE en urgencias de pediatría son leves y solo un pequeño porcentaje requiere observación hospitalaria. Del cálculo de la Tasa fractura/TAC se infiere la incidencia de patología post-traumática y analiza la indicación de pruebas de imagen.

Rendimiento de PRISM III y sistema de alerta precoz infantil para identificar pacientes graves Unidades de Cuidados Intermedios Pediátricos. Redondo Vegas E¹, Delgado Lafuente A¹, Andrés Porras P², Pérez Porra S³, Granda Gil E¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. ³Servicio de Pediatría. Hospital de San Pedro de Alcántara. Cáceres.

Objetivos. Analizar el rendimiento de las escalas PRISM III y sistema de alerta precoz infantil (SAPI) para identificar pacientes graves en unidades de cuidados intermedios pediátricos (UCIM).

Material y métodos. Estudio retrospectivo de < 14 años ingresados entre junio 2021 - septiembre 2024 en UCIM. Se consideró "paciente grave" aquel que cumplía cualquiera de los siguientes: ventilación no invasiva (VNI) ≥ 3 días, $\text{FiO}_2 \geq 40\%$ durante ≥ 3 horas, ventilación mecánica convencional (VMC), vía central, traslado a UCIP, estancia en UCIM ≥ 3 días, estancia total ≥ 5 días, nutrición parenteral, fármacos vasoactivos o drenaje torácico. Se analizó el rendimiento de PRISM III y SAPI para "paciente grave" mediante curvas ROC, y se calcularon el área bajo la curva (AUC), sensibilidad (Sn), especificidad (Sp) y razones de verosimilitud (LR).

Resultados. Se incluyeron 567 pacientes, edad mediana 15 meses (RIC 3-49 meses), 328 (57,8%) varones. El 31,6% tenía alguna comorbilidad. Hubo 269 (47,4%) pacientes graves: VNI ≥ 3 días 105 (18,5%), $\text{FiO}_2 \geq 40\% \geq 3$ horas 48 (8,5%), VMC 2 (0,4%), vía central 3 (0,5%), traslado a UCIP 22 (3,9%), estancia en UCIM ≥ 3 días 202 (35,6%), estancia total ≥ 5 días 185 (32,6%), fármacos vasoactivos 1 (0,2%), y drenaje torácico 1 (0,2%). El AUC fue: PRISM III 0,545 (IC95% 0,497-0,592), y SAPI 0,697 (IC95% 0,654-0,740). El mejor punto de corte de SAPI fue 3,5 (Sn 43,5%, Sp 86,6%, LR+ 3,25, LR- 0,65).

Conclusiones. Ninguna de las escalas tuvo buen rendimiento para identificar pacientes graves en UCIM.

Lesiones óseas en la edad pediátrica: enfoque diagnóstico y manejo basado en hallazgos radiográficos. *Posadilla Suárez P, Fernández Prieto A, López Pérez E, Gutiérrez Porro X, Blanco González A, Ocaña Alcober C, Andrés Andrés AG, Casas Ramos P. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Objetivo. Las lesiones óseas en niños constituyen una patología infrecuente en la práctica clínica diaria, por ello, puede resultar difícil para los pediatras el diagnóstico y abordaje adecuados ante hallazgos radiográficos que se desvían de la normalidad. Este estudio tiene como objetivo establecer una guía de manejo en lesiones óseas pediátricas en función de hallazgos en la radiografía simple. Se seleccionaron doce casos clínicos de valor radiológico y relevancia en el diagnóstico diferencial, desarrollando un enfoque sistemático para optimizar la interpretación y manejo de dichas lesiones.

Material y método. Revisión de doce casos clínicos con diagnóstico radiológico de lesión ósea, atendidos en Pediatría y en consulta de tumores de Traumatología. Se analizaron las radiografías simples, valorando patrones de destrucción ósea, márgenes de la lesión, reacción perióstica, localización anatómica y presencia de matriz tumoral. Con esto, se estableció un diagnóstico diferencial correlacionando los hallazgos radiológicos con la clínica y, cuando fue posible, con la histopatología.

Resultados. Las lesiones benignas más frecuentes fueron los quistes óseos, el defecto fibroso cortical y el osteocondroma. Entre las lesiones malignas, destacaron el osteosarcoma y el sarcoma de Ewing. Los hallazgos radiográficos, particularmente el patrón de destrucción ósea y el tipo de reacción perióstica, demostraron ser elementos clave para orientar el diagnóstico y distinguir entre lesiones benignas y malignas.

Conclusiones. La radiografía simple continúa siendo la herramienta fundamental en la valoración de lesiones óseas pediátricas. El reconocimiento de los patrones radiológicos característicos es esencial para orientar el diagnóstico, optimizar el manejo e instaurar un tratamiento precoz.

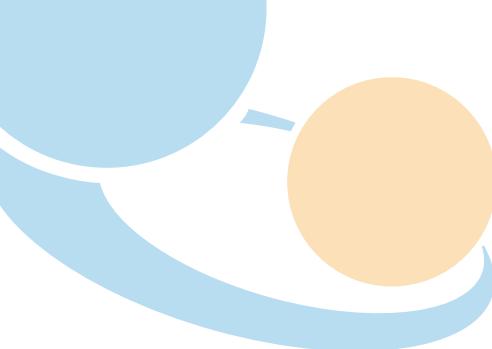
De la clínica al gen: dos hermanas con enfermedad pulmonar intersticial por mutación en SFTPC. *Angulo Sánchez V, Prieto Domínguez C, Merino Arribas JM, Dios Puebla ME, Recalde Tabar A, Melgosa Peña M, Ruiz Araus A, Clavijo Izquierdo ME. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La enfermedad pulmonar intersticial (EPID) engloba diversos trastornos que afectan al parénquima pulmonar y alteran el intercambio gaseoso. En pediatría, se han identificado como causa los defectos genéticos que afectan a la función, el metabolismo y la depuración del surfactante. Entre ellas, el déficit de proteína C, enfermedad autosómica dominante cuya mutación más frecuente es la I73T en el gen *SFTPC1*. Las características clínicas más comunes incluyen tos, taquipnea e hipoxemia. El diagnóstico se realiza a través de la clínica, estudios radiológicos y confirmación genética.

Casos clínicos. Caso 1: Paciente de 10 años en seguimiento por neumología infantil desde los 9 meses por EPID. Ingresó por insuficiencia respiratoria asociada a infección por virus Influenza A con hipoxemia mantenida pese a tratamiento. La radiografía mostró infiltrados bilaterales y la TACAR evidenció patrón en vidrio deslustrado. Mejoró con tratamiento con corticoides inhalados y oxigenoterapia domiciliaria, retirada a los pocos meses, con evolución favorable.

Caso 2: Hermana menor, que a los 2 meses de edad ingresó por insuficiencia respiratoria aguda y apnea secundaria a infección por Rino/enterovirus. Requirió ventilación no invasiva y un mes de ingreso por dependencia de oxígeno. La TACAR de tórax mostró patrón similar al de su hermana. Precisa oxigenoterapia domiciliaria durante el sueño durante 12 meses. Dada la afectación similar en ambas, se realizó estudio genético, identificándose la mutación c.218T>C en el gen *SFTPC*, responsable del déficit de proteína C del surfactante.

Conclusiones. Las EPID pediátricas son de difícil diagnóstico por la similitud clínica y radiológica. La sospecha precoz y el estudio genético del surfactante son claves para una correcta identificación.



Pósteres

Viernes 14 de noviembre • Sesión 1

- 1. ¿Son solo fracturas? Viñas Vega V, Parro Olmo P, González Castro R, Garcés Mas L, Martínez Pérez A, Mulero Collantes I, Alcalde Martín C, Puente Montes S.** Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. La osteoporosis idiopática juvenil es una entidad poco frecuente caracterizada por fracturas de bajo impacto en niños previamente sanos. Su diagnóstico suele retrasarse debido a la escasa sospecha clínica y a la ausencia de factores de riesgo evidentes. Reconocerla es fundamental para mejorar el pronóstico, ya que puede afectar significativamente la calidad de vida y el desarrollo físico del paciente.

Caso clínico. Niña de 6 años derivada a la consulta de nefrología pediátrica por hallazgo de hipercalciuria en contexto de dos fracturas en extremidades superiores (radio y húmero) tras traumatismos de baja energía. Se realiza densitometría (DXA) con DMO Z-score L2-L4: -2,1 DS. Se realiza estudio genético no identificándose mutaciones en relación con osteogénesis imperfecta, así como despistaje de causas secundarias de osteoporosis. Se suplementa con vitamina D por niveles < 20 ng/ml. A pesar de dicha optimización, presenta una tercera fractura (radio), por lo que se administra dosis de bifosfonato intravenoso. Presenta efectos secundarios leves (cuadro pseudogripal e hipocalcemia asintomática) sin presentar nuevas fracturas desde entonces (20 meses tras su administración).

Comentario. La osteoporosis se define como un Z-score $\leq -2,0$ en DXA asociado a fracturas de bajo impacto. El uso

de bifosfonatos en casos de osteoporosis pediátrica es infrecuente, y se recomienda en casos seleccionados con fracturas recurrentes, y cuando ya se han priorizado las medidas conservadoras. En nuestro caso la administración de una única dosis ha sido segura y ha presentado una evolución favorable.

- 2. ¿Vómitos tras piloromiotomía: recidiva o algo más? Calvo Penín C, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca SO, Rubin Roger S, Enríquez Zarabozo EM, Gómez Farpón A, Granell Suárez C, Álvarez Muñoz V.** Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La estenosis hipertrófica de píloro (EHP) constituye una de las principales causas de vómitos no biliosos en lactantes y su tratamiento quirúrgico mediante piloromiotomía suele ser definitivo, con muy baja tasa de recurrencia (0,3% y 2%).

Caso clínico. Lactante con diagnóstico de EHP sometido a piloromiotomía con evolución favorable. Reconsulta 45 días después por vómitos persistentes tras las tomas, con ecografía dentro del límite alto de la normalidad pero con tránsito gastrointestinal con paso filiforme de contraste a través del píloro, por lo que se realiza nueva piloromiotomía sobre oliva pilórica ligeramente engrosada con evolución postquirúrgica favorable. A los 2 meses reacude con la misma clínica y pruebas complementarias. Se realizó una tercera cirugía consistente en gastroscopia con paso de endoscopio a través del píloro (más alto y posterior de lo habitual) y piloroplastia según técnica de Heineke-Mikulicz con evolución y tolerancia oral favorable, y alta a los 8 días. Finalmente, el

paciente volvió a consultar al mes con vómitos recurrentes, esta vez con estudios complementarios de imagen normales. Ante la repetición del cuadro clínico se consideraron otras posibles etiologías diagnosticándose finalmente de síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES), con resolución completa tras la eliminación de proteína de leche de vaca.

Comentarios. Este caso ilustra la dificultad diagnóstica cuando una patología quirúrgica frecuente en lactantes coexiste con un trastorno alimentario menos habitual. Asimismo, resalta la importancia de mantener un enfoque clínico amplio y considerar diagnósticos diferenciales no quirúrgicos en presencia de vómitos persistentes tras cirugías correctivas.

3. Cuando el bazo se convierte en enemigo: secuestro esplénico agudo. *Camacho Sáez B, Reyes Sancho S, García Mier C, Peláez Sánchez A, Sierra Pedraja E, Gestoso Uzal N, Melnic D, Recio González M.* Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. La anemia falciforme es una hemoglobinopatía hereditaria caracterizada por la presencia de hemoglobina S, que condiciona crisis vasooclusivas y fenómenos de hemólisis. Entre sus complicaciones agudas destaca el secuestro esplénico, una urgencia vital pediátrica causada por la acumulación masiva de hematíes en el bazo, con rápida caída del hematocrito y riesgo de shock hipovolémico. Su diagnóstico precoz y tratamiento inmediato son esenciales para evitar desenlaces fatales.

Caso clínico. Niño de 4 años con anemia falciforme que acude por decaimiento y tinte icterico. Refiere vómitos y aumento del tamaño esplénico (de 3 a 7-8 traveses). A la exploración: mal perfundido, taquicárdico (142 lpm), esplenomegalia masiva, sin signos de dificultad respiratoria. Análiticamente: Hb 4,5 g/dl, Hto 13,9%, plaquetas 92.000/ μ L, reticulocitos 30%, bilirrubina total 3,6 mg/dl. Diagnóstico de shock hipovolémico secundario a secuestro esplénico agudo. Se inició fluidoterapia con Ringer Lactato y ceftriaxona intravenosa, con posterior traslado a UCIP para transfusión urgente y monitorización estrecha. Evolución favorable posterior.

Comentarios. El secuestro esplénico agudo es una de las principales causas de mortalidad en la anemia falciforme infantil. Su presentación suele ser abrupta y requiere un alto índice de sospecha ante esplenomegalia súbita y anemia severa. El tratamiento incluye expansión de volemia y transfusión inmediata, evitando la sobrecarga circulatoria. La educación familiar sobre la palpación del bazo y el reconocimiento precoz de signos de alarma resulta clave para prevenir recurrencias y complicaciones graves.

4. Cuando el fémur pierde el equilibrio: caso de epifisiolisis. *Gómez Menduiña J, Romero Del Hombre Bueno Gómez Del Pulgar Y, Maté Real A, Fraile Manzano M, Fernández De La Mano S, Sánchez Mengívar H, Moriana Río N, Melero González A.* Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La epifisiolisis de la cabeza femoral es una de las patologías ortopédicas más frecuentes en adolescentes, caracterizada por el desplazamiento posterior e inferior de la epífisis femoral sobre la metáfisis a través de la placa de crecimiento. Afecta con mayor frecuencia a varones entre los 10 y 16 años, con sobrepeso o en períodos de rápido crecimiento.

Caso clínico. Paciente varón de 13 años, obeso, acude derivado de su pediatra por dolor en la cadera izquierda de un mes de evolución, con irradiación hacia el muslo y rodilla ipsilateral sin traumatismo previo. Se acompaña de cojera. En la exploración física presenta limitación de la rotación externa de la cadera izquierda en comparación con la contralateral. No se aprecia acortamiento del miembro inferior izquierdo. Se realiza radiografía de pelvis y caderas donde se observa epifisiolisis de la cabeza femoral izquierda ([figura 1](#)). Se contacta con traumatología, que deciden ingresar para realizar intervención quirúrgica por presencia de deformidad moderada de la cabeza del fémur.

Comentarios. La epifisiolisis de la cabeza femoral representa una urgencia ortopédica que requiere un alto índice de sospecha clínica en el entorno pediátrico. La valoración cuidadosa de adolescentes, con sobrepeso y dolor en cadera o rodilla es esencial para un diagnóstico precoz. La detección temprana y el tratamiento oportuno son fundamentales para prevenir complicaciones como necrosis avascular, condroliisis o artrosis precoz. El manejo adecuado, generalmente quirúrgico, permite estabilizar la fisis y preservar la función articular; minimizando el riesgo de secuelas a largo plazo y favoreciendo una evolución funcional satisfactoria.



Figura 1. Póster 4.

5. Cuando la orquiepididimitis se pone rebelde: piocele pediátrico resuelto sin bisturí. *García Terrazas A, Crespo Estrada J, Navarro Abia V, Melgosa Peña M, Oquillas Ceballos A, Pérez Ortiz D, Recalde Tabar A, Almeida De Miranda G. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La orquiepididimitis aguda es una causa poco frecuente, aunque generalmente benigna, de dolor testicular en la infancia, que puede confundirse clínicamente con la torsión testicular, una urgencia quirúrgica. La ecografía doppler es esencial para el diagnóstico diferencial y el seguimiento evolutivo. En casos no tratados o de evolución tórpida, puede complicarse con funiculitis o piocele, considerándose este último una urgencia urológica por riesgo de absceso o afectación testicular.

Caso clínico. Niño de 9 años, acude inicialmente por dolor testicular derecho de 2-3 días de evolución, afebril. Se realiza ecografía sin datos de torsión, mostrando orquiepididimitis derecha así que se indicó tratamiento sintomático domiciliario y antibioterapia con amoxicilina-clavulánico. Tres días después, aumento del eritema e inflamación y aparición de tumefacción, junto con leve coloración violácea y dolor intenso. Persiste afebril. Se realiza nueva ecografía evidenciando progresión a orquiepididimitis con funiculitis y piocele ipsilateral de nueva aparición. Se decide ingreso para antibioterapia intravenosa con amoxicilina-clavulánico (50 mg/kg/día). Hemocultivo positivo para *Staphylococcus epidermidis*. Durante estancia, afebril, con mejoría clínica y ecográfica progresiva, permitiendo el alta al cuarto día con tratamiento oral y restricción de ejercicio físico durante 15 días. En revisión posterior se constató resolución completa.

Conclusiones. El piocele pediátrico es una complicación infrecuente de la orquiepididimitis. La ecografía doppler es fundamental detectar complicaciones supurativas. La eviden-

cia actual apoya un manejo conservador con antibioterapia dirigida y vigilancia clínica, reservando la cirugía urgente para casos con absceso o mala evolución. El pronóstico es excelente con tratamiento precoz.

6. La serpiente bajo la piel: a propósito de un caso. *Gómez Menduiña J, Martín Pérez Barjola J, Fernández Herrera M, García González I, Molero Jaén J, Redondo Aparicio S, Galbán De Marcos E, Escobar Fernández L. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. Las lesiones cutáneas en la población pediátrica representan un motivo frecuente de atención médica y abarcan un amplio espectro etiológico, que incluye procesos infecciosos, inflamatorios y parasitarios. La inmadurez de la barrera cutánea y las particularidades inmunológicas del niño favorecen la susceptibilidad a diversas lesiones dermatológicas, cuya identificación precisa es fundamental para un manejo diagnóstico y terapéutico adecuado

Caso clínico. Varón de 8 años que acude a urgencias por presentar una lesión pruriginosa y dolorosa en la planta del pie izquierdo de ocho horas de evolución. Afebril. Refiere haber caminado descalzo por el césped de una piscina pública durante el verano. Niega traumatismos, viajes recientes o contacto con animales. En la exploración se observa una lesión eritematosa lineal, de bordes irregulares, con trayecto serpiginoso e hiperémico que se aclara a la digitopresión (figura 1). En la región lateral de la planta se identifica un punto sugestivo de puerta de entrada. No se aprecian vesículas, costras ni signos de sobreinfección. Se plantea diagnóstico diferencial linfangitis-celulitis vs larva migrans cutánea. Como no hay antecedente epidemiológico claro, se decide tratar como linfangitis-celulitis con cefadroxilo con



Figura 1. Póster 6.

buenas respuestas, desapareciendo las lesiones a los cuatro días.

Comentarios. Cuando una lesión cutánea presenta eritema difuso, calor y dolor local, son características más sugerentes de celulitis, en contraste con el trayecto serpiginoso y pruriginoso típico de la larva cutánea migrans. Es esencial plantear el diagnóstico diferencial entre estas entidades y en caso de presentar duda apoyarse en los antecedentes socio epidemiológicos.

7. Pequeños abalorios, grandes problemas: aspiración de Hama Beads y sus secuelas respiratorias en Pediatría. Peláez Sánchez A, Gómez Arce A, Letemendia Fernández N, García Mier C, Melnic Melnic D, Gestoso Uzal N, Sierra Pedraja E. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. La aspiración de cuerpos extraños representa una urgencia respiratoria frecuente en pediatría, especialmente en menores de seis años, debido a su tendencia a introducir objetos pequeños en la boca y a la anatomía particular de sus vías aéreas. El diagnóstico puede ser desafiante si el episodio no es presenciado, ya que los síntomas pueden confundirse con infecciones respiratorias o crisis asmáticas. Una adecuada sospecha clínica, junto con estudios de imagen y tratamiento oportuno, es clave para prevenir complicaciones como atelectasias, neumonía obstructiva, daño bronquial o hiperreactividad bronquial secundaria. Es importante recordar que una radiografía de tórax normal no excluye la presencia de un cuerpo extraño.

Caso clínico. Niña de 5 años, previamente sana, que presenta episodio brusco de tos intensa y dificultad respiratoria mientras jugaba con un abalorio tipo *Hama Beads*, con sospecha de aspiración. Es valorada el mismo día, con mejoría tras broncodilatadores nebulizados. Al día siguiente acude nuevamente por persistencia de tos. En la exploración presenta trabajo respiratorio leve, saturación del 95%, sibilancias bilaterales e hipoventilación en base derecha. La radiografía de tórax no muestra alteraciones. Ante la alta sospecha clínica (puntuación 3-4), se realiza TAC torácico, que evidencia cuerpo extraño plástico en bronquio del lóbulo inferior derecho, con suboclusión parcial. Se traslada a hospital de referencia, donde se realiza broncoscopia rígida y extracción completa del objeto, con evolución favorable. Un mes después presenta episodio de asma grave con hipoxemia, que requiere ingreso y tratamiento intensivo, con buena respuesta.

Comentarios. Este caso resalta la importancia de sospechar aspiración ante tos persistente, incluso con radiografía normal, y la necesidad de seguimiento por posible hiperreactividad bronquial postaspiración.

8. A propósito de un caso: identificación y manejo de las lesiones esplénicas en la población pediátrica. Fernández Prieto A, Navas Méndez De Andés F, Posadilla Suárez P, López Pérez E, Gutiérrez Porro X, Blanco González A, Fernández-morán González A, Rosell Echevarría M. Centro Asistencial Universitario de León.

Introducción. El traumatismo abdominal es un motivo habitual de consulta en urgencias pediátricas, siendo el bazo el órgano más afectado. Las manifestaciones clínicas de las lesiones esplénicas varían desde dolor abdominal hasta un cuadro de inestabilidad hemodinámica. Las pruebas de imagen son imprescindibles en el diagnóstico y seguimiento. El manejo estándar en pacientes estables es el tratamiento conservador.

Caso clínico. Niña de 12 años con dolor abdominal difuso de 12 horas de evolución y disuria asociada, tras caída desde su propia altura mientras patinaba, con traumatismo en hemiabdomen y miembro superior izquierdos. A la exploración física, presenta mínimas molestias abdominales con leve defensa. La analítica muestra una elevación de transaminasas. Se realiza ecografía de abdomen, sin hallazgos significativos, complementándose con una tomografía computarizada (TAC) que evidencia una gran laceración y hematoma subcapsular esplénicos, de grado IV, con moderado hemoperitoneo en pelvis. Dada la estabilidad hemodinámica, se decide manejo conservador con vigilancia estrecha en UCI pediátrica.

Comentarios. Las lesiones esplénicas son la afectación más frecuente en traumatismos abdominales pediátricos, debido a la localización y fragilidad de este órgano. El síntoma habitual es el dolor abdominal, siendo la manifestación más grave la inestabilidad hemodinámica, sin olvidar una mayor incidencia de presentaciones atípicas o ausencia de síntomas en la infancia. La prueba diagnóstica de elección es la TAC, mientras que la ecografía es útil en el seguimiento o en la valoración inicial si existe inestabilidad. El estado hemodinámico condiciona el manejo, siendo el tratamiento conservador el de elección en pacientes estables, incluso en lesiones de alto grado.

9. Abdominalgia de larga evolución, ¿qué esconde? Fernández Herrera MC, Pérez Gutiérrez ME, Fernández González S, Uribe Reina MP, Gómez Menduiña J, Maté Real A, Romero Del Hombre Bueno Gómez Del Pulgar Y, Escobar Fernández L. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La abdominalgia es un motivo de consulta muy frecuente en pediatría, suele deberse a patologías

benignas aunque puede ser la forma de presentación de múltiples patologías.

Caso clínico. Paciente de 8 años sin antecedentes de interés consulta en Urgencias por quinta vez el último mes por abdominalgía. En visitas anteriores la exploración física y analíticas sanguíneas resultaron anodinas. Refiere abdominalgía tipo cólico periumbilical de un mes de evolución, asociando 3 vómitos la última semana. Afebril, sin otra sintomatología. Exploración por aparatos anodina exceptuando dolor a la palpación abdominal sin defensa ni peritonismo. Se realiza ecografía abdominal objetivándose muy extensa invaginación intestinal ileocólica. Se realiza reducción hidrostática y se decide ingreso. A las 48 horas presenta recaída del cuadro, objetivándose nueva invaginación ileocólica en ecografía. Se realiza desinvaginación laparoscópica, resecándose lesión indurada de ileon de 2 cm de longitud. Evolución favorable, dándose de alta 2 días después. Los resultados de anatomía patológica confirman linfoma de Burkitt intestinal. Se completa estudio sin encontrarse afectación extraintestinal.

Comentarios. La invaginación intestinal es una causa de abdomen agudo en pediatría siendo la edad de aparición típica entre los 6 y 24 meses. Consiste en la introducción de un segmento del intestino en otro inmediatamente distal derivando en obstrucción del drenaje venoso, edema de pared, obstrucción e isquemia. La forma más habitual de presentación del linfoma de Burkitt en nuestro medio es una masa abdominal en pacientes entre 5 y 10 años de edad, por ello el debut puede simular cuadros de abdomen agudo.

10. Absceso cervical en Pediatría: malformación de arco branquial como causa oculta. Díaz Sierra L¹, García Guilabert MDC¹, Rodríguez Ovalle S², Labra Álvarez R³, Sánchez García I¹, Villa Álvarez M¹, Martín Guillermo E¹, Fernández Miaja M¹. ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Cován. Arriondas, Asturias. ³Hospital Carmen y Severo Ochoa. Cangas de Narcea, Asturias.

Introducción. Las malformaciones de los arcos branquiales son una causa congénita de masas cervicales en niños, siendo las del segundo arco las más frecuentes. Aunque pueden permanecer asintomáticas, su sobreinfección puede dar lugar a abscesos de evolución tórpida.

Caso clínico. Lactante varón de 18 meses, previamente sano, consulta por masa laterocervical derecha de dos días de evolución. Iniciada cefuroxima por otitis media aguda cinco días antes. Acude por persistencia de fiebre alta, con eritema y aumento progresivo del volumen a nivel cervical derecho.

Exploración física: eritema e induración dolorosa desde región auricular inferior hasta la clavícula, sin fluctuación (**figura 1**). Analítica: leucocitos 20.790/ μ L, neutrófilos 69%, PCR 15,8 mg/dL. Tomografía computarizada (**figura 2**): colección hipodensa con pared engrosada, en región posteromedial al esternocleidomastoideo derecho, con colapso parcial de la vena yugular interna. Sugieren como diagnóstico quiste branquial sobreinfectado vs. adenopatía sobreinfectada. Se realizó drenaje quirúrgico urgente y exéresis completa. El cultivo fue positivo para *Fusobacterium necrophorum*. Recibió antibiótico con clindamicina y cefotaxima intravenosa, seguido de clindamicina oral al alta, completando 10 días. Evolución favorable, por lo que no se realizó prueba de imagen de control.



Figura 1. Póster 10.

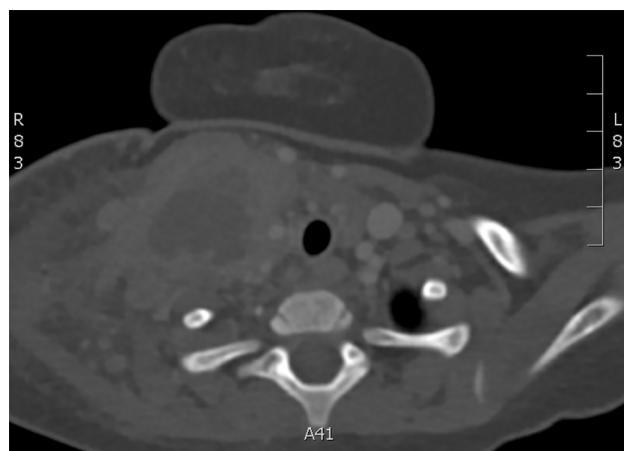


Figura 2. Póster 10.

Comentarios:

- Las malformaciones branquiales deben sospecharse ante abscesos cervicales recurrentes o tórpidos.
- La tomografía computarizada es clave para valorar la extensión y sugerir el origen congénito, aunque el diagnóstico definitivo lo establecería el estudio anatomopatológico.
- *Fusobacterium necrophorum* es un patógeno emergente en infecciones ORL complicadas, asociado a cuadros graves y necesidad frecuente de cirugía.

Viernes 14 de noviembre • Sesión 2

11. Alergia parece, pero no lo es. Carrasco Villanueva MJ, Haupt Arabia V, Sierra Águila M, Martín Iranzo N, Rodríguez Calleja J, Fernández Alonso J, Bartolomé Porro J, Alonso Quintela P. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Introducción. El síndrome de Frey es una entidad infrecuente en la infancia que consiste en la aparición de episodios de eritema en la región inervada por el nervio auriculotemporal, tras estímulos gustativos o, en menor frecuencia, táctiles. En el 10% de los casos se acompaña de hiperhidrosis. Aparece a los minutos de iniciar la masticación y es autolimitado. Su fisiopatología es desconocida, aunque se cree que se debe a alteraciones en las fibras nerviosas del nervio auriculotemporal tras un traumatismo o a una conexión aberrante de forma congénita. El diagnóstico es clínico. No precisa tratamiento.

Caso clínico. Se presentan dos casos. El primero es una lactante de 7 meses que presentaba eritema auriculotemporal izquierdo tras la ingesta de melocotón en tres ocasiones. Le administraron antihistamínico, cediendo posteriormente. No tenía otra sintomatología acompañante. Se realizaron *prick* cutáneos a frutas y *prick-prick* con melocotón, siendo negativos. El segundo es una lactante de 12 meses con episodios repetidos de eritema auriculotemporal tras la ingesta de uvas, que cedían en menos de una hora sin tratamiento. Se realizaron *prick* cutáneos y *prick-prick* con uvas, siendo negativos. En ninguno de los casos había antecedentes traumáticos ni toma de medicamentos. Ambos cuadros fueron compatibles con síndrome de Frey.

Comentarios. El síndrome de Frey es una etiología desconocida y habitualmente confundida con alergias, lo que conlleva derivaciones a especialistas, pruebas complementarias y tratamientos inadecuados. En conclusión, es importante conocer esta patología para así evitar la iatrogenia derivada de una sospecha diagnóstica errónea.

12. Artrocentesis hemática de repetición: ¿AIJ o diagnóstico alternativo? Blanco González A, Gutiérrez Porro X, López Pérez E, Posadilla Suárez P, Fernández Prieto A, Valdés Rodríguez D, Fernández García A, Arredondo Montero J. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción. La monoartritis en la infancia constituye un desafío diagnóstico. Cuando la inflamación articular se prolonga en el tiempo sin causa evidente, el diagnóstico diferencial se amplía y obliga a valorar tanto entidades inflamatorias como otras menos comunes. En este contexto, la artritis idiopática juvenil (AIJ) suele considerarse la principal sospecha, especialmente en niñas con afectación de grandes articulaciones. No obstante, ante una evolución atípica, es imprescindible reevaluar el cuadro y contemplar diagnósticos alternativos.

Caso clínico. Niña de 3 años, con antecedente de luxación congénita de cadera izquierda de evolución tórpida, que consulta por artritis aguda de rodilla ipsilateral. Analítica y radiografía sin alteraciones, ecográficamente destaca hipertrofia sinovial y derrame articular. Mediante artrocentesis no traumática, se obtiene un líquido sinovial sanguinolento. Tras una mejoría inicial, presenta recidiva en pocas semanas, cumpliendo criterio de artritis crónica, por lo que se practica una nueva artrocentesis diagnóstica, con hallazgos similares, y pobre respuesta al tratamiento. Ante curso atípico, se realiza resonancia magnética que evidencia una malformación arteriovenosa con extensión desde la cadera hasta la rodilla. Una reexploración física dirigida revela una lesión cutánea en muslo izquierdo, indicativa de una malformación vascular subyacente, que no había sido documentada en exploraciones previas.

Comentarios. Incluso en presentaciones muy sugestivas de AIJ, una evolución clínica atípica debe motivar la revisión del diagnóstico inicial. La reevaluación cuidadosa puede revelar hallazgos previamente inadvertidos. Asimismo, una ecografía discordante con el diagnóstico de presunción debe conducir a ampliar el estudio, esencial para identificar causas menos frecuentes de dolor articular, incluidas las malformaciones vasculares intraarticulares.

13. Características de las familias que acuden a los Servicios de Urgencias Pediátricos. Pérez Alba M¹, González García J², Rodríguez Suárez J³. ¹Hospital de Jarrio. Jarrio, Asturias.

²Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias. ³Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Las consultas a los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP) se han incrementado en las últimas décadas. Existen diferentes factores que pueden condicionar la

decisión de los padres o cuidadores de acudir con los niños a estos servicios.

Objetivo. Identificar los motivos de consulta y las características de las familias de los niños que consultan en un SUP.

Material y métodos. Estudio descriptivo desarrollado en el SUP de un hospital de primer nivel mediante la realización de encuestas a los acompañantes de los menores de catorce años atendidos durante tres meses.

Resultados. Se recogieron 52 respuestas. Todos los acompañantes eran progenitores, con una edad media de 40,3 años, y el 71% eran mujeres. Alrededor del 40% de las familias tenían un solo hijo. El 11% de los pacientes padecían alguna enfermedad crónica, siendo el asma la más frecuentemente referida. Los síntomas que con mayor frecuencia motivaron la consulta fueron la fiebre y la tos. El 60% de los encuestados afirmó haber administrado analgesia antes de acudir a urgencias. El 23% de los encuestados consideró que la valoración del niño debía realizarse inmediatamente. Las consultas urgentes se produjeron mayoritariamente durante el día, con independencia del día de la semana.

Conclusiones. Nuestro estudio reveló una predominancia de madres entre los participantes; la patología crónica más comúnmente referida es el asma, y los síntomas que con mayor frecuencia motivaron la visita al SUP fueron la fiebre y la tos. Se requieren estudios más amplios para conocer mejor las características de las familias que acuden a los SUP.

14. Cuando el cabello habla: alopecia como señal en niños y adolescentes. Fernández Rodríguez L¹, Blanco González A¹, Escudero Villafañe A¹, Iglesias Oricheta M¹, Rodrigo Fernández A¹, Herreras Martínez A¹, Gómez Sorrigueta P². ¹Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. ²Centro de Salud Eras de Renueva. León.

Introducción. Las alteraciones del cabello, aunque funcionalmente poco relevantes, pueden tener un gran impacto psicológico, especialmente en niños y adolescentes. A veces son cambios normales como el recambio folicular, pero también pueden indicar enfermedades, déficits nutricionales o síndromes genéticos. Por eso, es importante conocer su diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria.

Caso clínico. Niña de 12 años que consulta por aparición en las últimas tres semanas de múltiples placas de alopecia. Además, en la anamnesis refiere aumento de peso y cansancio. Ausencia de procesos infecciosos o ingestión de fármacos previos concomitantes al cuadro. Ausencia de antecedentes personales de interés. En la consulta se observa placas de alopecia, con pelos cortos que se desprenden con facilidad a la tracción. Resto de la exploración física normal. Ante diagnós-

tico clínico de alopecia areata, se solicita analítica sanguínea con despistaje de enfermedades autoinmunes, donde destaca elevación de la TSH hasta 16 ng/dl, T4 0,075 ng/dl y positividad para anticuerpos anti TPO. Ante probable hipotiroidismo autoinmune se inicia tratamiento con levotiroxina con control posterior hasta normalización de hormonas tiroideas desapareciendo la clínica de la paciente. Posteriormente se deriva para seguimiento a consultas de Endocrinología Infantil.

Comentarios. Ante un paciente con alopecia, es esencial clasificarla para orientar el diagnóstico. Debe determinarse si es cicatricial o no, congénita o adquirida, y si es localizada o difusa. Esta clasificación es clave para un diagnóstico adecuado con posterior tratamiento para la resolución.

15. Cuando el estómago se rompe en silencio: perforación pilórica espontánea en un niño. Domínguez Sevillano B, Pontón Martino B, Cebrián Muñoz MC, Molnar A, Liras Muñoz J. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción. La perforación gástrica espontánea es poco frecuente fuera del periodo neonatal, aunque potencialmente mortal. En niños mayores, la mayoría de los casos se asocian a causas identificables, como traumatismos, y su patogénesis no está claramente establecida; se sugiere que un aumento de la presión intraluminal puede ser un factor importante. Clínicamente, se presenta con distensión abdominal, vómitos y letargia. El tratamiento depende de la etiología y extensión del daño: en perforaciones pequeñas sin isquemia ni necrosis se realiza sutura primaria, mientras que en lesiones más extensas puede ser necesaria una gastrectomía parcial.

Caso clínico. Escolar de 5 años con vómitos y dolor abdominal desde hace 6 días, asociado a anorexia y rechazo parcial de líquidos, sin diarrea ni clínica miccional. A la exploración destacaba somnolencia, palidez y sequedad de mucosas, abdomen con defensa generalizada y sin signos de irritación peritoneal. Analítica normal salvo elevación de PCR (13,86 mg/dl) y PCT (10,93 ng/ml) y gasometría con leve acidosis metabólica. Se realiza ecografía abdominal que evidenció líquido libre, pseudomembranas y engrosamiento de serosas intestinales. Se inició antibioterapia intravenosa y se decidió intervención. Se identificó perforación pilórica de 2 cm, suturada exitosamente. El paciente permaneció 10 días hospitalizado con nutrición parenteral y fue dado de alta con adecuada tolerancia oral.

Conclusiones. La perforación pilórica espontánea en la infancia es excepcional y requiere alta sospecha clínica ante abdomen agudo. El tratamiento quirúrgico precoz y manejo multidisciplinar son fundamentales para una evolución favorable y la reducción de morbimortalidad.

16. Cuando el intestino se bloquea: un caso de estreñimiento crónico con fecaloma obstructivo en un niño. Domínguez Sevillano B, Paíno Román M, García Calvo E, Andrés Blanco L, Plata Izquierdo B. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción. El estreñimiento es un trastorno caracterizado por la disminución en la frecuencia y/o el aumento en la consistencia de las deposiciones, acompañado de molestias durante la defecación. Es muy frecuente en la edad pediátrica, afectando hasta al 30% de los niños, con un pico de incidencia entre los 2 y 4 años y ligera predominancia en varones. En más del 90% de los casos tiene origen funcional, relacionado con factores constitucionales, conductuales y educacionales, aunque suele existir un episodio agudo desencadenante. El diagnóstico se basa en una anamnesis detallada y una exploración física adecuada. El tratamiento debe individualizarse, aunque las medidas no farmacológicas son el pilar fundamental.

Caso clínico. Escolar de 6 años, con estreñimiento crónico en seguimiento por Digestivo, que acude por vómitos y distensión abdominal. En la exploración se objetiva un abdomen marcadamente distendido y timpanizado, sin signos claros de irritación peritoneal. Se realiza tacto rectal, no palpando heces. La radiografía de abdomen ([figura 1](#)) muestra dilatación de recto y sigma proximal por acumulación de heces, condicionando obstrucción mecánica con dilatación retrograda del colon. Se administra analgesia, antiemético y enema rectal, tras el cual elimina gran cantidad de heces y gases, con mejoría clínica.



Figura 1.
Póster 16.

Comentarios. El estreñimiento crónico pediátrico requiere diagnóstico y seguimiento precoces, ya que puede evolucionar hacia complicaciones graves como la obstrucción intestinal. La educación familiar, la adherencia al tratamiento y la prevención mediante medidas dietéticas, conductuales y farmacológicas son fundamentales para evitar recurrencias y mejorar la calidad de vida del paciente.

17. Cuando el movimiento engaña: lo que parece una crisis... y lo que no. Recalde A, Almeida De Miranda G, Navarro V, Angulo V, Conejo D, Tejero L, Dios M, Matilla N. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. El síndrome de Rett es un trastorno del neurodesarrollo de origen genético, asociado a mutaciones en el gen MECP2 del cromosoma X, y se presenta con mayor frecuencia en niñas. Se caracteriza por un deterioro psicomotor progresivo que inicia en los primeros meses de vida, seguido de una regresión entre los 6 y 18 meses, con pérdida de habilidades adquiridas, deterioro del lenguaje y la comunicación, y aparición de estereotipias manuales no propositivas. Además, pueden presentarse disfunción respiratoria, alteraciones de la marcha, distonías (hasta en el 59% de los casos) y epilepsia en aproximadamente el 60% de los pacientes, con inicio entre los 2 y 10 años.

Caso clínico. Niña de 7 años con síndrome de Rett, tratada con topiramato por episodios de apnea y baclofeno por distonías, que consulta por un episodio paroxístico de desconexión del medio, muecas orolabiales, mirada fija, hipertonía y sacudidas de hemicuerpo derecho de corta duración. No presentaba infección ni cambios en la medición. La analítica fue normal y el video-electroencefalograma mostró un foco epiléptico frontopolar y frontal izquierdo. La semiología descrita sugería crisis epiléptica, por lo que se inició tratamiento con ácido valproico, por su mejor perfil conductual, aunque fue necesario aumentar la dosis y administrar bolos de midazolam por recurrencia de crisis en acumulos.

Comentarios. El caso resalta la complejidad clínica del síndrome de Rett, subrayando la importancia de diferenciar adecuadamente los episodios paroxísticos y seleccionar el tratamiento más apropiado para cada uno.

18. Cuando el sistema inmune también se debilita: distrofia miotónica de Steinert. Parro Olmo P, Arnelas Gil L, Martín Pérez E, Fekete López E, González Arranz MJ, Hernández Prieto A, Urbano Martín M, Cancho-Candela R. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. La distrofia miotónica de Steinert (DMS) es una miopatía hereditaria caracterizada por debilidad muscular progresiva, miotonía y afectación multisistémica. Además de las manifestaciones neurológicas y de sus complicaciones más conocidas, se ha reportado la asociación con alteraciones del sistema inmunológico, como la hipogammaglobulinemia. La existencia de esta predispone a infecciones recurrentes y puede complicar su manejo clínico, por lo que una precoz identificación será de ayuda para el pronóstico de los pacientes.

Caso clínico. Mujer de 13 años con DMS congénita en la que se objetiva nivel de inmunoglobulina G disminuido (412 mg/dl, para rango normal a su edad de 600-1.230 mg/dl), que persiste en controles posteriores. Se diagnosticó de hipogammaglobulinemia, a expensas de IgG1 e IgG3, y se inició tratamiento con gammaglobulina intravenosa a los 15 años, con aumento progresivo de las cifras de IgG. No ha presentado infecciones de repetición severas tras inicio de gammaglobulinas periódicas.

Comentarios. La asociación entre DMS e hipogammaglobulinemia, aunque es poco conocida, afecta al 50% de los pacientes y puede empeorar su pronóstico vital. Su etiología no está clara, aunque se cree que está en relación con un hipercatabolismo de la IgG por defecto en el receptor FcRn, que en condiciones normales evita su degradación. Existe una correlación negativa entre la cifra de IgG sérica y la duración de la enfermedad. Conocer esta asociación es crucial para un manejo adecuado, que incluya seguimiento inmunológico y tratamiento oportuno para prevenir infecciones.

19. Cuando la fiebre no es solo fiebre: un reto diagnóstico en la infancia. Parro Olmo P, Sumpsi Sánchez C, Fekete López E, González Castro R, Martín Pérez E, Vilches Fraile S, Mulero Collantes I, Segovia Molina I. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. La patología reumatólogica pediátrica, por su complejidad y afectación multisistémica, requiere un enfoque clínico especializado. La artritis idiopática juvenil sistémica (AIJs) se caracteriza por una presentación inespecífica y diagnóstico de exclusión, lo que exige un alto nivel de sospecha.

Caso clínico. Paciente de 10 años con fiebre diaria de hasta 40°C durante 19 días, acompañada de astenia, pérdida de peso y sudoración nocturna. La exploración física fue anodina, pero la analítica reveló neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda. Radiografía de tórax y ecografía abdominal normales. Sin antecedentes relevantes, salvo hipercolesterolemia familiar. Se ingresó para estudio comple-

to: hemocultivos, PCR de virus y bacterias atípicas, Mantoux e IGRA negativos. No hubo respuesta a antibioterapia, que fue retirada. También se suspendieron tratamientos de base sin mejoría. Frotis sanguíneo normal y biopsia de médula ósea con hiperplasia eritroide. RMN y ecografía abdominal mostraron hepatosplenomegalia leve. Ante sospecha de síndrome autoinflamatorio, se inició corticoterapia con desaparición de la fiebre tras la primera dosis. Posteriormente, presentó brotes que requirieron escalada a tratamiento biológico con anakinra (anti IL-1), con buena respuesta. El estudio genético de enfermedades autoinflamatorias fue negativo.

Comentario. La AIJs pertenece a los subtipos de artritis idiopática juvenil, con características autoinmunes y autoinflamatorias. Las manifestaciones clínicas incluyen fiebre diaria, exantema evanescente, serositis, hepatosplenomegalia y afectación articular tardía. El tratamiento inicial es corticoide a dosis altas, con posible escalada a biológicos según la evolución clínica.

20. Cuando la neumonía no es neumonía, ¿el diafragma puede tener la respuesta? A Propósito de un caso. García González I, Sánchez Mengíbar H, Fraile Manzano M, Romero Hombrebueno Gómez Del Pulgar Y, Redondo Aparicio S, Justo Vaquero P, Barrio Alonso M, García Saset P. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La neumonía es una patología frecuente en edad pediátrica y suele responder adecuadamente al tratamiento antibiótico empírico. No obstante, cuando la evolución clínica no es la esperada, resulta esencial ampliar el diagnóstico diferencial e incluir otras entidades poco habituales, pero potencialmente graves.

Caso clínico. Paciente de 11 años, procedente de Colombia, sin antecedentes relevantes ni intervenciones quirúrgicas referidas. Consulta en urgencias por fiebre, mucosidad y odinofagia. A la auscultación se objetivó hipoventilación en base derecha y crepitantes bilaterales. La ecografía pulmonar (POCUS) mostró consolidación basal derecha de 2 espacios intercostales y 0,5 centímetros de profundidad, con derrame y septo asociados. El antígeno neumocócico en orina fue negativo y el panel viral positivo para adenovirus. Se inició tratamiento con amoxicilina 7 días y se citó a revisión en 48 horas, realizándose posteriormente seguimiento clínico y ecográfico cada 48 horas por escasa mejoría. En los controles se observó progresión a 3 espacios intercostales, derrame paraneumónico bilateral y colapso pleural parcial, por lo que se prolongó tratamiento hasta 14 días. Ante evolución desfavorable, se solicitó radiografía torácica revelándose una hernia diafragmática anterior con atelectasias compresivas.

El TAC permitió plantear diagnóstico diferencial entre hernia de Morgagni y de hiato. Finalmente, se confirmó hernia de hiato, realizándose funduplicatura de Nissen con resección completa y buena evolución.

Comentarios. Aunque la ecografía pulmonar es una herramienta diagnóstica muy sensible, rápida y con amplia evidencia en pediatría, la radiografía torácica continúa siendo fundamental para un diagnóstico más específico, especialmente ante neumonías complicadas que pueden esconder hernias diafrágmaticas.

Viernes 14 de noviembre • Sesión 3

21. Cuando una infección revela una anomalía oculta: hipertensión intracraneal sobre base estructural. *Matilla Sainz-Aja N, Prieto Domínguez C, Navarro Abia V, Conejo Moreno D, Dios Puebla ME, Lacosta Asín AV, Angulo Sánchez V, Portillo Sanz L. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. Se define hipertensión intracraneal cuando hay un incremento mantenido de la presión intracraneal superior a 28 cmH₂O. Los mecanismos de producción son múltiples, en pediatría no es despreciable la etiología idiopática. No obstante, es primordial descartar la etiología estructural.

Caso clínico. Niña de 6 años con percentil menor de 10 de peso. Presenta cuadro de vómitos matutinos de 10 días de evolución y pérdida de peso, refieren episodio similar 2 años previos (estudiada sin encontrar patología). En los últimos 3 días asocia diplopía en la mirada binocular, ‘dolor de ojos’ y desviación ocular al fijar la mirada. En la exploración destaca diplopía aguda con torticlis compensadora y edema de papila. En las pruebas complementarias, punción lumbar con presión de apertura elevada (50 cmH₂O), PCR positiva para *Mycoplasma pneumoniae*, resonancia magnética con agenesia/hipoplasia de seno transverso y sigmaoide derechos con acúmulo de LCR en vaina de nervios ópticos. Tratamiento con punción lumbar terapéutica, azitromicina y acetazolamida con mejoría progresiva. Desaparición de la diplopía tras mejoría del edema papilar y resolución de la parálisis del VI par bilateral.

Comentarios. En este caso clínico, impresiona que la etiología es mixta, sobre una causa estructural interfiere un cuadro infeccioso desencadenante. La agenesia o estenosis del seno transverso, aunque es una variante de la normalidad, puede dificultar el drenaje de líquido cefalorraquídeo y elevar la presión intracraneal, especialmente si es bilateral. En este caso, aunque fuese unilateral, bajo un proceso infeccioso e inflamatorio es posible que desencadenase la clínica.

22. Cuerpo extraño rectal en adolescente. *Haupt Arabia V, Sierra Águila M, Martín Iranzo N, Carrasco Villanueva M, Alonso Quintela P, De La Torre Santos S, ándres De Llano J, Gutiérrez Zamorano M. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Carrión. Palencia.*

Introducción. Los cuerpos extraños rectales son raros en pediatría y su incidencia es desconocida. Se debe realizar una exploración individualizada, descartando en primer lugar, que pueda tratarse de un abuso sexual. Otras causas son la autoexploración y la autosatisfacción. El abordaje dependerá del tipo de objeto introducido, así como de su tamaño y características, si presenta o no lesiones, y otros factores como la edad del paciente.

Caso clínico. Varón de 11 años sin antecedentes personales ni familiares de interés. Acude a urgencias acompañado por su madre, refiriendo haberse introducido una pelota de goma de 3,5 cm de diámetro por el recto, 8 horas antes de su llegada. No refiere sangrado rectal, ni dolor. Su madre refiere que le han administrado laxante, pero no ha realizado deposición. En la exploración física se palpa masa redondeada en hemiabdomen inferior izquierdo. Resto de la exploración normal. Se realiza una radiografía de abdomen anteroposterior (**figura 1**) en la que se observa el cuerpo extraño radiopaco. Se ingresa para tratamiento con macrogol, consiguiendo evacuación del cuerpo extraño. Asintomático durante el ingreso. Se decide alta domiciliaria explicando signos de alarma.



Figura 1.
Póster 22.

Comentarios. Ante cuerpos extraños rectales en niños, lo primero que debemos hacer es descartar abuso sexual infantil. Diversos estudios describen que se están incrementando los casos de cuerpo extraño rectal en niños como método de "autoexploración", esto podría estar relacionado con el fácil acceso de los menores a contenido pornográfico. La prueba de imagen será esencial para localizar el objeto y descartar complicaciones. El tratamiento variará según el cuerpo extraño y las complicaciones derivadas del mismo, desde opciones conservadoras hasta cirugías de extracción.

23. Cutis marmorata telangiectásica congénita: una entidad clave en el diagnóstico diferencial de livedo reticularis neonatal. López Pérez E, Gutiérrez Porro X, Blanco González A, Posadilla Suárez P, Fernández Prieto A, Arredondo Montero J, Fernández García A, Álvarez Juan B. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción. La cutis marmorata telangiectásica congénita (CMTC) es una anomalía vascular rara caracterizada por un patrón reticulado violáceo persistente que no desaparece con el calor. Se clasifica como una malformación capilar simple y suele manifestarse desde el nacimiento, generalmente de forma unilateral o segmentaria. Su etiología es desconocida y se han descrito unos 300 casos en la literatura, algunos asociados a malformaciones u otras anomalías sistémicas. Es fundamental diferenciarla de la livedo reticularis fisiológica del lactante, que es transitoria y desaparece al calentar la piel, para evitar retrasos diagnósticos y orientar el estudio de posibles asociaciones.

Caso clínico. Lactante de 5 meses, sin antecedentes de interés, valorada por la presencia desde el nacimiento de máculas eritematosas reticuladas persistentes, asintomáticas y blanqueantes a la digitopresión, localizadas en el hemicuerpo derecho. Las lesiones no variaban con la temperatura, lo que orientó el diagnóstico hacia una CMTC frente a la livedo reticularis fisiológica. Se solicitaron estudios –ecografía abdominal, ecocardiografía y valoración oftalmológica– que fueron normales, salvo un foramen oval permeable mínimo. Ante la ausencia de anomalías asociadas y la evolución estable, se confirmó el diagnóstico clínico y se mantuvo seguimiento. En la actualidad, las lesiones se mantienen sin cambios y la paciente presenta un desarrollo normal para su edad.

Comentarios. La CMTC es una anomalía vascular benigna, habitualmente de curso estable o con tendencia a la mejoría. A diferencia de la livedo reticularis fisiológica, requiere un cribado dirigido para descartar posibles malformaciones asociadas mediante una exploración física cuidadosa y pruebas complementarias básicas.

24. De contusión a colección purulenta: evolución tórpida de un hematoma en región cervical con final quirúrgico. Pulito González M, Ramos Cela M, De Diego García EM, Simal Badiola I, Fernández Jiménez MI, Piniella Alonso A, Rodríguez López A, Del Olmo Poza D. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. Los abscesos cervicales profundos infantiles son una patología poco frecuente en la práctica clínica habitual pero relevantes por su gravedad y posibles complicaciones. Estudios recientes reportan un incremento de su incidencia en los últimos años.

Caso clínico. Niña de 3 años que acude a urgencias por odinofagia, y flogosis de nódulo (3×3 cm) submandibular derecho. Refieren aparición de bultoma doloroso a la palpación 4 días antes tras traumatismo a dicho nivel, realizándose ecografía en la que se informa de colecciones compatibles con hematoma. A la exploración física bultoma empastado, no fluctuante, con buena apertura bucal y movilización cervical conservada (figura 1). Se realiza nueva ecografía en la que se informa de linfadenitis submaxilar derecha con colección asociada en probable relación con absceso, y cambios inflamatorios en tejido celular circundante. Analítica con PCR 1,4 mg/dl y leucocitosis (16.200) a expensas de neutrófilia. Ante el probable diagnóstico de hematoma abscesificado, el buen estado general, y los datos analíticos de la paciente se consensua con cirugía pediátrica tratamiento antibiótico ambulatorio (amoxicilina-clavulánico: 60 mg/kg/día) y revisión en sus consultas 48 horas después. A la reevaluación fluctuación en zona central de bultoma por lo que se decide ingreso para drenaje quirúrgico y antibioterapia endovenosa, obteniéndose cultivos con resultado positivo para *Staphylococcus aureus* sensible. La paciente mostró buena evolución postquirúrgica, y resolución del proceso.



Figura 1. Póster 24.

Conclusiones. La presentación clínica de los abscesos cervicales profundos es inespecífica y la literatura no muestra consenso respecto al abordaje terapéutico idóneo por lo que resulta importante la sospecha diagnóstica, así como la individualización terapéutica en cada caso.

25. De una malformación aislada de la mano al diagnóstico sindrómico: lecciones de un caso de síndrome de Poland.
Navas Méndez De Andés F, Muñoz Cabrera VP, Valdés Rodríguez D, Pérez Suárez I, Pulache Chávez HD, González Guerrero C, Martínez Pérez M, Arredondo Montero J. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción. La identificación de hallazgos clínicos sutiles puede ser determinante para el reconocimiento de síndromes congénitos infrecuentes. El síndrome de Poland constituye una anomalía del desarrollo caracterizada por la ausencia o hipoplasia del músculo pectoral mayor, con frecuencia asociada a malformaciones ipsilaterales de la pared torácica y de la extremidad superior, especialmente de la mano. Su expresividad fenotípica es amplia, y las formas leves pueden pasar inadvertidas si no se realiza una exploración física sistemática y detallada.

Caso clínico (figuras 1, 2 y 3). Recién nacido varón de siete días, sin antecedentes obstétricos de interés, que presentó al nacimiento sindactilia compleja de la mano izquierda asociada a polidactilia postaxial ipsilateral. Ante estos hallazgos, se realizó una exploración detallada de la extremidad superior y la pared torácica, evidenciándose asimetría muscular y ausencia del pectoral mayor izquierdo. La ecografía torácica corroboró la ausencia del pectoral mayor sin demostrar alteraciones costales asociadas, estableciéndose el diagnóstico



Figura 1.
Póster 25.



Figura 2. Póster 25.

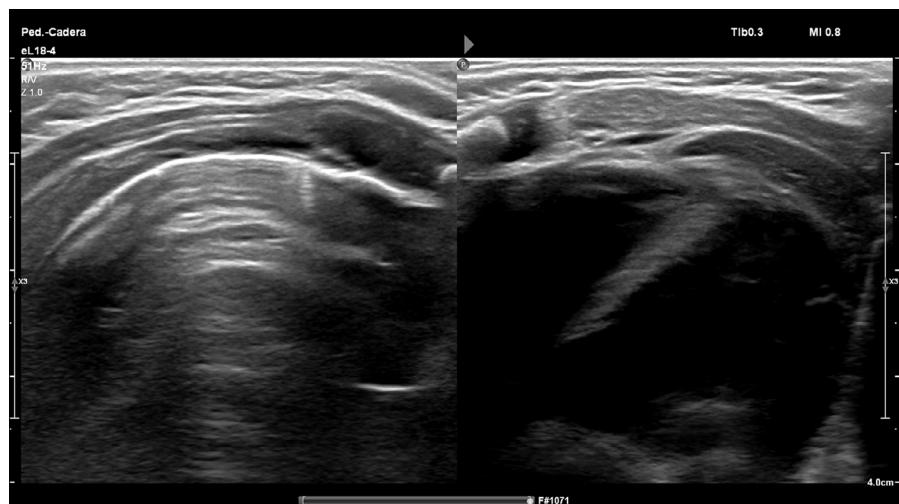


Figura 3. Póster 25.

de síndrome de Poland. A los 12 meses se inició tratamiento quirúrgico secuencial para la corrección funcional de la mano, con evolución favorable, encontrándose actualmente en seguimiento evolutivo.

Conclusiones. En pediatría, numerosos síndromes congénitos pueden manifestarse de forma sutil, parcial o atípica, lo que hace que su reconocimiento dependa tanto de una evaluación clínica sistemática y detallada como de un conocimiento sólido y actualizado de las principales entidades sindrómicas. La sospecha precoz de síndrome de Poland resulta esencial para confirmar el diagnóstico mediante pruebas de imagen, identificar posibles anomalías asociadas y garantizar una derivación oportuna que facilite un abordaje terapéutico integral y multidisciplinar.

26. Delayed subaponeurotic fluid collection, una entidad desconocida. *Castro Rey M¹, Urbaneja Rodríguez E¹, Centeno Malfaz F¹, Elices Crespo R¹, Aguiar Menendez S¹, Morales Moreno AJ². ¹Hospital Recoletas Salud Campo Grande. Valladolid. ²Centro de Salud Parquesol. Valladolid.*

Introducción. La evidencia de líquido cefalorraquídeo en el cuero cabelludo en periodo neonatal-primeros meses de vida nos obliga a realizar una prueba de imagen urgente, existiendo entre los diagnósticos diferenciales las hemorragias intracraneales que pueden comprometer la vida del paciente.

Caso clínico. Lactante de 6 semanas acude a Urgencias por aparición hace 24 horas de bultoma en cuero cabelludo. Niegan desencadenante. Asintomático. Parto instrumentado con fórceps y ventosa. Ingreso por taquipnea transitoria. Exploración física al alta hematoma temporal derecho, resto normal. En Urgencias cráneo con FANT, colección subgaleal en región parieto-occital izquierda que sobrepasa cisuras y se reintroduce de forma parcial dentro de la fontanela anterior. Ante la sospecha de hemorragia subgaleal se realiza Ecografía Transfontanelar con colección anecoica subgaleal similar al LCR, de 3-4 cm y 0,2 mm de espesor que atraviesa suturas y línea media, modificándose de localización con las posturas, compatible con Delayed subaponeurotic fluid collection (DFSC). Se ingresa para estudio con RMN cerebral confirmándose.

Conclusión. DSFC es una acumulación de LCR en el espacio subaponeurótico del cuero cabelludo, que se presenta semanas a meses (5-15 semanas) después del parto. Se trata de un scalp fluctuante o *swelling*, suave, fluctuante, no doloroso, móvil, que cruza las líneas de sutura craneales. La mayoría tienen antecedente de partos distócicos. Se cree que se produce por una fistula de LCR en la sutura, no visible en pruebas de imagen. El diagnóstico diferencial se realiza

con el hematoma subgaleal agudo. El manejo es conservador, reabsorbéndose antes de los 5 meses.

27. Desconexión catéter-reservorio: un riesgo inesperado en el uso del Port-a-Cath. *Villarreal Molina BM, Amat Valero S, Calvo Penín C, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca S, Granell Suárez C, Pérez Costoya C, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Los pacientes portadores de un acceso venoso central con reservorio pueden presentar diferentes complicaciones, entre las que destaca la rotura y migración del catéter, siendo una entidad poco frecuente cuyo tratamiento consiste en la retirada del dispositivo.

Caso clínico. Mujer de 4 años, portadora de un Port-a-Cath (PAC) en vena yugular interna derecha para quimioterapia por glioma óptico derecho y quiasma secundario a neurofibromatosis tipo I (NF1) desde hace 2 años, que en el momento se utilizaba para administración de ravulizumab cada 4 semanas por síndrome hemolítico urémico atípico. En los últimos meses presentaba problemas con el dispositivo que permitía la infusión de medicación pero no refluía. Se comprueba mediante radiografía ausencia de complicaciones. A los dos meses tras múltiples ciclos de Uroquinasa sin mejoría completa y observando edema a nivel cervical durante la infusión de medicación a través del reservorio se realizó estudio con contraste donde se observó una fuga libre al tejido celular subcutáneo así como la ausencia de conexión entre el catéter y el reservorio. Se decidió la extracción del catéter por vía femoral, y del reservorio alojado en el hemicráneo derecho confirmándose la desconexión total entre reservorio y catéter. Presentó adecuada evolución postoperatoria.

Comentarios. La rotura y desconexión del catéter y reservorio del PAC es una complicación infrecuente pero grave en pacientes con acceso venoso central a largo plazo. Puede ocurrir por mal posicionamiento, daño o manejo inadecuado. Su detección temprana y tratamiento adecuado son clave para evitar complicaciones y asegurar el tratamiento.

28. Displasia espondilometafisaria tipo Zozlowsky: a propósito de un caso. *Puente Fuente P, López-Negrete Cueto E, Segovia López S, Álvarez Blanco E, De Juan Vázquez D, Álvarez Menéndez L, Ornia Rodríguez M, Pardo De La Vega R. Hospital Universitario de Cabueñas. Gijón, Asturias.*

Introducción. Las displasias óseas constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades genéticas que afectan al desarrollo de huesos y cartílagos y que se manifiestan con

deformidades esqueléticas, alteraciones articulares y talla baja. Entre ellas, la displasia espondilometafisaria representa una entidad infrecuente, caracterizada por la afectación de vértebras y metáfisis de huesos largos. Una de sus variantes es la displasia tipo Zozlowsky, asociada a platispondilia, escoliosis y retraso del crecimiento.

Caso clínico. Niño de 12 años con escoliosis a seguimiento por Rehabilitación; derivado a Neuropediatría tras el hallazgo radiográfico de platispondilia, que, junto con talla baja, sugieren como primera posibilidad displasia espondilometafisaria. Como antecedentes de interés, refieren escoliosis y talla baja en rama paterna. A la exploración, el paciente presenta talla en percentil 6, tórax campaniforme y escoliosis dorsal de convexidad derecha. Las radiografías muestran hallazgos sugerentes de displasia ósea, y en el estudio genético se identifica una variante en el gen *TRPV4*, compatible con displasia espondilometafisaria tipo Zozlowsky.

Comentarios. La integración de historia clínica, imágenes radiológicas y estudio genético es esencial para el abordaje actual de las displasias óseas, ya que permiten un diagnóstico preciso, un seguimiento individualizado y el asesoramiento genético familiar adecuado.

29. Displasia septo-óptica: descripción de un caso clínico.

López-Negrete Cueto E¹, Puente Fuente P¹, De Juan Vázquez D¹, Álvarez Blanco E¹, Corihuela Menéndez P¹, De La Iglesia Rivaya A¹, Baruque Rodríguez S², Pardo De La Vega R¹. ¹Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias.

²Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián Arriondas, Asturias.

Introducción. La displasia septo óptica (DSO) es una malformación cerebral congénita de presentación infrecuente, caracterizada por anomalías del septum pellucidum, hipoplasia del nervio óptico, y disfunción hipotálamo-hipofisaria.

Caso clínico. Lactante mujer de 3 meses remitida para estudio por su pediatra de Atención Primaria por movimientos oculares anómalos detectados desde el nacimiento, y sospecha de déficit visual. A la exploración se aprecia ausencia de fijación visual, con movimientos sacádicos oculares tanto verticales como horizontales y reflejo rojo bilateral presente. El resto de la exploración neurológica y sistémica es normal. Se solicita interconsulta a Oftalmología, que aprecia fondo de ojo hipopigmentado y palidez bilateral del nervio óptico. El registro EEG es normal y en los potenciales evocados visuales se aprecian signos de afectación axonal severa. En la ecografía transfontanelar se aprecia ausencia de septum pellucidum con fusión de las astas frontales de los ventrículos laterales. Ante la sospecha de DSO, se realiza un estudio endocrinoló-

gico, que resulta normal, y se solicita RM encefálica, donde se aprecia también marcada hipoplasia de los nervios ópticos y del quiasma. Se inicia programa de estimulación visual y atención temprana, así como seguimiento en consulta de Neuropediatría, sin aparición de nuevas complicaciones hasta el momento actual.

Comentarios. Ante la sospecha de déficit visual, es importante su abordaje precoz para un adecuado diagnóstico, así como la estimulación temprana para minimizar su impacto en el desarrollo psicomotor.

30. Dolor abdominal recurrente en la adolescencia: presentación inusual de una patología ginecológica. *Martín Irazo N, Carrasco Villanueva MJ, Haupt Arabia V, Sierra Águila M, De La Torre SI, Peña Valenceja A, Gutiérrez Zamorano M, Fernández Alonso JE.* Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Introducción. La abdominalgia en la época adolescente puede incluir diversas etiologías. En las pacientes premenáquicas es importante tener en cuenta causas ginecológicas como malformaciones obstructivas. Existen malformaciones congénitas del tracto genital femenino como la ausencia de una abertura en el himen. Su incidencia es de 0,05-0,1% en recién nacidas y suele pasar inadvertido hasta la pubertad. Se manifiesta típicamente con amenorrea primaria y dolor. El diagnóstico es clínico, confirmación mediante ecografía pélvica. El tratamiento es quirúrgico.

Caso clínico. Presentamos una paciente de 12 años, sin antecedentes personales ni ginecológicos relevantes. Derivada a Urgencias por dolor abdominal intenso y lumbar de 10 días de evolución, parcialmente aliviado con analgesia. A la exploración realizada en Atención Primaria se objetiva una masa que protruye desde la vulva, sospechándose himen imperforado. En Urgencias hospitalarias se realiza una exploración ginecológica que confirma un abombamiento a nivel del introito vaginal, compatible con hematocolpos. La ecografía pélvica revela una colección hemática de 129 x 82 mm en la vagina y hemometra de 21 mm en el útero. Los ovarios presentan morfología y ecogenicidad normal. Se programó intervención quirúrgica, realizándose apertura del canal vaginal con evacuación de contenido hemático, lavado y reconstrucción anatómica. El postoperatorio cursó sin complicaciones.

Comentarios. El himen imperforado es una causa poco frecuente pero importante de amenorrea primaria y dolor abdominal cíclico en adolescentes. La exploración física es fundamental para el diagnóstico; el hallazgo de una masa en el introito debe hacer sospechar una obstrucción genital. El tratamiento quirúrgico tiene excelente pronóstico y es el tratamiento de elección.

31. El aire escondido: neumomediastino espontáneo en Pediatría. Pérez Ortiz D, Pérez Santaolalla E, Bujedo Muñoz A, Recalde Tabar A, Ruiz Araus A, Angulo Sánchez V, Marrón Alonso M, García González M. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. El neumomediastino espontáneo es una entidad poco frecuente en pediatría. Suele presentarse tras maniobras que aumentan la presión intratorácica (tos intensa, esfuerzo físico, vómitos), aunque en muchos casos no se identifica un desencadenante claro. Su curso suele ser benigno, pero puede simular cuadros de mayor gravedad, por lo que el reconocimiento clínico y radiológico resulta esencial.

Caso clínico. Niño de 12 años previamente sano que consulta por dolor cervical derecho de 24 horas de evolución, sin fiebre ni disnea, con mejoría parcial tras analgesia. No refería traumatismo, aunque sí práctica deportiva. La exploración física mostraba leve enfisema subcutáneo cervical derecho sin otros hallazgos. La radiografía de tórax evidenció presencia de aire en mediastino y planos cervicales derechos compatible con neumomediastino espontáneo. Se decidió ingreso para observación y analgesia. Durante la hospitalización permaneció hemodinámicamente estable, con resolución progresiva del dolor y sin aparición de complicaciones. Fue dado de alta tras 24 horas sin alteraciones.

Comentarios. El neumomediastino espontáneo debe considerarse en niños o adolescentes con dolor torácico o cervical sin causa aparente, especialmente tras esfuerzo físico. La radiografía de tórax es la herramienta diagnóstica de elección. El manejo suele ser conservador, con observación y tratamiento sintomático, reservándose estudios complementarios para casos con síntomas persistentes o signos de complicación. El pronóstico es excelente y las recurrencias son infrecuentes.

32. El calcetín que mordió: exposición a rabia tras mordedura de murciélagos. González Fernández I, Villalón Martínez MC, Molano Acosta M, Cebrián Soria P, Paíno Román M, Martín Galán E, García Sánchez M, González Prieto A. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción. Las mordeduras de murciélagos representan una mínima proporción de todas las consultas por mordeduras en Urgencias, constituyendo menos del 1%. Aunque la rabia se considera erradicada en España (salvo Ceuta y Melilla), cualquier exposición a quirópteros tiene riesgo potencial de rabia, enfermedad de pronóstico fatal, lo que confiere relevancia a dicha entidad.

Caso clínico. Escolar de 13 años que acude tras haber dormido por la noche con un murciélagos, junto a su pierna izquierda, al pensar que se trataba de un calcetín. Evidencia lesiones similares a picaduras, de características puntiformes, pruriginosas y dolorosas, con halo macular eritematoso y aumento de temperatura, en ambas piernas. Se realiza lavado exhaustivo de las heridas, se administra vacuna antirrábica (Rabipur) e inmunoglobulina específica vía intramuscular.

Comentarios. Toda exposición a quirópteros debe considerarse exposición a rabia, debiendo poner en marcha el protocolo antirrábico. La primera medida básica para evitar la transmisión es el lavado exhaustivo de la herida. Según la categoría de la exposición se debe realizar profilaxis post-exposición con inmunoglobulina vía intramuscular alrededor de las heridas a dosis de 20 UI/kg, junto con la pauta Essen de vacunación, teniendo una efectividad en conjunto de prácticamente el 100%.

33. Escroto agudo en Pediatría: más allá de la torsión. Calvo Penín C, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca SE, Villarreal Molina BM, Granell Suárez C, Gómez Farpón A, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El edema escrotal agudo idiopático (EIAI) es una entidad benigna y autolimitada, pero de presentación clínica alarmante, que constituye una causa relevante de escroto agudo en la edad pediátrica. La etiología permanece incierta, aunque se han implicado reacciones de hipersensibilidad, infecciones virales (Epstein-Barr), parasitos por nematodos y antecedentes alérgicos. Su desconocimiento conduce con frecuencia a exploraciones quirúrgicas innecesarias.

Caso clínico. varón de 5 años con molestias en hemiescroto derecho y eritema, con extensión posterior a ambas bolsas escrotales y coloración eritematoviolácea, sin extensión a ingle o periné y sin púrpura asociada. No antecedente traumático. Excelente estado general con dolor únicamente a la palpación de las bolsas escrotales, con ambos testes en canales inguinales debido al edema pero no dolorosos a la palpación. Adenopatías inguinales bilaterales. En ecografía doppler se objetiva engrosamiento de la bolsa escrotal, con ecogenicidad escrotal homogénea y flujo escaso pero presente en ambos testículos. Se manejó de manera conservadora, con reposo y antiinflamatorios. Presentó progresiva mejoría del edema y coloración escrotal hasta alcanzar la normalidad. El exudado faríngeo recogido fue positivo para estreptococo pyogenes y virus de Epstein Barr.

Conclusiones. El EIAI debe considerarse en el diagnóstico diferencial del escroto agudo pediátrico ya que representa entre el 10% y 20% de los casos. Su manejo es conservador

y su reconocimiento clínico y ecográfico es fundamental para evitar exploraciones quirúrgicas innecesarias.

34. Escroto agudo. Piocele-hematocele testicular. Olarte Ingaroca SE, Crehuet Gramatika D, Villarreal Molina B, Horstelano Romero E, Calvo Penín C, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción:

- **Piocele.** Colección purulenta en la túnica vaginal, suele aparecer tras epididimitis-orquitis. La eco-doppler describe colección compleja con ecos internos, a veces gas, pared engrosada con hiperemia testicular y epidídimo.
- **Hematocele.** Colección de sangre en la túnica vaginal, frecuentemente postraumatismo directo. La eco-doppler

describe colección compleja hiperecogénica/ heterogénea con ecos de bajo nivel.

Caso clínico. Varón de 2 años, con antecedentes de Tuberculosis asintomática (Mantux positivo) con tratamiento profiláctico, en seguimiento por hidrocele derecho. Acude por edema e inflamación de escroto derecho de 12 h de evolución. No traumatismo previo, Afebril. No clínica miccional. Se evidencia hemiescroto derecho aumentado de tamaño, eritematoso, caliente, indurado y doloroso. Analítica normal. Las eco-doppler (figuras 1 y 2) describen colección organizada de pared fina, extratesticular, hiperecogénica, sin señal doppler e hidrocele anecogénico tabicado. Teste derecho desplazado, de apariencia normal, con aumento de vascularización. Hallazgos sugerentes de piocele. Se realiza cirugía urgente para punción escrotal obteniéndose contenido hemático oscuro sin signos de infección, impresionando de

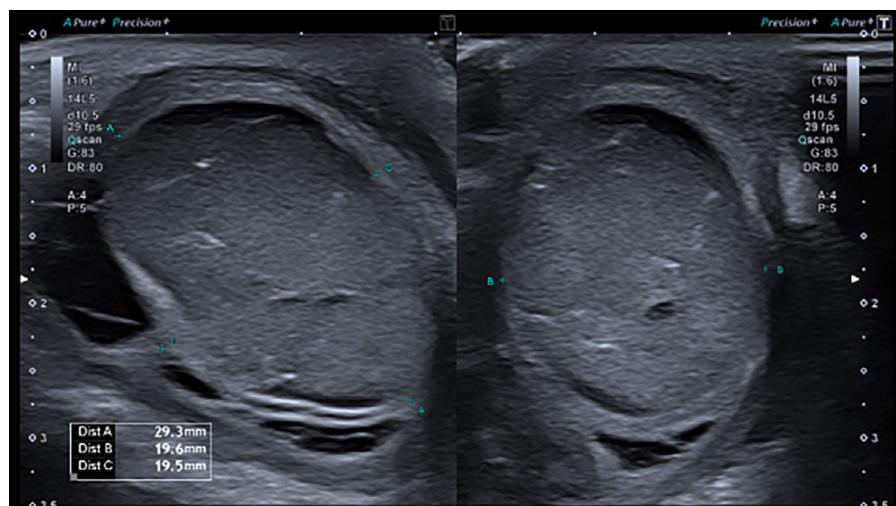


Figura 1. Póster 34.

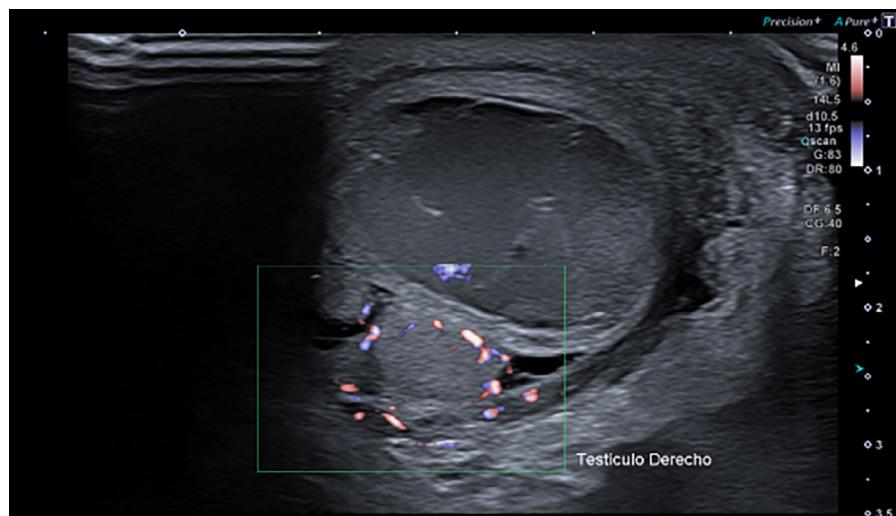


Figura 2. Póster 34.

hematoma. Se realiza hidrocelectomía, cierre de la comunicación peritoneo vaginal persistente, extracción del hematoma y resección de cubiertas vaginales. Testículo derecho de buen aspecto. Anatomía patológica confirma hematocele. Evolución posquirúrgica favorablemente.

Comentario. El escroto agudo es una urgencia quirúrgica. La ecografía y la clínica orientan el caso. La certeza está en la evidencia quirúrgica lo que orientan la actitud terapéutica. En nuestro caso al tratarse de hematocele se decidió hidrocelectomía. En caso de piocele, la actitud se limita solo al drenaje. En nuestro caso la causa es idiopática, aunque la historia clínica no lo refería, lo más frecuente es por traumatismo directo.

35. Esofagitis cáustica (lesión de alto grado): experiencia clínica ante la evidencia escasa en Pediatría. *Clavijo Izquierdo M, Pérez Ortiz D, Dios Puebla E, Crespo Estrada J, García Terrazas A, Angulo Sánchez V, Domínguez Sánchez P, Fernández De Valderrama Rodríguez A.* Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. La prevalencia de la patología digestiva accidental como motivo de consulta en urgencias ha ido descendiendo en los últimos años debido a varios factores entre los que se encuentra la educación sanitaria de las familias. Sin embargo, la ingesta de cáusticos continúa siendo la segunda causa de intoxicación generando una morbimortalidad importante.

Caso clínico. Niña 22 meses, ingresa por ingestión accidental de cáustico (lavavajillas industrial). Presenta llanto inmediato, tos escasa y vómitos tras la ingesta, los cuales no son inducidos. Exploración física: sialorrea, edema faríngeo y lengua depapilada, resto normal. Analítica sanguínea sin hallazgos. Radiografía de Tórax: descartado neumomediastino. Endoscopia: ulceras circunferenciales (Zagar: IIB), se coloca SNG bajo visión directa. Tratamiento: dieta absoluta 48 horas, metilprednisolona (1 r/SC durante 3 días), omeprazol (2 mg/kg) y ampicilina (7 días). Nutrición enteral: inicia a las 48 horas y posteriormente presenta vómitos con exploración normal. Se realiza radiografía de tórax-abdominal observándose SNG en duodeno, se recoloca. Posteriormente, adecuada tolerancia oral (líquidos, triturados). Alta a domicilio (8 días): dieta blanda y omeprazol. Endoscopia de control (3 semanas): estenosis esofágica a 15 cm de arcada dentaria, 5cm de afectación. A las 6 semanas de la exposición se dilata con balón progresivo (2 atm; 10 mm). Continúa en seguimiento.

Comentario. Ante una ingesta cáustica existe consenso universal sobre la estabilización inicial y el soporte nutricional. El uso de corticoterapia en lesiones de alto grado

suele ser extendido pues tienen como objetivo disminuir el riesgo de estenosis esofágica, no obstante, la evidencia en pediatría es limitada.

36. Este arco aórtico seguro que no lo has visto... Rupérez Peña S, Marrero Calvo MF, Jiménez Saucedo MDP, Pérez Benito M, De Pedro Del Valle S, Ruíz Ayúcar De La Vega I, Expósito De Mena H, Gutiérrez Moreno M. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

Introducción. Las variaciones en la anatomía del arco aórtico son relativamente frecuentes, pero la configuración en la que el tronco braquiocefálico derecho da origen a la carótida y subclavia derechas, y un segundo tronco único origina la carótida y subclavia izquierdas, es una anomalía extremadamente rara. Las variantes con doble tronco supraaórtico no aparecen como entidades clasificadas con frecuencia, lo que sugiere que su incidencia podría ser inferior a 1 por cada 100.000 nacidos vivos, aunque esto es una estimación conservadora basada en la rareza de los reportes.

Caso clínico. Se presenta el caso de un recién nacido a término, con test de Apgar 9/10, somatometría en el percentil 75, y que a las 48 horas de vida presentó un soplo sistólico I/VI. La ecocardiografía reveló un arco aórtico izquierdo normal, pero con una configuración inusual: el tronco braquiocefálico derecho originaba las arterias carótida y subclavia derechas, mientras que un segundo tronco único daba origen a las arterias carótida y subclavia izquierdas. Este hallazgo es excepcional, en nuestro caso asociado a una válvula aórtica bicúspide. El paciente se mantuvo asintomático durante el seguimiento.

Comentario. La presencia de dos troncos supraaórticos, con un tronco común para la carótida y subclavia izquierdas, es una variante anatómica extremadamente rara. En nuestro caso, la asociación con la válvula aórtica bicúspide obliga a un seguimiento a largo plazo, no esperando encontrar complicaciones posteriores debido a la anatomía del arco aórtico, como la compresión esofágica o traqueal, típicas de otras anomalías del arco.

37. Estigmas cutáneos en la línea media: diagnóstico neonatal temprano de disrafismo espinal oculto. *Muñoz Hernández MB, Menéndez Iglesias P, Villa Álvarez M, Suárez Abella M, Méndez Pérez L, García Guilabert MDC, Solís Sánchez G, Fernández Colomer B.* Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El disrafismo espinal oculto (DEO) es una malformación congénita del cierre del tubo neural, cubierta

por piel y sin exposición de tejido nervioso. La principal complicación neurológica es el síndrome de médula anclada, que produce de forma progresiva déficit motor y sensitivo y disfunción de esfínteres. La presencia de alteraciones cutáneas en la línea media dorsal suele ser la única manifestación inicial, pudiendo pasar inadvertido en el periodo neonatal. Se presenta el caso de un neonato con hallazgos cutáneos sugestivos, cuyo estudio radiológico confirmó la presencia de DEO.

Caso clínico. Recién nacido varón a término de gestación normoevolutiva, con ecografías prenatales normales y suplementación materna de ácido fólico, nacido por parto eutócico. En la exploración física inicial se observa solución de continuidad en la línea media lumbar ([figura 1](#)). Se realiza ecografía del canal medular que evidencia médula de disposición baja, a nivel de L3, con imagen hiperecogénica compatible con lipoma en región posterior y trayecto fistuloso en L4 que conecta la lesión cutánea con el canal medular. La resonancia magnética (RM) confirma la presencia de DEO con falta de fusión de elementos posteriores de L4/L5 con cono medular descendido, lipoma intradural y seno dérmico asociados ([figura 2](#)). RM craneal sin alteraciones.

Comentario. Los estigmas cutáneos suelen ser la única manifestación inicial del DEO, por lo que su reconocimiento es esencial para un diagnóstico precoz y abordaje quirúrgico oportuno, que pueden prevenir daño neurológico irreversible. La RM es la prueba diagnóstica de elección y la ecografía resulta útil en menores de seis meses.



Figura 1.
Póster 25.

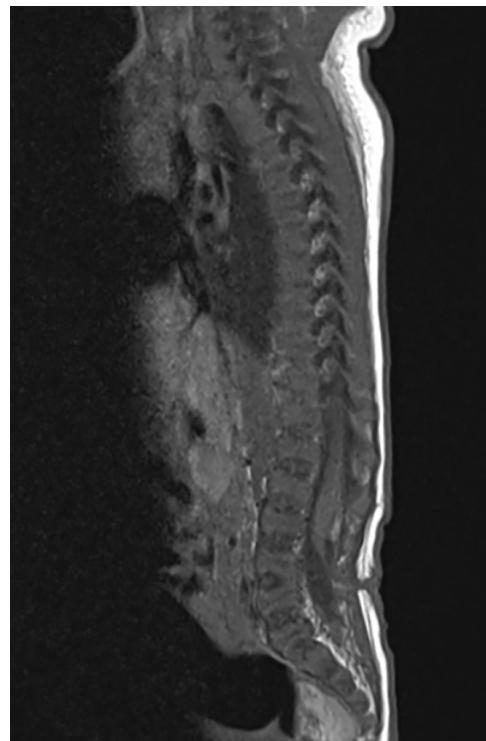


Figura 2.
RMN (Póster
37).

38. Estudio y manejo de pseudoquiste pancreático tras traumatismo de alto grado. *Crespo Estrada J, Ferlini Fuembuena RL, Alonso Arroyo V, Ros Briones R, Monje Fuente S, Ortega Escuerdo M, Ayuso González LD, Gutiérrez Dueñas JM. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. Los traumatismos pancreáticos constituyen entre un 2-5% de todos los traumatismos abdominales en la población pediátrica; no obstante, se asocian con una elevada morbi-mortalidad.

Caso clínico. Varón de 10 años acude a urgencias tras traumatismo cerrado de abdomen con manillar de bicicleta. Presenta dolor en epigastrio asociado a vómitos y al examen físico defensa en epigastrio y estigma cutáneo. Se solicita analítica sanguínea, donde se objetiva elevación de reactantes de fase aguda y amilasa de 1.151 UI/L, y TC abdominal, informado como solución de continuidad en cuerpo pancreático sin descartarse laceración del conducto de Wirsung, correspondiente a una lesión II/III de AAST. Por estabilidad del paciente se ingresa en planta de hospitalización a dieta absoluta y reposo. Iniciamos alimentación enteral al tercer día de ingreso y realizamos colangio-RMN que informa como laceración pancreática del cuerpo-cola con posible disruptión del Wirsung (grado III de AAST) y una gran colección líquida extrapancreática retroperitoneal. Al décimo día presenta fiebre, sospechándose una sobreinfección del pseudoquiste, por lo que iniciamos tratamiento con imipenem. Tras

controlar el crecimiento de la colección mediante ecografías seriadas finalmente a las 4 semanas desde el traumatismo se realiza drenaje de la misma mediante eco-endoscopia, colocando un stent que conecta el pseudoquiste con la cavidad gástrica.

Comentarios. Los pseudoquistes pancreáticos constituyen una complicación frecuente secundaria a traumatismos. Cuando no presentan resolución espontánea, es necesaria su evacuación mediante drenaje. Actualmente, el drenaje endoscópico hacia la cavidad gástrica se considera una opción mínimamente invasiva que disminuye de manera significativa la morbilidad quirúrgica.

39. Factores que motivan la visita de los niños a los Servicios de Urgencias Pediátricos. *Pérez Alba M¹, González García J², Rodríguez Suárez J³. ¹Hospital de Jarrio. Jarrio, Asturias. ²Hospital Universitario de Cabueñas. Gijón, Asturias. ³Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Las consultas a los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP) se han incrementado en las últimas décadas. Existen diferentes factores que pueden condicionar la decisión de los padres o cuidadores de acudir con los niños a estos servicios.

Objetivo. Identificar los factores que influyen en la decisión de los padres o cuidadores para acudir con los niños a los SUP.

Material y métodos. Estudio descriptivo desarrollado en el SUP de un hospital de primer nivel mediante la realización de encuestas a los acompañantes de los menores de catorce años atendidos durante tres meses.

Resultados. Se recogieron 52 respuestas. La mitad de los pacientes afirma que no consiguió cita con su pediatra y que esta fue la razón que más les influyó en su decisión de acudir al SUP. La mayoría de los pacientes tenían pediatra asignado en su centro de salud. Sin embargo, el 80% de los encuestados acudieron al SUP sin hablar antes con su pediatra. Menos del 10% de los progenitores sabían cómo contactar con el pediatra fuera del horario de atención habitual. Las familias consideraron que les resultaría útil disponer de una mayor flexibilidad de horarios para acudir al pediatra de atención primaria, así como la entrega de hojas informativas en las consultas y la difusión de consejos a través de la televisión y las redes sociales.

Conclusiones. La dificultad para conseguir cita con el pediatra de cabecera es la razón que más influye en la decisión de acudir a los SUP en nuestro estudio. Se requieren estudios más amplios para conocer mejor los factores que llevan a las familias al SUP.

40. Flebectasia de la vena yugular: cuando la anatomía se hace evidente. *Segovia López SM¹, Calvo Penín C², Hortelano Romero E², Olarte Ingaroca SE², Villarreal Molina B², Álvarez Muñoz V², Gómez Farpón A². ¹Hospital Universitario de Cabueñas. Gijón, Asturias. ²Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La flebectasia de la vena yugular (FVY) es una dilatación fusiforme del vaso, generalmente asintomática. La FVY interna es la forma más frecuente. Aunque puede ser congénita, muchos casos se desarrollan espontáneamente. Su tamaño puede aumentar unos años y disminuir con el crecimiento y fortalecimiento muscular. Predomina en niños, especialmente varones, y su baja frecuencia contribuye al infradiagnóstico. El manejo suele ser conservador, reservando la cirugía para casos sintomáticos o por motivos cosméticos.

Caso clínico. Niña de 6 años, sin antecedentes de interés. Remitida con 3 años por masa supraclavicular derecha visible durante esfuerzos. Al realizar maniobras de Valsalva durante la exploración se detecta una masa blanda y comprensible en dicha localización, no pulsátil ni dolorosa. Ante la sospecha de FVY derecha, se solicita ecografía *doppler*, que confirma el diagnóstico de flebectasia yugular bilateral. En revisiones posteriores, la dilatación yugular externa e interna derecha fluctúa según el esfuerzo, desapareciendo en reposo. Las ecografías muestran discreto aumento de su calibre, sin trombosis. Dada la ausencia de síntomas y complicaciones, se mantiene manejo conservador con seguimiento ecográfico cada 1–2 años.

Comentarios. La FVY es infrecuente y debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas cervicales que aumentan con maniobras de Valsalva. La historia clínica, exploración y ecografía son claves para diagnosticarla, evitando procedimientos más invasivos. Se recomienda manejo conservador con controles periódicos y reservar la cirugía para casos complicados o cosméticamente deformantes, evaluando siempre la circulación contralateral.

Viernes 14 de noviembre • Sesión 5

41. Gripe A y mialgias. *Domínguez Sevillano B, Seco Calvo M. Hospital Universitario de Salamanca.*

Introducción. La miosis viral aguda es una inflamación muscular transitoria y autolimitada que ocurre tras una infección viral, principalmente por los virus influenza A o B. Se caracteriza por mialgias y sensibilidad en miembros inferiores, sobre todo la pantorrilla que dificulta la deambulación. El diagnóstico se basa en la clínica junto con la elevación

de las enzimas musculares en sangre (creatin kinasa). La recuperación suele ser completa en 3-10 días, con reposo relativo, analgesia e hidratación abundante.

Caso clínico. Escolar de 8 años que acude por fiebre de hasta 39°C, clínica catarral y mialgias generalizadas, que dificultan la deambulación (marcha de puntillas). Diuresis conservada, de coloración normal. No otra clínica asociada. A la exploración destaca una orofaringe levemente hiperémica con mucosidad clara, sin otras alteraciones. Se realizan test rápidos de virus respiratorios (positivo para gripe A). Se solicita analítica sanguínea, sin alteraciones salvo creatin kinasa de 12.000 U/L, ALT de 157 U/L y AST de 406 U/L. Orina normal. Se inicia sueroterapia al doble de necesidades basales e ingresa para observación. Se repite analítica a las 24 horas, con disminución de creatin kinasa a 3627 U/L, ALT a 123 U/L y AST a 212 U/L. Es dado de alta a las 48 horas con resolución de la clínica y normalización de los parámetros analíticos en los controles posteriores.

Conclusiones. La miositis viral aguda es una complicación poco frecuente del virus influenza A en la infancia, que suele presentarse con dolor y debilidad muscular aguda, generalmente autolimitada. El reconocimiento temprano y el manejo sintomático permiten una recuperación completa, evitando complicaciones (rabdomiolisis) y hospitalizaciones prolongadas.

42. Hallazgo incidental de apendicitis vs apendicitis por traumatismo abdominal. Olarte Ingaroca SE¹, Sánchez Pulido LJ¹, Rodríguez Ovalle S², Calvo Penín C¹, Hortelano Romero E¹, Villarreal Molina B¹, Álvarez Muñoz V¹. ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián. Arriondas, Asturias.

Introducción. La asociación de trauma abdominal reciente y apendicitis en niños es extremadamente rara. Se han sugerido varios mecanismos fisiopatológicos como edema e inflamación del tejido linfoide apendicular, la lesión vascular del mesoapéndice o apéndice, que podría tener causa directa, pero es una condición excepcional.

Caso clínico. Varón de 8 años, sin antecedente de interés, acude por traumatismo directo en lado derecho del abdomen contra el reposabrazo del sofá. Refiere inicio de dolor abdominal (8 h de evolución) asociado a vómitos tras el episodio. Consciente y orientado, constantes estables, dolor abdominal en cuadrante inferior derecho, Blumberg impresiona positivo. Analítica con reactantes de fase aguda elevados. Ante traumatismo abdominal, se realiza ecografía sin hallazgos relevantes y sin reseñar el apéndice. Se completan estudios con TAC ([figuras 1 y 2](#)), donde se describe apéndice retrocecal aumentado

de tamaño con área necrótica en la porción más distal y líquido libre peri-apendicular. Sin otros hallazgos de interés. Ante la sospecha de apendicitis, se realiza laparoscopia urgente, con evidencia de apéndice retrocecal gangrenosa en la punta y aplastronada. La anatomía patológica confirma los hallazgos. El paciente evoluciona bien, actualmente asintomático

Comentarios. Aunque se han estudiado varios mecanismos fisiopatológicos, lo más probable es que el trauma y la apendicitis coincidan en el tiempo. No hay evidencia científica robusta que el traumatismo abdominal sea causa directa de apendicitis. Se debería sospechar de apendicitis, si dolor en fosa ilíaca derecha, con clínica asociada y exploración física compatible, después del traumatismo abdominal, así sea leve y sin síntomas previos.



Figura 1. TAC (Póster 42).

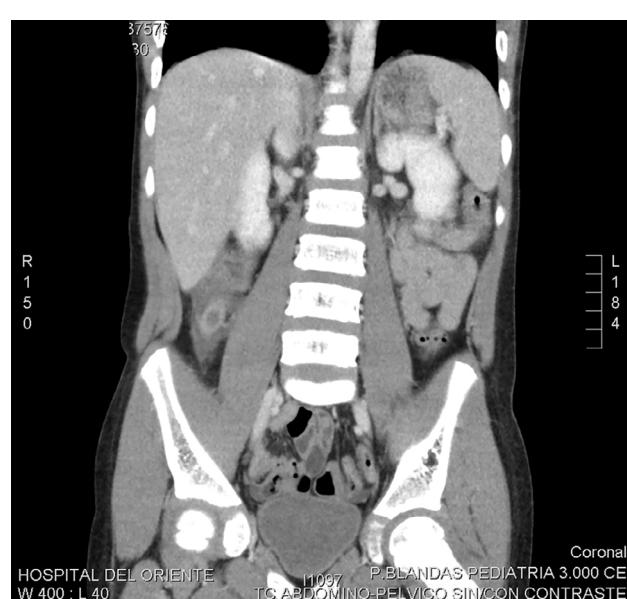


Figura 2. TAC (Póster 42).

43. Hematuria macroscópica: a propósito de un caso. *Sierra Águila M, Haupt Arabia V, Matín Iranzo N, Carrasco Villanueva MJ, Gutiérrez Zamorano M, Peña Valenceja A, Bartolomé Porro JM, Izquierdo Herrero E.* Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Introducción. La glomerulonefritis postinfecciosa (GNPI) es una inflamación glomerular por inmunocomplejos tras una infección. Es la causa principal de síndrome nefrítico infantil (4-14 años). Se presenta con hematuria, edemas, hipertensión, proteinuria, oliguria e insuficiencia renal variable. El estreptococo β-hemolítico del grupo A es el causante en > 95% de los casos, con un periodo de latencia de 3-5 semanas (infecciones cutáneas) o 7-15 días (infecciones respiratorias).

Caso clínico. Niño de 5 años que acude a urgencias por hematuria y orinas espumosas de 3 días de evolución. Dos meses antes presentó una faringoamigdalitis por estreptococo, tratada con penicilina con evolución favorable. Como antecedentes destacan: lipoblastoma sacrocígeo intervenido e hipospadias del surco balanoprepucial (uretoplastia). Bien vacunado. A la exploración física se observa palidez cutáneomucosa. No edemas. No signos de sobrecarga. Sistemático de orina con hallazgo de hematuria y proteinuria. Orina con hematuria, macroalbuminuria, proteinuria en rango nefrótico. Analítica sanguínea: ASLO aumentado, C3 sérico disminuido, C4 conservado, IgA sérica elevada, ANA (1/160) positivos, complemento total (CH50) disminuido. Durante el ingreso mantiene tensiones arteriales normales y diuresis conservadas, sin edemas, siendo dado de alta con diagnóstico de glomerulonefritis postestreptocócica, con controles ambulatorios. Desaparición de proteinuria a las dos semanas y la microhematuria a las 7 semanas, con normalización de C3 y CH50.

Comentarios. El pronóstico de la GNPI en la edad pediátrica es favorable, con recuperación completa en el 95% de los pacientes, sin secuelas ni recidivas. El tratamiento incluye medidas de soporte, restricción de líquidos y sal, y en ocasiones, uso de diuréticos. Es importante destacar que el tratamiento antibiótico precoz de la infección estreptocócica no previene la glomerulonefritis ni altera su curso.

44. Hemorragias digestivas bajas: somos lo que comemos... ¿y sangramos lo que comemos? *Montero Díaz N¹, Sarmiento Martínez M², García Pereiro A¹, Cimadevilla Fernández R¹, Fernández Cueto L¹, Menéndez Iglesias P¹, Méndez Pérez L¹.*

¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Centro de Salud La Corredoria. Oviedo, Asturias.

Introducción. Las hemorragias digestivas en la infancia pueden manifestarse como hematemesis, melenas, hema-

toquecia y falsas hemorragias digestivas. La etiología varía según la edad. La indicación de pruebas complementarias se basa en la sospecha diagnóstica según hallazgos de anamnesis y exploración física.

Casos clínicos. Caso 1: Niña 18 meses. Antecedente: estremecimiento. Consulta en Urgencias por deposiciones consistentes, negruzcas y con punteado de sangre roja de 24 horas de evolución. Exploración física: región perianal con dos fisuras. Resto normal. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, coagulación y coprocultivo normales. Tratamiento para la fisura. La familia suspende yogures de arándanos con normalización de heces. Consulta resultados y evolución en Centro de Salud.

Caso 2: Niño 3 años. Consulta en Urgencias por deposiciones consistentes de color rojo. Antecedente de gastroenteritis los días previos con ingesta de gelatinas de fresa. Exploración física: tacto rectal con heces marrones normales. Exploración anal y abdominal normales. Pruebas complementarias: hemograma, coagulación, bioquímica y coprocultivo normales. Sangre oculta en heces negativa. Consulta resultados y evolución en Centro de Salud. Normalización de las heces con retirada de gelatinas.

Comentarios:

- Las falsas hemorragias digestivas pueden ser motivo de consulta frecuente en pediatría.
- Es importante realizar una adecuada anamnesis y exploración física para diferenciar una hemorragia digestiva real de la simple coloración de las heces por alimentos o fármacos.
- Ante historia clínica compatible, una estrategia razonable puede ser “wait and see”: retirar el alimento sospechoso y comprobar la normalización de las heces, antes de iniciar estudios complementarios que ocasionan costes, preocupación y consultas innecesarias.

45. Hidrosadenitis supurativa en Pediatría. No solo patología de adultos. *García González I, Fernández Herrera M, Galbán De Marcos E, Molero Jaén J, Moriana Río N, Gómez Menduiña J, Nieto Sánchez R, Carranza Ferrer J.* Sección de Urgencias de Pediatría, Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La hidrosadenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria crónica de glándulas apocrinas que se manifiesta con nódulos dolorosos, forúnculos o abscesos en regiones intertriginosas. Hasta un tercio de los casos se inician en la infancia, con incidencia creciente en etapas pre-púberes. Esto subraya la importancia de un reconocimiento precoz que permita instaurar un manejo adecuado y prevenir secuelas físicas y psicosociales a largo plazo.

Caso clínico. Adolescente de 13 años, con sobrepeso como único antecedente de interés, derivada desde atención primaria por bultoma axilar derecho de un mes de evolución, con empeoramiento progresivo y afebril. A la exploración destacaron dos masas axilares móviles dolorosas, separadas por cicatriz en puente, sin signos de celulitis, compatibles con estadio Hurley II-III. La ecografía de partes blandas mostró una colección hipoecoica de bordes anfractuosos y vascularización periférica ($3,4 \times 1 \times 3,1$ centímetros), asociando engrosamiento heterogéneo de dermis y tejido celular subcutáneo, compatible con hidrosadenitis supurativa complicada. Valorado de forma conjunta con cirugía pediátrica se decidió iniciar tratamiento con amoxicilina-clavulánico y reevaluar en 48 horas para valorar drenaje quirúrgico. En control posterior se objetivó mejoría significativa realizándose ecografía clínica que confirmó reducción de la colección ($1,8 \times 1,3$ centímetros). Finalmente, se prolongó antibioterapia hasta 10 días desestimándose el drenaje quirúrgico.

Comentarios. La hidrosadenitis supurativa en la infancia constituye un reto diagnóstico y terapéutico dada la escasez de guías específicas en esta etapa. La identificación temprana y el control de factores de riesgo como la obesidad son fundamentales para evitar complicaciones y mejorar el pronóstico.

46. Hijo de madre con infección VIH. *Redondo Aparicio S, Sánchez Mínguez A, Romero Del Hombrebueno Gómez Del Pulgar Y, Mate Real A, García González I, Molero Jaén J, Martín Pérez Barjola J, Galbán De Marcos E. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La transmisión vertical del VIH constituye la principal vía de infección en niños. La carga viral materna, el tipo de parto y la elección de la lactancia son factores determinantes en el riesgo de transmisión. El cribado prenatal del VIH, la instauración temprana del tratamiento antirretroviral (TAR) y la implementación de medidas preventivas son esenciales para reducir este riesgo. Se presenta el caso de una recién nacida hija de madre VIH, con buena adherencia al TAR. Inicialmente considerada de bajo riesgo, pero reclasificada posteriormente como alto riesgo al presentar la madre carga viral detectable.

Caso clínico. Recién nacida a término, hija de madre VIH C1 en TAR desde 2003, en seguimiento por Infecciones y carga viral indetectable durante toda la gestación. El último control fue solicitado por Ginecología, sin que Infecciosas tuviera constancia de ello. Ante los controles previos negativos, Infecciosas consideró correcto un parto eutóxico y profilaxis postnatal con zidovudina en monoterapia por

considerarse de bajo riesgo. Al conocerse el resultado del último control, con 115 copias/ml, la paciente fue reclasificada como alto riesgo y se modificó el esquema a triple terapia con zidovudina, lamivudina y raltegravir. Presentó buena tolerancia al tratamiento, sin efectos adversos y con carga viral neonatal indetectable.

Comentario. El caso ejemplifica la eficacia de las estrategias preventivas frente a la transmisión vertical del VIH. La adherencia materna al TAR, la profilaxis frente al VIH y la lactancia artificial permiten resultados óptimos. El abordaje multidisciplinar y la comunicación entre servicios son clave para mantener tasas de transmisión cercanas a cero.

47. Hipoacusia neurosensorial, ¿en qué debemos pensar?

Castro Rey M¹, Urbaneja Rodríguez E¹, Centeno Malfaz F¹, Elices Crespo R¹, Aguiar Menéndez S¹, Morales Moreno AJ².

¹Hospital Recoletas Salud Campo Grande. Valladolid. ²Centro de Salud Parquesol. Valladolid.

Introducción. La hipoacusia neurosensorial está causada por una disfunción del oído interno (cóclea) o del nervio auditivo (VIII par craneal). El origen puede ser congénito o adquirida y puede variar de leve (26-40 dB) a profunda (> 90 dB).

Caso clínico. Mujer 6 años valorada en consulta de neuropediatría por retraso en la adquisición del lenguaje expresivo. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales embarazo, parto y periodo neonatal sin incidencias. Paso PEATCs al nacimiento. Desarrollo psicomotor normal hasta el inicio del lenguaje donde presenta retraso en la adquisición de lenguaje referencial, repetía terminaciones de las palabras, se comunicaba mediante gestos. Comprensión de órdenes sencillas mediante refuerzo gestual. Inician a los 22 meses estimulación en atención temprana con escasa mejoría. No sobreuso de pantallas. Al inicio de la escolarización presenta escaso vocabulario, no realiza frases, por lo que consultan en Neurología Infantil. Se decide repetir PEATCs con evidencia de hipoacusia neurosensorial bilateral moderada (41-70 dB). Se completa estudio con RMN de conductos auditivos donde se detecta conducto vestibular agrandado bilateral, de predominio derecho.

Conclusión. El conducto vestibular agrandado (Enlarged Vestibular Aqueduct, EVA), es la malformación del oído interno más frecuente asociada a hipoacusia neurosensorial. Se produce hasta en un 15% de los casos, con un predominio en sexo femenino 3:2. La audición suele ser normal al nacimiento y se produce una pérdida de audición fluctuante y/o progresiva en la infancia. El diagnóstico se realiza mediante imagen TAC o RMN cerebral.

48. Hipoparatiroidismo transitorio neonatal: a propósito de un caso de hipocalcemia persistente. *Corihuela Menéndez P, Segovia López SM, De Juan Vázquez D, Álvarez Blanco E, Huidobro Fernández B, Costa Romero M.* Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias.

Introducción. La hipocalcemia neonatal es frecuente y habitualmente transitoria. Si persiste o presenta clínica acompañante se deben descartar causas primarias como el hipoparatiroidismo transitorio, consistente en una producción inadecuada de hormona paratiroidea (PTH).

Caso clínico. Recién nacido varón, prematuro tardío e hijo de madre diabética. Una analítica por tremulaciones mostró hipocalcemia moderada (calcio iónico 3,93 mg/dl), con escasa respuesta al calcio oral. El sexto día de vida presentó episodio compatible con tetania (calcio iónico 3,27 mg/dl), que cedió tras gluconato cálcico 10% en bolo intravenoso (1 ml/kg) y perfusión continua (7 ml/kg/día), junto a suplementación con calcidiol oral (600 UI/día). El estudio metabólico reveló PTH 42.8 pg/ml, inadecuadamente baja para el calcio (6,1 mg/dl), con niveles normales de calcidiol (23,8 ng/ml) y calcitriol (62,5 pg/ml), hallazgos compatibles con hipoparatiroidismo transitorio neonatal. A pesar de la normalización bioquímica (PTH 70,9 pg/ml), la calcemia descendió al reducir los aportes intravenosos, evidenciando una respuesta insuficiente al calcio oral. Se inició tratamiento con calcitriol oral (0,25 µg/día), que permitió retirar los aportes intravenosos tras 48 horas y estabilizar la calcemia, alcanzando el alta hospitalaria sin medicación adicional.

Comentario. El hipoparatiroidismo transitorio neonatal puede causar hipocalcemia persistente. El calcitriol oral actúa de forma rápida en la absorción intestinal y la reabsorción renal de calcio, reduciendo la necesidad de calcio intravenoso y acortando la duración del ingreso.

49. Ictericia aguda en adolescente: abordaje de un caso de hepatitis A. *Sánchez García I¹, Martino Redondo P¹, Díaz Sierra L¹, García Guilabert MC¹, Muñoz Hernández MB¹, Suárez Abella M¹, Villa Álvarez M¹ Calle Miguel L².* ¹Residente de Pediatría y Áreas Específicas; ²AGC Infancia y Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El virus de la hepatitis A (VHA) es el virus hepatotropo causante de hepatitis aguda más común mundialmente. La tasa de seroprevalencia en España es del 5% en niños y 15% en adolescentes, con un aumento de casos en los últimos años. Su transmisión es por vía fecal-oral o sexual y la prevención se basa en medidas higiénico-sanitarias, el control epidemiológico y la vacunación.

Caso clínico. Varón de 13 años que acude a urgencias por ictericia de 24 horas, precedida de vómitos y disminución de ingestas durante cinco días, con fiebre hasta 38,5°C las primeras 36 horas. A la exploración presenta buen estado general e ictericia cutaneomucosa, sin hepatomegalia. Asocia coluria sin acolia. La analítica muestra elevación de transaminasas (AST 972 U/L, ALT 2.317 U/L) y bilirrubina total de 6,1 mg/dl de predominio directo (5,7 mg/dl), con coagulación normal. Se confirma infección aguda por VHA: VHA IgM positivo con viremia de 609.579 copias ARN/ml. Asocia un patrón compatible con infección pasada recientemente por virus de Epstein-Barr (VEB-VCA IgG e IgM positivo, VEB-EBNA IgG dudoso). Permanece ingresado 72 horas con sueroterapia y mejoría clínica y analítica progresiva, observándose descenso de las transaminasas en las primeras 48 horas. Previo al alta se notifica el caso como enfermedad de declaración obligatoria. En controles posteriores se constata normalización completa de las enzimas hepáticas tras mes y medio del cuadro.

Comentarios. Hemos de considerar la infección por hepatitis A en el paciente pediátrico con cuadro agudo de ictericia e hipertransaminasemia, especialmente teniendo en cuenta la situación epidemiológica actual del aumento de casos en España.

49B. Infección por citomegalovirus (CMV). ¿Estamos diagnosticando y tratando correctamente? *Marugán Isabel VM¹, Medina Guerrero C¹, González Hernández N¹, Tapia Gómez A¹, García Salamanca Y², Gil Rivas T¹.* ¹Complejo Asistencial de Zamora-Hospital Virgen de la Concha. Zamora. ²Centro de Salud Benavente Norte. Benavente, Zamora.

Introducción. La infección por CMV, principalmente la congénita, es y ha sido una preocupación para los pediatras, por su incidencia y sobre todo por su potencial gravedad y secuelas, incluso en infecciones aparentemente asintomáticas. Presentamos dos casos de infección confirmada por CMV cuyo diagnóstico de realiza a los 2 meses de vida.

Caso clínico 1. Varón de 2 meses y medio con estudio por ictericia. Antecedentes perinatales sin interés e ictericia a los dos meses por lo que se deriva a consulta. Analítica con aumento leve de transaminasas, bilirrubina total y bilirrubina directa. Estudio de CMV orina POSITIVO y negativas en sangre de cribado metabólico y en leche materna. No serología materna de CMV en el embarazo. Evolución a la curación.

Caso clínico 2. Mujer derivada a los 2 meses a consulta por descenso de perímetrocefálico a un P2 (-2,28 DE) sin otra sintomatología. Cribado auditivo normal. Serología POSITIVA a CMV (IgG e IgM) y PCR de CMV en orina POSITIVA.

Estudio de PCR de CMV en sangre del cribado metabólico NEGATIVA. No serología materna de CMV en embarazo. Se realiza, 3 meses tras el parto, serología materna de CMV con resultado de IgM POSITIVA e IgG POSITIVA con alta avidez sugerente de infección congénita.

Comentarios. Pese a la importancia de la infección congénita por CMV, la mayoría los hospitales no incluyen el CMV en el cribado serológico del embarazo. Estos casos, cuyo estudio serológico materno en el embarazo nos habría ayudado en las dudas del diagnóstico y en el posible tratamiento, nos hacen reflexionar la necesidad de incluir ya la serología de CMV en el estudio serológico universal de todas las embarazadas.

Sábado 15 de noviembre • Sesión 6

50. Impétigo ampolloso neonatal, a propósito de un caso.
Álvarez Blanco E, De Juan Vázquez D, López-Negrete Cueto E, Puente Fuente P, Álvarez Menéndez L, García Mozo R.
Hospital Universitario de Cabueñas. Gijón, Asturias.

Introducción. El impétigo ampolloso es una infección cutánea causada por toxinas exfoliativas producidas por *Staphylococcus aureus*. Se presenta con ampollas que evolucionan a erosiones superficiales. Puede confundirse con otras dermatosis, requiriendo un diagnóstico diferencial riguroso.

Caso clínico. Neonato varón de 6 días de edad. Gestación a término sin incidencias, no presenta riesgo infeccioso. Parto vaginal instrumental. Lactancia materna exclusiva. Valorado en Atención Primaria a los 4 días de vida, donde observan lesión erosiva en raíz del muslo derecho, atribuido inicialmente al roce de la pinza umbilical. En las siguientes 24 horas aparecen flictenas satélites, por lo que acuden a Urgencias de Pediatría. Afebril, con buena tolerancia oral y sin irritabilidad significativa. Exploración física: flictena rota de cuatro centímetros en muslo derecho, lesiones exfoliativas umbilicales y suprapúbicas, eritema en comisuras labiales con costra amarillenta ([figura 1](#)). Mucosas no afectadas. Signo de Nikolsky negativo. Hemograma y bioquímica sin alteraciones. Proteína C reactiva: 4,7 mg/L, procalcitonina: 0,07 ng/ml, interleucina 6: 6 pg/ml. Hemocultivo negativo. Cultivo cutáneo confirma *Staphylococcus aureus*. Recibe tratamiento intravenoso con cloxacilina y gentamicina 5 días, asociando ácido fusídico tópico. Posteriormente amoxicilina-clavulánico oral hasta completar 10 días. Evolución favorable, mejoría progresiva de las lesiones sin otras complicaciones ([figura 2](#)).

Comentarios. Aunque es poco habitual, el impétigo ampolloso debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas exfoliativas neonatales. La ausencia de afectación sistémica, los reactantes de fase aguda negativos y el aislamiento microbiológico orientan el diagnóstico. Se aconseja vigilancia hospitalaria inicial y tratamiento antibiótico precoz para una evolución favorable.



Figura 1.
Póster 50.



Figura 2.
Póster 50.

51. Infección osteoarticular por *Salmonella typhi* en paciente con hemoglobinopatía compuesta: a propósito de un caso. *Dios Puebla ME, Musgo Balana P, ángulo Sánchez V, Almeida De Miranda G, Gabaldón Pastor D, Portugal Rodríguez R, Torres Mariño C, Oyagüez Ugidos PP.* Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. Los pacientes afectos de hemoglobinopatías, homocigotas o dobles heterocigotas, tienen una alta susceptibilidad para contraer infecciones y desarrollar bacteriemia, debido fundamentalmente a la asplenia funcional, siendo el curso clínico a menudo más severo y con mayor riesgo de complicaciones.

Caso clínico. Varón de dieciocho meses, afecto de hemoglobinopatía compuesta (hemoglobina S y Lepore), con estado vacunal incompleto y residencia en Gambia durante un año, que ingresa por cuadro de fiebre, afectación del estado general y deposiciones blandas. Se inicia de forma empírica antibioterapia intravenosa. En hemocultivo y coprocultivo se detecta *Salmonella typhi*. En los siguientes días, dada la persistencia de la fiebre y el empeoramiento de reactantes de fase aguda, se realiza despistaje de complicaciones infecciosas, efectuándose gammagrafía ósea compatible con artritis séptica de cadera derecha. Se completa estudio con resonancia magnética, confirmando la misma y observando además osteomielitis, abscesos óseos, miositis y necrosis del núcleo de osificación de la cabeza femoral. Se realiza drenaje y lavado de la articulación en dos ocasiones, siendo el cultivo positivo para *Salmonella*. Tras 38 días de ingreso, con buena evolución clínica y ecográfica, se decide alta con antibioterapia oral hasta completar seis semanas de tratamiento.

Comentarios. Es fundamental diagnosticar y comprender las hemoglobinopatías (especialmente en poblaciones con alta prevalencia genética), así como la infección por *Salmonella*, que puede causar complicaciones graves, incluyendo

infecciones osteoarticulares, las cuales, aunque poco frecuentes, requieren un alto índice de sospecha, debido a la posibilidad de desarrollar secuelas en caso de no instaurar tratamiento precozmente.

53. Infección por VRS y taquicardia incesante en un lactante. *Varela Pérez P, Jiménez Casso S, Bartolomé Calvo G, Soler Monterde M, Collada Carrasco M, Espinosa Rodríguez C, Camacho Moral E.* Complejo Asistencial de Segovia.

Introducción. Las taquicardias superiores al percentil 95 de la frecuencia cardíaca (FC) en un lactante afebril, deben ser sospechosas de taquicardias supraventriculares (TSV) por su gravedad e inespecificidad clínica. El diagnóstico inicial es electrocardiográfico. Se expone un caso de TSV incesante de difícil control.

Caso clínico (figuras 1 y 2). Lactante de 1 mes y medio, previamente sano, ingresa por episodio de taquicardia a 240

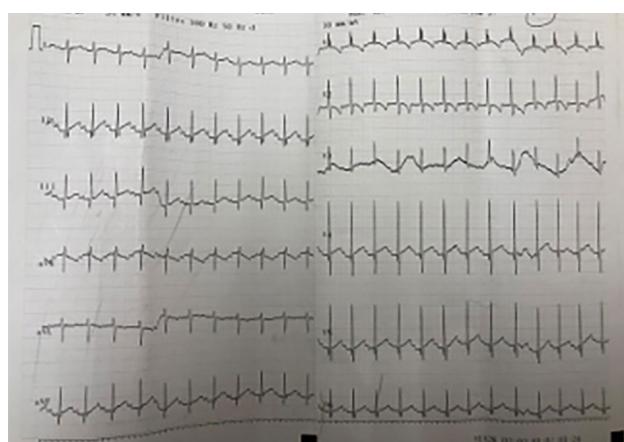


Figura 1. ECG basal (Póster 53).

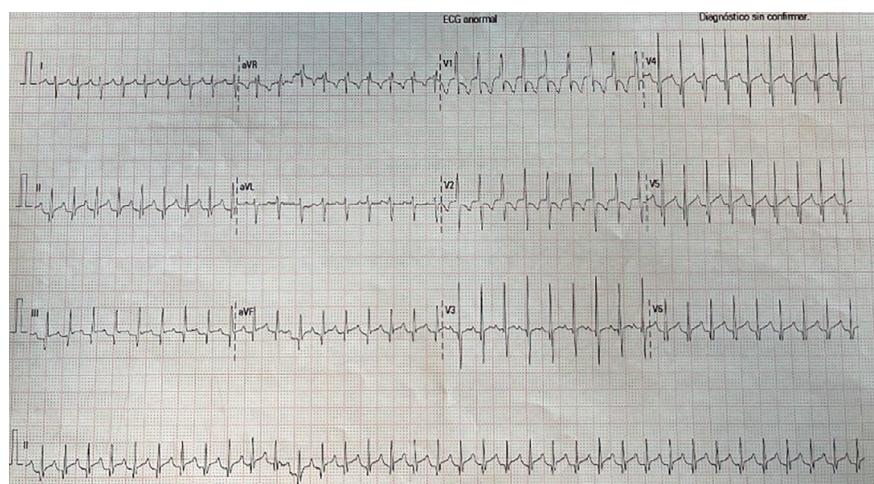


Figura 2. ECG TCV (Póster 53).

Ipm en el contexto de infección por VRS. Hemodinámicamente estable y sin hallazgos patológicos en la exploración. Monitorización y ECG confirman TSV regular 1/1, QRS estrecho, PR < RP', P positivas en II, III y AVf (taquicardia auricular incesante versus vía accesoria intra nodal). Ecocardiograma normal. Analítica: NT-proBNP 1.366 pg/ml y troponinas normales. Sin respuesta a maniobras vagales ni a tres dosis de adenosina (50, 100 y 150 µg/kg). Se administra propranolol oral (1 mg), tras la segunda dosis y bolo de amiodarona (5 mg/kg), la FC disminuye a 150 lpm con posible ritmo sinusal y PR largo. Ingresa en UCI pediátrica con perfusión de amiodarona (5 µg/kg/min) durante 48 h, posteriormente esmolol (100 µg/kg/min) manteniendo ritmo sinusal. Alta con propranolol (1,5 mg/kg/día) y monitorización domiciliaria. Tras 8 meses, mantiene rachas cortas de TSV ocasionales, se añade flecainida (1,5 mg/kg/día), pendiente de evolución y diagnóstico definitivo.

Conclusiones. Las TSV son una urgencia pediátrica, su diagnóstico diferencial se realiza por el ECG. Las más frecuentes con PR > RP' responden a maniobras vagales y adenosina. Las que presentan un PR < RP', más infrecuentes, son incesantes de difícil manejo, requiriendo varios fármacos para su control.

54. Infecciones de partes blandas: comparación de dos casos.

Cimadevilla Fernández R, García Pereiro A, Fernández Mija M, Alonso Álvarez MA. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Las infecciones que afectan hasta el tejido celular subcutáneo, ocasionan abscesos o celulitis. Conocer el agente microbiológico es fundamental para el manejo favorable

Casos clínicos. Niño de 2 años con tumoración en brazo ([figura 1](#)) y fiebre de 6 días. Entorno con gatos. Pruebas complementarias: proteína C reactiva: 1,5 mg/dl, Velocidad de sedimentación globular: 19 mm/h. Ecografía (ECO): celulitis cara anterior brazo con colección de 25 × 17 mm de contenido heterogéneo. Afebril, pero con empeoramiento local, pese a tratamiento con amoxicilina clavulánico parenteral. Control ecográfico: aumento de tamaño de la colección y probable afectación de planos musculares. Se realiza drenaje ecoguiado. Estudio microbiológico: detección de ADN de *Bartonella* positivo; cultivo bacteriológico negativo. Serología: IgG anti *Bartonella* + (1/256), IgM negativa. Estudio oftalmológico y ECO abdominal normales. Diagnóstico final: enfermedad por arañazo de gato localizada. Recibió azitromicina 5 días. Niña de 11 años que ingresa por mastitis de 5 días de evolución, en tratamiento



Figura 1. Póster 54.

con amoxicilina clavulánico oral desde 2 días antes. AP: Procedente de Cuba. 3 abscesos en axila homolateral, uno de los cuáles fue drenado y con cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* meticilin resistente (SAMR), no recibiendo tratamiento ajustado. Al ingreso se pauta cefazolina y vancomicina, por ambos antecedentes epidemiológicos. ECO: mastitis con absceso retroareolar de 31 × 18,5 mm. Se drena en quirófano, con cultivo positivo para SAMR, sensible a trimetoprim-sulfametoaxazol. Recibió 14 días de antibioterapia con completa resolución.

Conclusiones. El conocimiento del agente microbiológico implicado en las infecciones de partes blandas puede condicionar la evolución del proceso.

55. Intoxicación por alocasia: la importancia de la botánica.

Montes Granda M¹, González-lamuño Sanchís C¹, González Benavides A¹, Suárez Alonso J¹, Mier Castaño A¹, Arroyo Hernández M¹, Ivanov Bankov N¹, Roza Alonso CL². ¹Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Asturias. ²SAMU Área III. Avilés, Asturias.

Introducción. La alocasia (también conocida como “oreja de elefante”) es una planta ornamental muy frecuente en los

hogares actualmente. Pero debido a su contenido en ácido oxálico puede llegar a producir intoxicaciones importantes en mascotas y humanos que la ingieran.

Caso clínico. Se presenta el caso de una niña de 2 años que mientras está jugando en el patio de su casa comienza bruscamente con sialorrea llamativa con imposibilidad para tragar y dificultad respiratoria. Se observan a su alrededor varios trozos de hojas de una planta decorativa. Su padre, sospechando que los síntomas pudieran deberse a haber mordisqueado tales hojas, ingiere otra comenzando con clínica similar. La niña es valorada en su Centro de Salud y posteriormente por el SAMU, apreciándose a la exploración babeo llamativo y leve edema de úvula y de labios. Se le administra nebulización de adrenalina y budesonida y se le canaliza una vía venosa periférica para expansión volumétrica. Es trasladada al hospital de referencia sin incidencias. Se completa el tratamiento con bolo de hidrocortisona y, tras contacto con el Instituto Nacional de Toxicología, se le ofrece un helado y líquidos fríos. Presenta buena evolución con el tratamiento administrado y tras 12 horas de observación hospitalaria es dada de alta al domicilio.

Comentarios. Como plantas decorativas del hogar habituales en nuestro medio pueden encontrarse hasta 12 que son tóxicas. Es importante conocerlas y explicar a los niños cómo evitarlas ya que pueden causar toxicidad sistémica, problemas cutáneos o inflamación local, como en el caso descrito.

56. Lactante con polidipsia y poliuria. García Pereiro A, Cimadevilla Fernández R, Alonso Álvarez MA, Ordóñez Álvarez FA, Menéndez Arias C. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La poliuria y polidipsia documentadas en un lactante no es una presentación clínica frecuente. Llegar a un diagnóstico es básico para adecuar el tratamiento y evitar complicaciones potencialmente graves.

Caso clínico. Lactante de 14 meses de edad que ingresa desde Urgencias hospitalarias por polidipsia y poliuria de un mes de evolución, con marcadas conductas de pica y avidez por alimentos salados y rechazo de alimentos sólidos. Refieren ingestas de 2,5 litros/día de líquidos (frecuentes durante la noche) y diuresis muy abundante en domicilio. Exploración física y desarrollo ponderoestatural normales. Pruebas complementarias iniciales al ingreso: glucemia 81 mg/dl, osmolalidad urinaria 34 mOsm/kg, osmolalidad plasmática 269 mOsm/kg, natremia 132 mmol/L y urea y creatinina séricas normales. Tras confirmarse los datos clínicos indicados por la familia (ingesta

oral de 1340 ml y diuresis de 5,7 ml/kg/hora en las primeras 12 horas de ingreso), se realiza test de restricción hídrica, donde se objetiva osmolalidad urinaria final de 769 mOsm/kg, natremia de 139 mmol/L y osmolalidad plasmática (281 mOsm/kg). Ante los hallazgos del test, se considera improbable la posibilidad diagnóstica de diabetes insípida y se orienta a una polidipsia primaria. Durante el ingreso, se realizan ecografía renal y resonancia magnética cerebral, sin presentar hallazgos significativos, y se reduce progresivamente la ingesta hídrica, con buena tolerancia posterior.

Comentarios. Se muestra un caso clínico compatible con una polidipsia primaria en un lactante, una presentación clínica especialmente infrecuente en esta edad, donde su confirmación supone un verdadero reto diagnóstico.

57. Linfadenitis crónica por *Bartonella henselae*. Tratamiento quirúrgico. Olarte Ingaroca SE, Crehuet Gramatika D, Villarreal Molina B, Hortelano Romero E, Calvo Penín C, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una causa frecuente de linfadenitis en la edad pediátrica. Se relaciona con el antecedente de contacto con gatos. La linfadenitis por EAG suele curar espontáneamente en pacientes inmunocompetentes, se indica antibioterapia en inmuncapacitados, enfermedad sistémica o linfadenitis extensa. Pocas veces precisan de drenaje quirúrgico, y excepcionalmente, pueden presentar evolución tórpida como linfadenitis fistulizante o masa excrecente violácea que requiera de tratamiento quirúrgico para su curación.

Caso clínico (figuras 1 y 2). Mujer de 5 años que presenta linfadenitis submandibular izquierda. Refiere antecedentes de contacto con gato. Tras 18 días de evolución, previo tratamiento con azitromicina, presenta absceso que requiere drenaje. Los estudios moleculares muestran material genético positivo para *Bartonella henselae*. Tras dos meses y medio del drenaje presenta persistencia de linfadenitis y masa excrecente violácea, asociada a fiebre diaria, por lo que se decide realizar exéresis de la masa con linfadenectomía cervical, sin incidencias. Inicialmente la paciente presenta paresia del músculo orbicular del labio inferior izquierdo e hipoestesias en región auricular izquierda que progresivamente se autoresuelven. Tras un periodo de seguimiento de 6 meses la paciente permanece asintomática y libre de la enfermedad.

Comentarios. Las linfadenitis por arañazo de gato suelen presentar una evolución autolimitada favorable. No obstante,

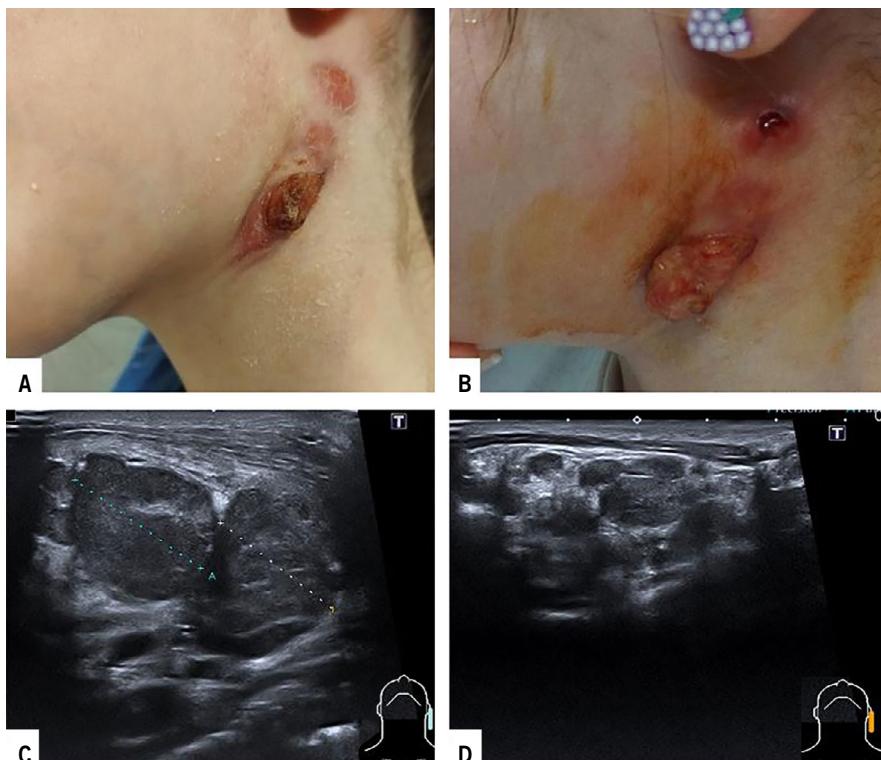


Figura 1. Linfadenitis submandibular izquierda con masa violácea excrecente (Póster 57).

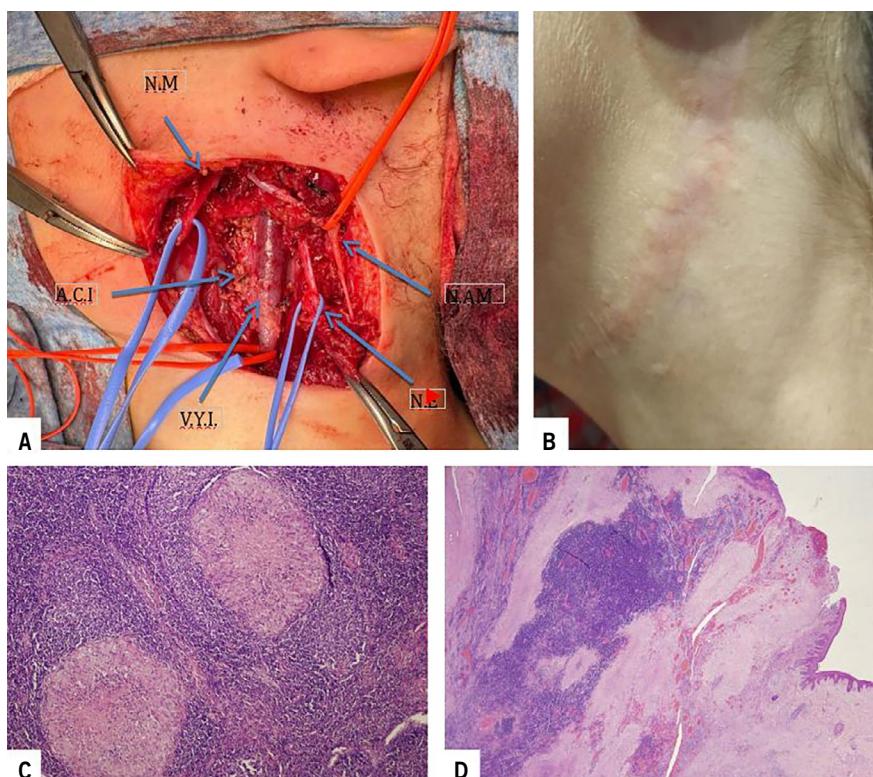


Figura 2. Intervención quirúrgica, anatomía patológica y resultado final (Póster 57).

cuando se produce evolución tórpida con linfadenitis fístulizante o masa violácea excrecente tras un periodo de más

de dos meses, el tratamiento quirúrgico se postula como un herramienta segura y eficaz para curar la enfermedad.

58. Lo que se esconde bajo la lengua. A propósito de un caso. *Suárez Abella M¹, Miranda Montequín S¹, Muñoz Hernández MB¹, Villa Álvarez M¹, Díaz Sierra L¹, Sánchez García I¹, García Guilabert MDC¹, Rodríguez Márquez C². ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Centro de Salud Lugones. Lugones, Asturias*

Introducción. La patología bucodental en pediatría abarca un amplio espectro de alteraciones que pueden afectar el desarrollo, funcionalidad y calidad de vida del niño. Si bien la causa odontológica constituye el motivo de consulta más frecuente, debemos conocer otro tipo de entidades menos habituales.

Caso clínico. Varón de 5 años con aparición progresiva en el último mes de una “burbuja” bajo la lengua ([figura 1](#)). Manifiesta dificultades para la ingesta en la última semana. No refiere dolor, dificultad respiratoria ni otra sintomatología asociada. No antecedentes personales de interés. A la exploración se evidencia tumoración blanda de 1 × 1,5 cm, de aspecto quístico, localizada en el suelo de la boca lateral a frenillo lingual, con transiluminación positiva, fluctuante, sin signos de infección ni compromiso de la vía aérea u otras alteraciones.

Comentarios:

- Un diagnóstico diferencial cuidadoso de las lesiones quísticas orales en la infancia permite un abordaje más seguro, conservador y dirigido, mejorando el pronóstico



Figura 1.
Póster 58.

funcional y estético. Reconocer lo que parece igual, marca la diferencia en el manejo clínico.

- La ubicación en el suelo de la boca, y la lateralidad al frenillo lingual, son claves en el reconocimiento de la ránula, un tipo de mucocele benigno originado por extravasación o retención de mucina en la glándula sublingual.
- Aunque suele ser asintomático, la progresión de su tamaño puede interferir con la alimentación, la fonación o incluso ocasionar compromiso respiratorio.
- Su manejo abarca desde observación en casos leves, hasta exéresis quirúrgica completa de la glándula sublingual en casos sintomáticos o recurrentes.

59. Manejo clínico del perineal groove en menores de 5 años. *Villarreal Molina BM, Calvo Penín C, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca S, Pérez Costoya C, Crehuet Gramatyka D, Gómez Farpón A, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El *perineal groove* (PG) es una malformación congénita rara del periné, caracterizada por un surco húmedo y no queratinizado que se extiende desde la horquilla vulvar hasta el margen anal. Afecta principalmente a niñas y se diagnostica generalmente en el periodo neonatal. Aunque puede resolverse espontáneamente antes de los 2 años, puede confundirse con infecciones, trauma o abuso, lo que genera tratamientos innecesarios.

Material y métodos. Se realizó una revisión de la literatura entre 2015 y 2025 en PubMed, Scopus y CINAHL sobre el diagnóstico del PG en menores de 5 años. Se incluyeron estudios que evaluaron prevalencia, características clínicas, diagnóstico diferencial y manejo del PG en esta población.

Resultados. La mayoría de los casos se presentaron en niñas menores de 2 años, sin síntomas asociados. En una serie de 66 pacientes, el 71% recibió tratamiento no quirúrgico, logrando epitelización completa o parcial antes de los 21 meses en más del 75%. Un estudio retrospectivo con 26 pacientes mostró resolución espontánea en el 71% sin cirugía. Otro estudio multicéntrico reportó que el 87,9% resolvió espontáneamente tras un seguimiento medio de 22,9 meses. En varones, pocos casos presentaron secreción o sangrado, siendo tratados quirúrgicamente con éxito.

Conclusiones. El PG es una anomalía congénita rara que generalmente se resuelve espontáneamente en menores de 5 años. Su diagnóstico puede ser complicado por su presentación sutil y riesgo de confusión con otras patologías. Una exploración física detallada es esencial para evitar tratamientos innecesarios. La mayoría responden al manejo conservador.

60. Un caso poco frecuente: piocele en un lactante prematuro. *Clavijo Izquierdo M, Almeida De Miranda G, Alonso Marrón M, Ferlini R, García Terrazas A, Pérez Ortiz D, Oquillas Ceballos A, Miranda Vega M.* Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. El piocele es una colección purulenta localizada dentro de la túnica vaginal del testículo. Generalmente secundaria a la extensión de una infección (epididimitis, orquitis) o como complicación de un hidrocele previamente existente. Entidad poco descrita en pediatría.

Caso clínico. Paciente masculino, gran prematuro (27+3 SG), diagnóstico de displasia broncopulmonar moderada y sospecha de complejo de esclerosis tuberosa. Permanece en cuidados intermedios para engorde y cuidados postquirúrgicos. Inicialmente presentó hidrocele bilateral y luego es evidente hernia inguinal derecha. Herniotomía bilateral a las 41 semanas de edad postmenstrual. A los 8 días postquirúrgicos se observa testículo derecho edematoso y tumefacto, no impresiona doloroso a la palpación, buen estado general y afebril. Reactantes de fase aguda negativos. Se extrae hemocultivo (negativo). Ecografía testicular: volumen escrotal derecho aumentado, engrosamiento de cubiertas escrotales hipervascularizadas, colección de 26 × 23 mm quística compleja con ecos internos, epidídimo derecho heterogéneo, resto normal. Se decide manejo conservador y tratamiento antibiótico oral (amoxicilina-ácido clavulánico: 90 mg/kg/día). El noveno día presenta drenaje espontáneo purulento a través de escroto derecho. Se toma cultivo de secreción: *Escherichia coli* y *Enterococcus faecalis*. Ante buena evolución, se decide alta a domicilio. No presenta nuevas complicaciones.

Comentario. Este caso clínico ilustra una complicación ante la cual los prematuros podrían presentar mayor susceptibilidad por la alta prevalencia de hernias inguinales congénitas, inmadurez inmunológica, fragilidad tisular y hemodinámica. Este diagnóstico puede retrasarse por su baja prevalencia, pero es importante un diagnóstico rápido con un abordaje multidisciplinario para prevenir complicaciones graves: pérdida testicular, sepsis, etc.

61. Un despertar inesperado: cuando la anestesia revela un diagnóstico. *Sumpsi Sánchez C, Díez Monge N, Urbano Martín M, Fekete López E, Martín Pérez E, González Castro R, Parro Olmo P, Dellgado La Fuente A.* Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. La enfermedad de Steinert es una de las enfermedades neuromusculares más frecuentes en el adulto. En pediatría la forma más frecuente es la forma congénita,

caracterizada por hipotonía axial neonatal e insuficiencia respiratoria, potencialmente mortal en los primeros meses de vida.

Caso clínico. Presentamos un caso poco frecuente de una paciente diagnosticada de distrofia de Steinert clásica de aparición juvenil cuyo debut tuvo lugar tras una sedación para una resonancia magnética. Se trata de una niña de 7 años con microcefalia y retraso global del desarrollo, sin antecedentes familiares. Tras una sedación con anestésicos inicia con retraso del despertar, bradipnea, hipotensión y bradipsiquia, con posterior resolución y alta a las 24 horas. A los 5 días consulta por cuadro de alteración de la marcha, sialorrea, imposibilidad para el sostén cefálico. Asociaba decaimiento, somnolencia excesiva y rechazo de ingesta. Se realizaron pruebas complementarias que resultaron normales salvo un electromiograma y posteriormente una genética correspondiente a la enfermedad de Steinert (> 150 tripletes CTG en el gen DMPK). Tras el diagnóstico se realizó un estudio de segregación familiar, resultando el padre portador del alelo mutado (82 repeticiones CTG).

Comentarios:

- La DM1 presenta un patrón de herencia autosómico dominante, con fenómeno de anticipación.
- Los pacientes con 50-100 repeticiones del triplete CTG en el gen DMPK presentan formas leves de la enfermedad, los que presentan > 150 repeticiones se corresponde a la forma clásica; moderada y los que tienen > 1.000 presentan la forma congénita; grave
- Existe un efecto perjudicial de los fármacos anestésicos generales en estos pacientes.

Sábado 15 de noviembre • Sesión 7

62. Manifestación extramedular inusual de leucemia linfoblástica aguda en la infancia: a propósito de un caso. *Recio González M¹, García Mier C¹, Peláez Sánchez A¹, Gestoso Uzal N¹, Rollán Martínez Herrera M¹, Suárez Arrabal MC¹, Coccolo Góngora A¹, López Duarte M².* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Hematología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. La leucemia linfoblástica aguda (LLA) en la población pediátrica puede manifestarse inicialmente como masas sólidas extramedulares, una forma de presentación infrecuente pero descrita en la literatura médica. Si bien la mayoría de casos de LLA se manifiestan con síntomas derivados de la infiltración medular, la afectación extramedular puede simular neoplasias sólidas no hematológicas

representando un desafío diagnóstico en la etapa inicial de la enfermedad.

Caso clínico. Niño de dos años que acude al servicio de Urgencias por tumoración maxilar izquierda de dos semanas de evolución, inicialmente interpretada como absceso odontógeno y tratada con antibioterapia. No dolorosa, sin signos inflamatorios. Afebril, sin síntomas sistémicos. En la ecografía realizada se muestra lesión con reacción periótica dependiente del hueso maxilar izquierdo, sospechosa de agresividad. El estudio analítico inicial no presentaba alteraciones en el hemograma ni elevación de reactantes de fase aguda. Se completa con TC que revela una masa maxilar compatible con tumor maligno sólido como primera posibilidad. Sin embargo, en analítica posterior de control aparece leucocitosis (90 000 leucocitos/ μ L) con 70% de blastos. El estudio de inmunofenotipo mostró una población B atípica (73%), y el aspirado medular confirmó el diagnóstico de LLA tipo B con reordenamiento KMT2A::MLLT3.

Conclusión. La presentación inicial como masa sólida maxilar representa una forma inusual de debut de la LLA infantil. Este caso subraya la importancia de no olvidar la LLA en el diagnóstico diferencial de masas sólidas en pacientes pediátricos incluso cuando los estudios iniciales no muestran alteraciones medulares evidentes.

63. Mano-pie-boca como posible causa de onicodistrofia permanente. *García Sánchez M¹, Martín Galán E¹, Paíno Román M¹, Cebrián Soria P¹, Izquierdo García I¹, González Fernández I¹, Blanco Rodríguez P¹, Alonso Díaz J². ¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ²Centro médico Garrido Sur. Salamanca.*

Introducción. La enfermedad de mano-pie-boca es una infección vírica, causada principalmente por enterovirus y coxackievirus. Se caracteriza por fiebre, malestar general y una erupción papulovesicular en diversas partes del cuerpo. Durante el periodo de convalecencia puede provocar onicodistrofia, usualmente en forma de onicomadesis, de manera temporal (suele resolverse de manera espontánea en 1-3 meses).

Caso clínico. Niña de 5 años que en 2021 pasó por la enfermedad de mano-pie-boca, tras la cual se detuvo el crecimiento y hubo un cambio de coloración (a más oscuro) de la uña del 1^{er} dedo de ambos pies. Fue derivada a dermatología en 2022, donde se visualizó una distrofia ungueal junto a cromoniquia con, en ese momento, un crecimiento normal de ambas uñas. La hipótesis que se contempló fue que traumatismos repetidos podrían estar influyendo en la morfología de las uñas, ya que se podía observar un hema-

toma subungueal en uno de los pies. Pese a ello, en 2025 la paciente continua con una onicodistrofia que actualmente afecta al 1^{er} y 2^º dedo de ambos pies, sin visualización de hematoma subungueal.

Comentarios. Dentro de las causas de onicodistrofia crónica encontramos problemas dermatológicos como psoriasis o liquen plano y onicomicosis, a descartar con biopsia y cultivo respectivamente. Muy frecuente también son los traumatismos repetidos, donde la anamnesis es fundamental. Pese a que en la literatura actual no se han encontrado casos descritos de afectación permanente de la matriz ungueal relacionados con el mano-pie-boca, en este caso se podría plantear como diagnóstico de exclusión.

64. Más allá de la primera línea: un caso de Kawasaki refractario. *Izquierdo García I, Paíno Roman M, Blanco Rodríguez P, García Sánchez M, Martín Galán E, González Fernández I, González González MM, López Ávila FJ. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

Introducción. La enfermedad de Kawasaki refractaria se caracteriza por la persistencia o reaparición de fiebre entre 36 y 72 horas después de la administración de la primera dosis de inmunoglobulina intravenosa (IGIV).

Caso clínico. Escolar de 5 años que acude al SUP presentando criterios diagnósticos clínico-analíticos de enfermedad de Kawasaki de alto riesgo. Se administra IGIV, metilprednisolona a 2 mg/kg y ácido acetilsalicílico (AAS) a 30 mg/kg. Tras la infusión de inmunoglobulinas mejora la clínica con desaparición de la fiebre el primer día. Dado el descenso de un 38% en los niveles de PCR y mantenerse afebril durante 72 horas se decide alta con AAS a dosis antiagregante. Sin embargo, reingresa el mismo día por reaparición de la fiebre a las 72 horas post-IGIV, cumpliendo criterios de enfermedad de Kawasaki refractaria. Se administra una segunda dosis de IGIV, seguida de metilprednisolona en bolos intravenosos de 30 mg/kg durante tres días. Posteriormente, se continúa con metilprednisolona intravenosa a 2 mg/kg/día y, tras 24 horas, se sustituye por prednisolona oral a 2 mg/kg/día. La paciente presenta buena evolución clínica y analítica (PCR < 0,05 mg/dL, VSG 30 mm/h). Se decide alta con prednisolona oral a 2 mg/kg/día con pauta descendente progresiva en 3 semanas.

Comentarios. El Kawasaki refractario afecta al 10-20% de los pacientes inicialmente tratados y conlleva un mayor riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares. Su tratamiento se basa en una segunda dosis de IGIV con corticoides en megabolos y posterior descenso progresivo o la administración de fármacos biológicos como infliximab o anakinra.

65. Masas cervicales bilaterales en neonato. *Olarte Ingarcía SE, Calvo Penín C, Vega Mata N, Crehuet Gramatika D, Hortelano Romero E, Villarreal Molina B, Álvarez Muñoz V.* Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Las adenopatías cervicales bilaterales son frecuentes en la infancia, suelen ser virales y autolimitadas. Las cervicales unilaterales suelen ser de causa bacteriana. Se considera que están aumentadas de tamaño cuando miden más de 1 cm en niños y > 0,5 cm en neonatos. Se define adenitis cuando hay cambios inflamatorios asociados.

Caso clínico. Varón de 4 semanas con antecedente de madre con enfermedad de Crohn tratada con adalimumab durante el embarazo. Presenta adenopatías laterocervicales bilaterales abscesificadas más de una semana de evolución. Tratado con cefotaxima y cloxacilina. Se palpan masas duras no eritematosas ni calientes, que borran ambos ángulos mandibulares. Lado izquierdo se extiende hasta lóbulo de la oreja con zona fluctuante (**figura 1**). Reactantes de fase aguda elevados. Exudado viral y serología negativos. Niveles de adalimumab elevados. La ecografía describe grandes conglomerados adenopáticos, mayor en lado izquierdo, con áreas de necrosis y abscesificación. Inicialmente se realiza punción/drenaje ecoguiado izquierdo, con obtención de material purulento. 24 horas después precisa drenaje quirúrgico (**figura 2**) del bloque adenopático izquierdo y submental. En cultivo, hallazgo de *S. aureus*. Recibe anti-



Figura 2.
Póster 65.

bioterapia intravenosa durante 22 días, con curas diarias hasta completa resolución.

Comentarios. Las adenopatías de evolución tórpida, sin mejoría con antibioterapia empírica, precisan de ecografía para valorar abscesificación susceptible de drenaje como tratamiento y diagnóstico. El adalimumab, anticuerpo monoclonal anti-TNF α , cruzar la placenta y sus niveles en el lactante pueden detectarse hasta 6-12 meses. No hay evidencia global que hijos expuestos al Adalimumab desarrollen linfadenitis supurada. Teóricamente la inmunosupresión puede retrasar el control local de infecciones cutáneas con susceptibilidad de infecciones bacterianas invasivas.



Figura 1.
Póster 65.

66. Mordedura de víbora en la edad pediátrica: a propósito de un caso. *Portillo Sanz L, Dios Puebla ME, Obregón Asenjo M, Pérez Ortiz D, Tejero Pastor L, Marrón Alonso M, Clavijo Izquierdo ME, García Terrazas A.* Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. La mordedura de serpiente en edad pediátrica es poco frecuente en España, aunque potencialmente grave. Las víboras son las principales serpientes autóctonas con veneno clínicamente relevante, responsable de efectos locales y, menos frecuentemente, sistémicos. En niños, el menor peso corporal aumenta el riesgo de complicaciones. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y el manejo se basa en el soporte vital, control del dolor y, en casos moderados o graves, administración precoz de suero antiofídico.

Caso clínico. Paciente femenina de 2 años que acude a Urgencias por mordedura de serpiente en dorso de pie derecho hace 1 hora. Presenta en dicha localización dos lesiones eritematosas puntiformes separadas por 7 milímetros, con eritema y ligero edema hasta base de tobillo y medio pie, sin datos de infección. No adenopatías, no datos de linfangitis, pulsos pedios bilaterales presentes. Asocia dolor que remite con analgesia oral. Se limpia la herida y se realiza vendaje suave, con elevación de la extremidad. Clasificada como envenenamiento grado 1 (leve) que no precisa administración de antídoto, se ingresa para observación durante 24 horas. Dada la normalidad de los valores analíticos y la evolución favorable con ausencia de progresión de la lesión, se decide alta a domicilio.

Comentarios. La mordedura de víbora en Pediatría requiere una valoración clínica precoz. La clasificación del grado de envenenamiento según Audebert en función de la sintomatología y las alteraciones analíticas permite individualizar el tratamiento, reservando el suero antiofídico para casos moderados o graves con afectación sistémica y evitando así complicaciones e intervenciones innecesarias.

67. Movimientos paroxísticos nocturnos: un reto diagnóstico y etiológico en el primer nivel de atención pediátrica. *Pulache Chavez HD, Neira Arcilla MM, Ariztegui Hoya L, Navas Méndez De Andés F, González Guerrero C, Valdés Rodríguez D, Pérez Suárez I, Díez Llamazares L.* Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción. Los movimientos paroxísticos nocturnos en la edad pediátrica constituyen un desafío diagnóstico, que incluye entidades como parasomnias, epilepsias relacionadas con el sueño y el síndrome de piernas inquietas. Estas alteraciones pueden comprometer la calidad de vida del paciente y su entorno.

Caso clínico. Paciente varón de 13 años, sin antecedentes personales relevantes, derivado a urgencias por episodios autolimitados durante el sueño profundo, de 6 meses de evolución, caracterizados por desconexión del medio, rigidez generalizada y movimientos tónico-clónicos de extremidades, con una duración aproximada de un minuto. Los episodios eran precedidos por conductas motoras de golpeteo repetitivo con el miembro superior izquierdo y breve deambulación. La exploración neurológica y los estudios analíticos no objetivaron hallazgos patológicos. El electroencefalograma (EEG) mostró actividad epileptiforme intercrítica frontal derecha y una crisis focal de inicio frontotemporal derecho, de menos de un minuto. La resonancia magnética cerebral evidenció un quiste aracnoideo tipo I en fosa media izquierda, sin relación causal aparente. Se inició tratamiento con levetiracetam, con

buenas respuesta clínica y ausencia de nuevas crisis, siendo dado de alta a los dos días. Actualmente permanece asintomático y en seguimiento por neurología infantil.

Comentarios. Las epilepsias del lóbulo frontal se manifiestan con crisis durante el sueño de inicio brusco y duración breve, caracterizadas por automatismos hipermotores y posturas distónicas estereotipadas. Pueden confundirse con parasomnias, por lo que el diagnóstico diferencial se basa en una anamnesis detallada de los episodios. El EEG puede ser normal en el 50-60% de los casos. Aproximadamente el 70% responde favorablemente al tratamiento farmacológico.

68. Necrosis grasa subcutánea en periodo neonatal. *Méndez Pérez L¹, Martino Redondo P¹, García Pereiro A¹, Montero Díaz N¹, Cimadevilla Fernández R¹, Menéndez Iglesias P¹, Fernández Cueto L¹, Baeza Velasco M².* ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Centro de Salud La Corredoria. Oviedo.

Introducción. La necrosis grasa subcutánea neonatal es una forma poco frecuente de paniculitis lobulillar. Existen ciertos factores de riesgo para su desarrollo como asfixia perinatal, hipotermia, aspiración de meconio o consumo materno de drogas. Se presenta como placas y nódulos subcutáneos eritematosos e indurados localizados principalmente en región dorsal y miembros. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante estudio histopatológico, aunque la presencia de lesiones compatibles y el uso de herramientas como la ecografía pueden evitar el uso de técnicas invasivas. Aunque suele tener un curso autolimitado, puede producir complicaciones, entre las que destaca la hipercalcemia por su gravedad.

Caso clínico (figuras 1, 2 y 3). Neonato varón de 7 días de vida, sin antecedentes de interés, que presenta placas sobreelevadas, eritematosas e induradas en región dorsal e interescapular. Ante la sospecha clínica de necrosis grasa, se solicita ecografía donde se identifica imagen compatible.



Figura 1. Póster 68.



Figura 2. Póster 68.



Figura 3. Póster 68.

Se realizó seguimiento estrecho del paciente y control eco-gráfico al mes, donde se observó importante mejoría de las lesiones. Ante buena evolución clínica y de imagen no precisó de pruebas invasivas.

Comentarios. Las lesiones típicas de la necrosis grasa subcutánea neonatal son placas y nódulos subcutáneos eritematosos e indurados. La ecografía es una prueba no invasiva útil en el diagnóstico y el seguimiento. El tratamiento de la necrosis grasa subcutánea neonatal se basa en la detección precoz, el seguimiento y control de las posibles complicaciones. Al ser una entidad poco frecuente presentamos el caso con imagen para facilitar el reconocimiento y detección precoz.

69. Neumonía y neutropenia: una asociación no tan infrecuente en Pediatría. Garcés Mas L, Cabeza Arce N, González Castro R, Díez Monge N, González Arranz MJ. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. La neumonía necrotizante es una forma grave e infrecuente de infección pulmonar caracterizada por la destrucción del parénquima pulmonar con necrosis y cavitación. El diagnóstico se basa en la clínica y en estudios de imagen. El tratamiento requiere hospitalización, aislamiento y antibióterapia prolongada. La neutropenia severa es una condición relacionada con un alto riesgo de infecciones graves, debiendo realizarse un diagnóstico diferencial que incluya causas infecciosas, autoinmunes o neutropenias congénitas.

Caso clínico. Paciente de 6 meses, con antecedente personal de urato persistente, acude a urgencias por síndrome febril de 7 días de evolución con rinorrea y tos. La exploración inicial mostró irritabilidad, palidez y signos de infección respiratoria sin dificultad respiratoria. Se realiza analítica con neutropenia severa, anemia, trombocitosis, elevación de reactantes de fase aguda y alteración de la coagulación. Se realiza radiografía de tórax en la que aparece consolidación en hemitórax izquierdo con derrame pleural asociado. Ante la gran extensión, se solicita TAC torácica que sugiere neumonía necrotizante. Se ingresa para completar estudio de la neutropenia, vigilancia clínica y antibióterapia intravenosa.

Comentarios. La neumonía necrotizante es una infección pulmonar grave que requiere diagnóstico precoz y tratamiento intensivo. Suelen presentarse como complicación de una neumonía en pacientes con factores predisponentes como inmunodeficiencias, infecciones o neutropenia. Su evolución depende de la extensión del daño pulmonar y del estado inmunológico del paciente. El manejo debe ser multidisciplinar con seguimiento estrecho para prevenir complicaciones y detectar posibles causas subyacentes, como en este caso, la neutropenia.

70. Neuropatía cubital postraumática con evolución a síndrome de dolor regional complejo. Gutiérrez Porro X, Blanco González A, López Pérez E, Posadilla Suárez P, Fernández Prieto A, Arredondo Montero J. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción. El síndrome de dolor regional complejo (SDRC) es una causa infrecuente pero potencialmente invalidante de dolor neuropático en la infancia. Aunque su incidencia es baja, debe considerarse ante cualquier dolor persistente y desproporcionado tras un traumatismo, incluso leve, especialmente si existen signos autonómicos o alodinia.

En el SDRC tipo II, más raro aún, el cuadro se desencadena tras una lesión nerviosa parcial identificable.

Caso clínico. Niña de 10 años que presentó dolor neuropático persistente en la mano izquierda tras una herida por cristal en la eminencia hipotenar. La ecografía sugirió un posible neuroma del nervio cubital, por lo que se solicitó resonancia magnética, que lo descartó y evidenció cambios de señal compatibles con neuropatía cubital postraumática. El estudio neurofisiológico fue normal, iniciándose tratamiento con gabapentina oral. En las semanas siguientes desarrolló dolor intenso, desproporcionado e invalidante, con alteraciones térmicas, de color y sudoración en el territorio cubital, compatible con un SDRC tipo II. Dada la intensidad del cuadro, precisó bloqueo anestésico axilar urgente con buena respuesta. Actualmente continúa tratamiento con gabapentina y seguimiento por Rehabilitación y la Unidad del Dolor.

Comentarios. El diagnóstico del SDRC requiere un alto índice de sospecha y confirmación clínica según los criterios de Budapest. Identificarlo precozmente y excluir otras causas permite iniciar un tratamiento combinado temprano, mejorando la evolución y reduciendo el riesgo de cronificación.

71. No todo es lo que parece. A propósito de un caso. *Suárez Abella M, Miranda Montequín S, Villa Álvarez M, Sánchez García I, Díaz Sierra L, García Guilabert MDC, Muñoz Hernández M, Montes Zapico B.* Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La detección de masas cervicales en pediatría requiere un abordaje meticuloso para diferenciar lesiones benignas de patologías potencialmente graves. La localización supraclavicular aumenta la probabilidad de etiología tumoral, si bien deben tenerse en cuenta malformaciones congénitas de las distintas estructuras a este nivel como causa probable.

Caso clínico. Niña de 4 años, sin antecedentes médicos relevantes, que consulta en el Servicio de Urgencias por cefalea aguda. A la exploración se palpa masa supraclavicular izquierda de unos 2 cm no dolorosa, de consistencia pétrea y adherida a planos profundos, nunca percibida hasta la fecha. Se solicita radiografía de tórax, sin evidenciar alteraciones a nivel cervical ni mediastínico; se realiza analítica sanguínea completa que resulta normal. Asimismo, se realiza ecografía cervical urgente, que sugiere consistencia ósea de la estructura identificada. Se realiza entonces radiografía clavicular que confirma la sospecha diagnóstica de costilla cervical rudimentaria. La paciente se encuentra asintomática, sin precisar tratamiento y es dada de alta.

Comentarios. La costilla cervical es la malformación costal más frecuente y debe tenerse en cuenta en el diag-

nóstico diferencial de las masas supraclaviculares. La sospecha clínica junto al estudio radiológico suelen confirmar el diagnóstico. La clínica es variable, siendo en la mayoría asintomática y de hallazgo casual en la exploración, pudiendo llegar a presentarse como dificultad respiratoria secundaria a compresión de la vía aérea. Este caso resalta la relevancia de una exploración física minuciosa en pediatría, así como la consideración de las variantes anatómicas en el diagnóstico diferencial de las masas cervicales pediátricas.

Sábado 15 de noviembre • Sesión 8

72. Obstrucción intestinal por bridas en neonatos: un desafío clínico. *Villarreal Molina BM, Sánchez Pulido L, Calvo Penín C, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca S, Enríquez Zarabozo E, Pérez Costoya C, Álvarez Muñoz V.* Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Las bridas congénitas son una causa infrecuente, pero grave, de obstrucción intestinal en neonatos. El diagnóstico definitivo se realiza de manera intraoperatoria, ya que los estudios de imagen son poco específicos en cuanto a la etiología de la obstrucción.

Caso clínico. Mujer de 2 meses de vida, prematura de 26 semanas, con cuadro de distensión abdominal y apneas. Asociaba en la exploración circulación colateral y región eritematosa periumbilical. Analíticamente aumento de reactantes de fase aguda con trombocitosis y dilatación y centralización de asas sin neumatosis en radiografía abdominal. Con sospecha de enterocolitis necrosante (ECN) se instauró triple antibioterapia intravenosa y dieta absoluta. Presentó deterioro clínico progresivo con aumento de las apneas, desaturaciones, bradicardia y aumento de la distensión por lo que se realizó laparotomía exploradora, evidenciando una brida que rodeaba intestino delgado y parte del colon, con dilatación secundaria. Presentó buena evolución postquirúrgica consiguiendo tolerancia oral adecuada, pero falleció dos meses más tarde por insuficiencia cardíaca progresiva y complicaciones respiratorias.

Comentarios. La obstrucción intestinal por bridas es infrecuente pero grave en neonatos y debe considerarse en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo, ya que un tratamiento precoz puede ser clave para el pronóstico.

73. Oro parece, plata no es. *Martín Pérez Barjola J, Galbán De Marcos E, Fernández Herrera MC, Redondo Aparicio S, Garrote Molpeceres R, Alfaro González M, Bartolomé Cano ML, Molina Vázquez ME.* Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. El dolor lumbar en la edad pediátrica constituye un motivo de consulta cada vez más frecuente, habitualmente asociado a causas musculoesqueléticas benignas. Sin embargo, la realización de una anamnesis detallada y una exploración física dirigida permite llevar al diagnóstico adecuado, valorando todo tipo de etiologías, entre las que se encuentran las de causa extrínseca renal.

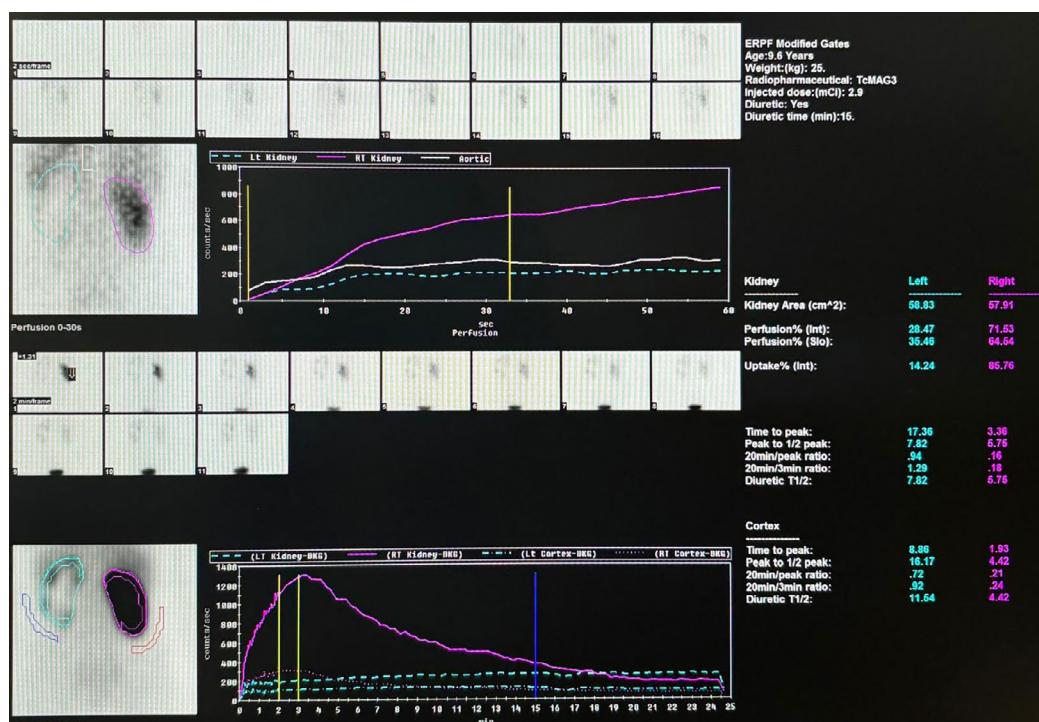
Caso clínico (figuras 1 y 2). Niña de 9 años sin antecedentes de interés. En seguimiento por Traumatología y Rehabilitación debido a dolor lumbar de un año y medio de evolución caracterizado por episodios autolimitados de 3-4 días de duración y frecuencia mensual. Acudió en múltiples ocasiones a urgencias por ese motivo, donde se realizaron radiografías sin hallazgos patológicos. Ante persistencia del dolor con mala respuesta a analgésicos habituales (paracetamol, ibuprofeno) Traumatología solicita RMN articular lumbosacra, objetivando una hidronefrosis izquierda, sin lesiones osteoarticulares. Este hallazgo se confirmó ecográficamente. Se decide ingreso para estudio, completándose con angio-RMN y renograma MAG-3, que demostraron un síndrome de la unión pieloureteral con funcionalidad renal izquierda del 14,28%. Fue derivada a Cirugía Pediátrica y Nefrología infantil, efectuando pieloplastia laparoscópica. Evolución clínica posterior favorable, con desaparición del dolor lumbar.

Conclusiones. Este caso destaca la importancia de una valoración integral del dolor lumbar en la población pediá-



Figura 1. Póster 73.

trica. La inclusión de patología visceral en el diagnóstico diferencial resulta esencial para evitar retrasos diagnósticos e irreversibilidad de las lesiones, pudiendo realizar un tratamiento etiológico dirigido que resuelva la causa y haga desaparecer el dolor.



74. Osteoma osteoide: no todos los dolores son del crecimiento. *Blanco Rodríguez P¹, García Sánchez M¹, González Fernández I¹, Izquierdo García I¹, Martín Galán E¹, Cebrián Soria P¹, García Vicente SC², García Llorente G².* ¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ²Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.

Introducción. El osteoma osteoide es un tumor benigno óseo que suele afectar a niños y adolescentes. Esta entidad cursa con una clínica muy característica, así como con hallazgos radiológicos particulares. Sin embargo, el osteoma osteoide suele presentar un retraso diagnóstico de 2 años. A partir del caso clínico que se expone se revisarán las principales características del osteoma osteoide.

Caso clínico. Se trata de un niño de 8 años que consulta por dolor en tobillo izquierdo desde hace 6 meses, le despierta por la noche y calma con ibuprofeno. En la exploración destaca una mínima tumefacción y dolor en la cara externa del tobillo izquierdo y cierta atrofia de gemelo en miembro inferior izquierdo. Se palpa una masa dura en tercio distal de cresta tibial. La movilidad está conservada, presenta ligera cojera al apoyar el pie. En la radiografía ([figura 1](#)) se aprecia un engrosamiento de la cortical compatible con osteoma osteoide.



Figura 1. Póster 74.

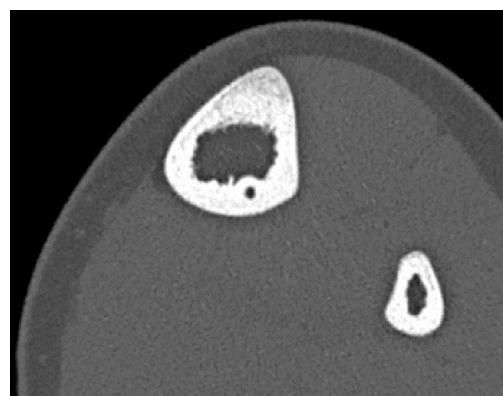


Figura 2.
Póster 74.

Posteriormente se le pide una TC para caracterizar mejor la lesión ([figura 2](#)), donde se observa el nidus, hallazgo radiográfico que confirma el diagnóstico. El paciente es valorado por traumatología, le proponen tratamiento con radiofrecuencia.

Comentarios. El osteoma osteoide es un tumor óseo que suele asentarse en la diáfisis del fémur y de otros huesos largos de la extremidad inferior. Hay que sospecharlo en un niño o adolescente que presenta dolor nocturno de larga evolución en una extremidad y cede con antiinflamatorios no esteroides. Su lesión radiológica característica es el nidus y el engrosamiento cortical.

75. Osteomielitis y absceso subagudo de Brodie. *Molero Jaén J, Fraile Manzano MI, Fernández González S, Galbán De Marcos E, Martín Pérez Barjola J, Alfaro González M, Bartolomé Cano ML, Garrote Molpeceres R.* Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. El absceso subagudo de Brodie (ASB) es una patología infrecuente, constituyendo una forma de osteomielitis subaguda que se manifiesta como una lesión osteolítica localizada en metáfisis de huesos largos, presentando clínica inespecífica de difícil diagnóstico.

Caso clínico (figuras 1, 2 y 3). Paciente femenina de 8 años en seguimiento en Reumatología por dolor intermitente en extremidades inferiores con imagen radiológica normal. Acude por presentar cuadro de inflamación dolorosa a la palpación de antebrazo distal derecho de cuatro días de evolución, sin otra sintomatología asociada ni antecedente traumático. En la radiografía se observa una lesión lítica de bordes esclerosados adyacente a la metáfisis distal del radio, acompañada de una dudosa fractura en rodete. En la



Figura 1.
Póster 75.

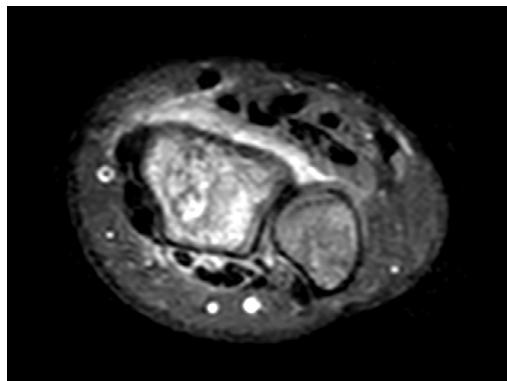


Figura 2.
Póster 75.

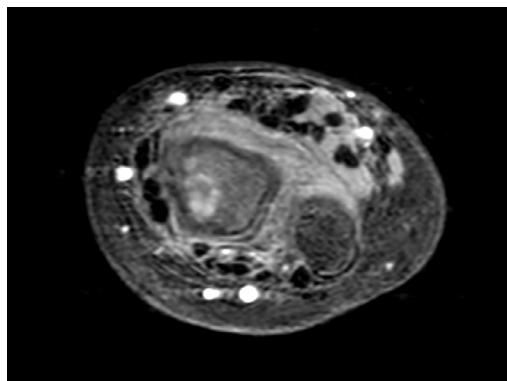


Figura 3.
Póster 75.

analítica sanguínea solo destaca una VSG elevada. Ingresa para administración de antibioterapia intravenosa con cefazolina, realizando una RMN articular que muestra una lesión en radio distal derecho de $13 \times 18 \times 8$ mm con realce periférico tras la administración de contraste, descartando fractura asociada. Tras 15 días de tratamiento sin mejoría clínico-radiológica se realiza desbridamiento quirúrgico con toma de biopsias, en las que se observan datos de inflamación aguda y fibrosis. Al 19º día de ingreso, la paciente es dada de alta con antibioterapia oral y seguimiento ambulatorio. Completa ocho semanas de tratamiento, evolución clínica posterior favorable.

Comentarios. Esta entidad debe considerarse en pacientes pediátricos con lesiones osteolíticas metafisarias y clínica insidiosa. La correlación clínico-radiológica, junto con el estudio histopatológico resulta fundamental para establecer el diagnóstico definitivo y orientar el tratamiento adecuado, evitando secuelas severas y realizando diagnóstico diferencial con patología tumoral.

76. Otomastoiditis por *Fusobacterium necrophorum*: a propósito de un caso. *Marrón Alonso M, Clavijo Izquierdo M, Bujedo Muñoz A, Pérez Arnaiz L, Pérez Ortiz D, Prieto Domínguez C, Tejero Pastor L, Ruiz Araus A.* Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. La otomastoiditis por *Fusobacterium necrophorum* afecta principalmente a la población menor de 2 años y se caracteriza por fiebre alta, reactantes de fase aguda elevados, fracaso terapéutico y complicaciones intracraneales.

Caso clínico. Paciente de 3 años que acude a Urgencias por fiebre de 38,8°C y despegamiento del pabellón auricular derecho con zona eritematosa retroauricular, dolorosa a la palpación. Tímpano y conducto auditivo externo derecho no valorables por supuración. En tratamiento con amoxicilina desde hace 5 días por otitis media aguda que tras supuración ótica hace 72 horas (se recogió cultivo del exudado óptico) requirió escalada a amoxicilina-clavulánico. Se realiza hemocultivo y analítica sanguínea evidenciándose elevación de reactantes de fase aguda. Se decide ingreso para inicio de tratamiento antibiótico empírico intravenoso: cefotaxima (12 días), vancomicina para cubrir SARM (*Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina) por evolución tórpida (4 días) y metilprednisolona (9 días, con posterior descenso hasta el alta). Tras resultado negativo del hemocultivo y PCR del exudado óptico positiva para *Fusobacterium necrophorum* (cultivo negativo) se añade metronidazol (5 días). Además, otorrinolaringología decide intervenir quirúrgicamente: mirin-goncentesis anteroinferior y drenaje transtimpánico en oído derecho. Tras 14 días de hospitalización se dio de alta con Metronidazol vía oral durante 5 días más.

Comentario. Este caso muestra el aislamiento de un germe poco habitual en este grupo etario, lo que disminuye la sospecha clínica inicial. Su diagnóstico requiere cultivos anaerobios y si es posible PCR (más sensible). Implica un mayor riesgo de evolución tórpida que precise intervención quirúrgica y antibioterapia combinada (β -lactámico + metronidazol 14-21 días). Es preciso vigilar las recurrencias.

77. Parálisis facial periférica como complicación infrecuente de una otitis media aguda en un niño de 11 años. *Galbán De Marcos E, Bartolomé Cano ML, Alfaro González M, Barrio Alonso MP, Martín Pérez-barjola J, Fernández Herrera MC, Duque Holguera V.* Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La parálisis facial periférica es una complicación poco frecuente de la otitis media aguda (OMA) en la edad pediátrica. Su aparición requiere un diagnóstico precoz y un abordaje terapéutico multidisciplinar para evitar secuelas neurológicas y auditivas.

Caso clínico. Varón de 11 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes, en seguimiento por Oftalmología por ambliopía. Acude al Servicio de Urgencias por asimetría facial izquierda de menos de 24 horas de evolución, sin dolor ni parestesias faciales. Refiere otalgia izquierda de cinco días

de evolución, inicialmente tratada con ciprofloxacino ótico (Cetraxal®) durante 48 horas, sin mejoría; motivo por el que se sustituye por amoxicilina-ácido clavulánico oral. Asocia cefalea en región parietotemporal izquierda desde el inicio del cuadro. Afebril en todo momento. En la exploración física se objetiva otitis media aguda izquierda y parálisis facial periférica ipsilateral, grado III según la escala de House-Brackmann. El resto de la exploración neurológica es normal. Se realiza interconsulta con el Servicio de Otorrinolaringología, iniciándose tratamiento con metilprednisolona y ceftriaxona intravenosa. Se practica drenaje transtimpánico con evolución favorable y recuperación progresiva de la movilidad facial.

Comentarios. La parálisis facial periférica secundaria a otitis media aguda constituye una urgencia otorrinolaringológica. Es fundamental una anamnesis y exploración detalladas que permitan un diagnóstico y tratamiento precoces, así como la solicitud de pruebas complementarias en casos seleccionados. Este caso resalta la importancia de considerar la parálisis facial periférica como una posible complicación de la otitis media aguda y la necesidad de un manejo precoz y coordinado entre pediatría y otorrinolaringología para optimizar la recuperación funcional.

78. Parotiditis recurrente infantil. *Piniella Alonso A, Rodríguez López A, Pulito González M, Del Olmo Poza D, Pérez Poyato MS, Suárez Arrabal MDC.* Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. La parotiditis recurrente infantil se caracteriza por episodios repetidos de inflamación dolorosa uni o bilateral de la glándula parótida acompañado o no de fiebre en niños entre 3 y 6 años, aunque puede aparecer en la pubertad. La etiología es desconocida, aunque se han propuesto mecanismos autoinmunes, infecciosos y alteraciones ductales. El diagnóstico es clínico, siendo importante excluir otras causas como infecciones virales, sialolitiasis o la enfermedad de Sjogren.

Caso clínico. Niño de 5 años, correctamente vacunado que ha presentado episodios previos de parotiditis en los meses pasados, que acude al servicio de Urgencias por presentar un bultoma en región parótida derecha que borra el ángulo mandibular y fiebre con un máximo de 38°C de 24 horas de evolución. El resto de la exploración física es normal. Se decide tratamiento con Ibuprofeno en caso de dolor, masaje de la glándula para aliviar el dolor, aplicación de calor o toma de alimentos sialogogos.

Comentarios. La parotiditis recurrente juvenil se trata de una patología inflamatoria benigna y autolimitada en niños, cuya etiología sigue siendo desconocida hoy en día. Es fundamental brindar una adecuada orientación a la familia, ya

que la recurrencia puede generar preocupación. En la mayoría de los casos, los episodios disminuyen y desaparecen con la edad, por lo que el pronóstico es favorable.

79. Peligros del termómetro de mercurio: radiografía de una ingestión accidental. *Andrés Blanco L, Paíno Román M, Domínguez Sevillano B, Bajo Delgado AF, De La Calle Cabrera MT.* Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción. El mercurio elemental, presente en termómetros, es altamente tóxico, especialmente en niños. La toxicidad depende de la vía de exposición: la inhalación de vapores es la principal causa de intoxicación sistémica, con riesgo de afectación neurológica y renal, mientras que la ingestión aislada suele tener baja o nula absorción y menor riesgo clínico. La exposición en ambientes cerrados y calientes aumenta el riesgo de toxicidad inhalatoria, por la mayor volatilización del mercurio.

Caso clínico. Escolar de 7 años que ingiere accidentalmente mercurio al morder un termómetro. Presenta dolor abdominal leve. Se realiza radiografía de tórax en la que se objetivan pequeños elementos radiopacos distribuidos a en el tubo digestivo, sin poder descartar que se encuentren fuera del mismo, en la piel o la ropa. Se realiza limpieza exhaustiva de la piel y cambio de ropa para descartar contaminación externa. Se realiza radiografía de control, confirmándose el mercurio radiopaco en el tracto digestivo. No se identifican signos de exposición inhalatoria. El paciente permanece bajo observación clínica, sin desarrollo de complicaciones.

Comentarios. La evidencia indica que la inhalación de vapores de mercurio es la principal vía de toxicidad en niños, con síntomas como cefalea, dolor abdominal, alteraciones neurológicas y, en casos graves, insuficiencia respiratoria. La ingestión aislada de mercurio elemental rara vez produce toxicidad significativa, aunque pueden presentarse síntomas locales. El manejo conservador y la observación clínica son adecuados en ausencia de síntomas sistémicos. La educación sobre prevención y manejo de exposiciones accidentales es esencial para reducir riesgos.

80. Percepción y uso de la inteligencia artificial entre pediatras. *Sierra Pedraja E, Melnic D, Camacho Sáez B, Leonardo Cabello MT, López Fernández C, Gómez Arce A, Gestoso Uzal N, Pelaez Sánchez A.* Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivo. Analizar el conocimiento, uso y percepción de la Inteligencia Artificial (IA) entre pediatras de distintos ámbitos

asistenciales, identificando los perfiles más proclives a su adopción en la práctica clínica.

Material y métodos. Estudio transversal y multicéntrico mediante cuestionario anónimo de 10 preguntas realizado entre el 14 y el 30 de enero de 2025. Se difundió entre pediatras de urgencias, de atención primaria, residentes y pediatras de guardias, considerando su uso de IA en la práctica clínica y su ámbito laboral, obteniendo 306 respuestas. Se realizaron análisis descriptivos y comparativos con pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

Resultados. El 23,2% de los encuestados indicó utilizar la Inteligencia Artificial (IA) "a veces" en su práctica clínica, mientras que el 2,9% la empleaba "a menudo". Los pediatras con guardias fueron el grupo que reportó un mayor uso de IA (33%, $p = 0,01$), seguidos de los pediatras de urgencias (28,1%). En menor medida la utilizaron en atención primaria (24,2%), y el grupo con menor frecuencia de uso fue el de los residentes (14,7%).

Conclusiones. El uso de IA entre pediatras sigue siendo limitado, aunque es más frecuente en entornos de alta demanda asistencial, como las guardias hospitalarias. Llama la atención que los residentes, pese a su familiaridad con las nuevas tecnologías, no sean el grupo que más la utiliza. Estos resultados sugieren una adopción progresiva de la IA en pediatría y su creciente papel como apoyo en la práctica clínica y la formación médica.

81. Quiste epidermoide escrotal en población pediátrica. Villarreal Molina BM, Calvo Penín C, Granell Suárez C, Horstelano Romero E, Olarte Ingaroca S, Pérez Costoya C, Crehuet Gramatyka D, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El quiste epidermoide escrotal es una lesión benigna infrecuente. Su etiología está relacionada con la inclusión de células epidérmicas en el tejido subcutáneo, ya sea por anomalías del desarrollo o procesos traumáticos. Aunque suelen ser asintomáticos, pueden ocasionar molestias si aumentan de tamaño o se infectan. Su diagnóstico se basa en la evaluación clínica y, en algunos casos, en estudios complementarios. El tratamiento habitual es quirúrgico, con la extirpación completa del quiste para evitar recurrencias.

Caso. Varón de 5 años con sospecha de hidrocele bilateral. Hace 4 años se realizó orquidopexia derecha y exéresis de quiste de cordón izquierdo. Presentaba aumento de tamaño de las bolsas escrotales a tensión, y testículos aparentemente de tamaño normal durante la exploración. Se describe una lesión quística de 7 cm de diámetro en región perineal con trayecto intrapélvico en ecografía y resonancia magnética

por lo que se realizó exéresis de la lesión, y se trataba de un quiste epidermoide según biopsia. Presentó buena evolución postoperatoria, y en ecografía de control se observaba asimetría testicular con teste derecho de menor tamaño. En la actualidad permanece asintomático.

Comentarios. El quiste epidermoide escrotal aunque se trate de una lesión benigna y sea una entidad poco común en la población pediátrica, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas escrotales ya que un tratamiento precoz garantiza la resolución del cuadro y minimiza el riesgo de recurrencia o complicaciones infecciosas.

82. Un paréntesis hormonal en el neonato. Romero Del Hombrebueno Gómez Del Pulgar Y, Castanedo Ruiz I, Moriana Rio N, Fombellida De La Fuente C, Fernández De La Mano S, Gómez Menduiña J, Redondo Aparicio S, Bahillo Curiezes M. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. Las alteraciones del metabolismo calcio-fósforo en el periodo neonatal son infrecuentes y clínicamente relevantes por su implicación en la homeostasis mineral en un momento crítico del desarrollo óseo y neurológico. Estas alteraciones presentan etiología diversa.

Caso clínico. Paciente con seguimiento en consultas de endocrinología desde los 8 días de vida por hipotiroidismo congénito (tiroídes in situ) en tratamiento sustitutivo con levotiroxina. En analítica realizada en primera consulta se objetiva fósforo de 10 mg/dl ($> 7,5$ mg/dl) que se confirma. Presenta además calcio y vitamina D normal y PTH elevada (192 pg/ml) con fosfaturia leve (RTP 85%). Ante no normalización de las alteraciones en controles seriados y elevación de TSH en periodo neonatal se solicita estudio genético de pseudohipoparatiroidismo (PSHP). Estudio gen GNAS y panel de alteraciones genéticas relacionadas con metabolismo calcio-fósforo negativo. Se inicia tratamiento con calcitriol a dosis de 0,25 µg/día con ascenso posterior a 0,5 µg/día normalizándose fósforo y PTH. Tras 8 meses de tratamiento con descenso progresivo de la dosis de calcitriol se retira. Un año tras su retirada las cifras de fósforo, calcio y PTH se encuentran estables en rango de la normalidad y el hipotiroidismo está bien controlado con dosis actual de 3,5 µg/kg/día.

Comentarios. El pseudohipoparatiroidismo neonatal transitorio representa un cuadro infrecuente. Se caracteriza por resistencia periférica a la acción de la paratohormona (PTH). En la mayoría de los casos puede resolverse con la maduración del receptor o del eje hormonal en semanas o meses con tratamiento de soporte. El diagnóstico diferencial es clave por las diferencias de manejo y pronóstico entre las distintas entidades.

83. Hidradenitis ecrina neutrofílica. A propósito de un caso.
Tejero Pastor L, García Terrazas A, Barbadillo Mariscal B, Oquillas Ceballos A, Prieto Domínguez C, Bujedo Muñoz A, Marrón Alonso M, Almeida De Miranda G. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. La hidradenitis ecrina neutrofílica (HEN) es una dermatosis inflamatoria poco frecuente, caracterizada por la infiltración neutrofílica de las glándulas ecrinas. Aunque más habitual en adultos o en pacientes oncohematológicos, su presentación en niños sanos es excepcional. Su reconocimiento clínico evita la realización de procedimientos invasivos y tratamientos innecesarios.

Caso clínico. Niña de 3 años, sin antecedentes de interés, que consulta en Atención Primaria por la aparición reciente de lesiones eritemato-violáceas e aproximadamente 1cm de diámetro, ligeramente elevadas, en región precalcánea. No presenta dolor ni signos de infección local ni afectación sistémica. Ante la sospecha de proceso inflamatorio, se realiza interconsulta con Dermatología, que orienta las lesiones como hidradenitis ecrina neutrofílica. Se explica a la familia el carácter autolimitado del cuadro, habitualmente con resolución espontánea en 2-4 semanas, y su posible relación con factores como actividad física intensa, sudoración excesiva o exposición prolongada a humedad. Se indica manejo conservador: reposo relativo, evitar humedad y ejercicio intenso, pudiendo administrar analgesia si precisa por dolor. Se programa revisión a los dos meses para control evolutivo.

Comentarios. La HEN pediátrica es un diagnóstico infrecuente que debe considerarse ante lesiones nodulares eritemato-violáceas en áreas con alta densidad de glándulas sudoríparas. Su evolución benigna y autolimitada permite un abordaje expectante, reservando intervenciones farmacológicas para casos sintomáticos o persistentes. La difusión de estos casos contribuye al conocimiento y reconocimiento temprano de esta entidad poco habitual en la práctica pediátrica.

Sábado 15 de noviembre • Sesión 9

84. Resolución de casos clínicos pediátricos en función del tipo de pregunta, teórica o con imagen, con ChatGPT-4. *Mellnic D, Camacho Sáez B, Sierra Pedraja E, Leonardo Cabello MT, López Fernández C, Gómez Arce A, Pelaez Sánchez A, Gestoso Uzal N.* Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivo. Analizar las diferencias de rendimiento entre ChatGPT-4 y pediatras en función del tipo de pregunta (teó-

rica o basada en imagen), identificando áreas de mayor dificultad diagnóstica.

Material y métodos. Estudio transversal y multicéntrico mediante cuestionario anónimo distribuido por Google Forms entre el 14 y el 30 de enero de 2025. El test incluía 10 preguntas sobre casos clínicos (4 con imágenes), de respuesta múltiple con una sola opción correcta. Se envió a pediatras de diferentes ámbitos. ChatGPT-4 respondió al mismo cuestionario. Se realizó análisis descriptivo (mediana, intervalo intercuartílico y porcentaje de aciertos) y comparativo mediante pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

Resultados. ChatGPT-4 acertó las seis preguntas teóricas (100%) y tres de las cuatro de imagen (75%). Su único error fue la identificación radiológica de una fractura de peroné, que aún así justificó clínicamente. Entre los pediatras, la mediana fue 5 aciertos en teóricas y 3 en imágenes ($p < 0,001$). Las preguntas con menor tasa de acierto fueron intoxicación por benzodiacepinas (48%) y fracturas óseas (44%).

Conclusiones. Las preguntas teóricas presentaron mayor tasa de aciertos que las de imagen, tanto en IA como en pediatras. El análisis sugiere que la IA puede convertirse en una herramienta valiosa de apoyo diagnóstico y de formación clínica, especialmente en la resolución de casos teóricos.

85. Retraso en la caída del cordón umbilical en prematura moderada: a propósito de un caso. *Valdés Rodríguez D¹, Robles Álvarez I², Navas Méndez De Andés F¹, Pulache Chavez HD¹, Pérez Suárez I¹, González Guerrero C¹, Blanco González A¹, Martínez Sáenz De Jubera J².* ¹Hospital Universitario de León. ²Centro de Salud La Palomera. León.

Introducción. La caída del cordón umbilical suele producirse entre los 5 y 15 días de vida, aunque en neonatos prematuros este proceso puede demorarse por su inmadurez inmunológica, un clampaje tardío o cuidados locales que mantengan la zona húmeda. Si bien en la mayoría de los casos el retraso es benigno, se recomienda descartar causas subyacentes cuando supera los 30 días de vida.

Caso clínico. Recién nacida prematura (33+5), nacida por parto instrumental con ventosa y clampaje tardío del cordón. Presenta buena adaptación postnatal sin necesitar soporte respiratorio. Permanece ingresada 8 días por prematuridad, con evolución favorable y posterior alta. Acude a revisión al mes de vida sin caída del cordón umbilical. A la exploración, buen aspecto general y ombligo seco, sin signos inflamatorios. Dado el antecedente de prematuridad, se solicita analítica y ecografía abdominal por protocolo. La ecografía descarta alteraciones del uraco o persistencia de estructuras embrionarias. En la analítica se observa neutropenia leve (1.300 /μl), anemia

fisiológica (Hb 10,1 g/dl) y linfocitosis. El resto de parámetros, incluida la TSH neonatal (4,35 µUI/ml), son normales. En revisión posterior, la familia refiere caída espontánea del cordón a los 35 días de vida, sin complicaciones locales. Se pauta control evolutivo con nueva analítica en 2-3 meses.

Comentario. Este caso refleja la evolución benigna de un retraso en la caída del cordón umbilical en una prematura moderada, sin signos infecciosos ni hallazgos patológicos relevantes. La realización de pruebas complementarias permitió descartar malformaciones y orientar el seguimiento, evitando alarmismo innecesario. La neutropenia leve se interpreta como propia de la edad gestacional, recomendándose reevaluación diferida.

86. Revisión de profilaxis de tosferina a propósito de un caso. *Montero Díaz N¹, Mangas Sánchez C², Méndez Pérez L¹, García Pereiro A¹, Cimadevilla Fernández R¹, Menéndez Iglesias P¹, Fernández Cueto L¹, Sarmiento Martínez M².*

¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Centro de Salud La Corredoria. Oviedo.

Introducción. La tosferina es una enfermedad respiratoria de declaración obligatoria (EDO) causada por la bacteria *Bordetella pertussis*. Su cuadro clínico consiste en un periodo catarral, indistinguible a otras infecciones respiratorias, de 1 a 2 semanas (fase de mayor contagio). Se sigue de una fase paroxística, con accesos de tos intensos, de predominio nocturno y una última fase convaleciente, de 2 a 4 semanas, con la desaparición progresiva de la tos. En niños y adultos correctamente vacunados no suele presentar complicaciones, mientras que en lactantes no vacunados existe mayor morbi-mortalidad (pausas de apnea, tosferina maligna...).

Caso clínico. Paciente varón de 10 años. Correctamente vacunado. Consulta por clínica de 3 días de tos metálica en accesos, interrumpiendo el sueño. Afebril en todo momento. Exploración física sin alteraciones. Se solicita PCR de exudado nasofaríngeo donde se aísla *Bordetella pertussis*. Tratamiento: azitromicina 5 días. Se recomienda aislamiento respiratorio durante el tratamiento. Se realiza la notificación de la EDO. No se administra profilaxis a ningún conviviente ni se recomienda revacunación.

Comentarios. La pauta de profilaxis de la tosferina se ha actualizado recientemente, siendo ahora necesario cumplir varios criterios para su administración además del hecho de ser contacto estrecho: pertenecer o estar en contacto con grupo de riesgo o tener contacto habitual con menores de 1 año. Respecto a la vacunación postexposición, es necesario revisar la pauta de vacunación de cada caso en concreto, siendo prioritario en lactantes menores de 12 meses, embarazadas y personas de riesgo.

87. Rigidez de nuca como signo clínico del síndrome de Guillain-Barré. *Garrido Barbero M¹, Rollán Martínez-Herrera M², Garrido Barbero M³, Vicente Alfonso M⁴, Oreña Ansorena VA⁵, García Fernández S⁵.* ¹Pediatria de Atención Primaria. Centro de Salud Alto Asón. Ramales de la Victoria, Cantabria. ²Servicio de Urgencias de Pediatría; ³Sección de Neuropediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. ⁴Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal de Laredo. Laredo, Cantabria.

Introducción. La rigidez de nuca puede ser un signo de irritación meníngea que no debemos pasar por alto. Generalmente se asocia a patologías infecciosas, pero puede aparecer en enfermedades como el Síndrome de Guillain-Barré, en la que es un signo clínico poco frecuente, lo que puede retrasar su diagnóstico.

Caso clínico. Niño de 4 años sin antecedentes médicos ni familiares relevantes. Consulta en atención primaria por un proceso respiratorio con fiebre prolongada, manejado con amoxicilina por sospecha de neumonía. Despues de 15 días, repite un pico febril autolimitado e inicia un cuadro de rigidez nucal, mialgias de extremidades inferiores, alteración de la marcha y rechazo progresivo para la deambulación, con caídas frecuentes. Valorado en varias ocasiones por atención primaria y hospitalaria, con analíticas normales (hematimetría y bioquímica normales, incluida creatina-fosfoquinasa, y parámetros infecciosos negativos: leucocitos y PCR normales). Finalmente ingresa en hospital de tercer nivel, donde se completa estudio con punción lumbar y resonancia magnética cerebral y de columna, y se diagnostica de polirradiculopatía inflamatoria tipo Guillain-Barré con afectación de las raíces de la cola de caballo y superficie medular a nivel del cono medular, secundario a infección por *Mycoplasma pneumoniae*.

Comentarios. La rigidez de nuca es un signo clínico que precisa un estudio completo para descartar enfermedades graves. A pesar de que las pruebas complementarias de primer nivel sean normales y no haya síntomas de alarma como fiebre o cefalea, precisa una exploración física exhaustiva y un estudio completo para filiar la etiología.

88. Rol de la endoscopia en la ingestión accidental de cáusticos en niños. *Villarreal Molina B, Calvo Penín C, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca S, Pérez Costoya C, Crehuet Gramatyka D, Gómez Farpón A, Álvarez Muñoz V.* Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La ingestión de cáusticos en niños es una urgencia médica que puede causar desde irritación leve hasta estenosis esofágica grave. La endoscopia digestiva alta (EDA)

es clave para valorar el daño y guiar el tratamiento, pero su indicación, momento óptimo y seguridad siguen siendo debatidos.

Material y métodos. Se revisaron artículos (2020-2025) en PubMed, Scopus, ClinicalKey y Cochrane que incluyeran pacientes menores de 14 años con ingestión cáustica y uso de EDA. Se analizaron estudios observacionales, series clínicas y guías que evaluaran indicaciones, tiempo de realización y hallazgos endoscópicos.

Resultados. La mayoría de estudios recomienda realizar EDA dentro de las primeras 24-72 horas. En un estudio sudafricano con 50 niños, todos los asintomáticos tuvieron EGD normal, mientras que el 75 % de los sintomáticos presentó lesiones. En una revisión de casos (n= 336), factores como sialorrea y vómitos se correlacionaron con daño esofágico. Una revisión italiana sugiere omitir la EDA en casos asintomáticos, con vigilancia clínica. El riesgo de perforación aumenta si se realiza después del 5º día. La mayoría de lesiones graves se asociaron a cáusticos alcalinos.

Conclusiones. La EDA es útil y segura en niños con síntomas tras ingestión cáustica si se realiza en las primeras 72 horas. Puede evitarse en pacientes asintomáticos seleccionados, con seguimiento estrecho. La EDA tardía debe evitarse. Faltan estudios prospectivos que definan protocolos estandarizados según síntomas, tipo de sustancia y edad.

89. Síndrome de Wilkie, ¿dolor abdominal de causa desconocida? García Sánchez M¹, Blanco Rodríguez P¹, Martín Galán E¹, Paíno Román M¹, Cebrian Soria P¹, Izquierdo García I¹, González Fernández I¹, García García D². ¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ²Centro Médico Garrido Sur. Salamanca.

Introducción. El síndrome de Wilkie es una patología causada por una compresión de la tercera porción del duodeno entre la arteria aorta y la arteria mesentérica superior, provocando una oclusión intestinal alta. Los síntomas asociados más frecuentes son náuseas, vómitos, dolor y distensión abdominal y perdida de peso.

Caso clínico. Niña de 8 años que desde los 4 años presenta abdominalgia intermitente relacionada con la toma de alimentos. La exploración resulta ser anodina, pero al persistir el cuadro en el tiempo, se realiza coprocultivo y analítica sanguínea completa. La paciente continua con la sintomatología, pese a la normalidad de los resultados y el mantenimiento de la curva ponderoestatural, por lo que se mantiene en seguimiento por su pediatra. La presencia de dolor abdominal durante las comidas genera conflicto en las mismas, al creer los padres que utiliza el síntoma como

excusa para evitar la ingesta. En un análisis de control se observa eosinofilia y, ante la sospecha de parasitos, se prescribe mebendazol. Aun así, la clínica no mejora por lo que se solicita un estudio de sangre heces y calprotectina, con resultados negativos. Ante la persistencia de los síntomas y la negatividad de los estudios realizados, se solicita una ecografía abdominal donde se detecta un estrechamiento del ángulo y distancia a nivel aortomesentérico.

Comentarios. Aunque este síndrome es una causa infrecuente de dolor abdominal, puede generar complicaciones importantes y afectar la calidad de vida, motivo por el cual se tendría que tener más presente en los diagnósticos diferenciales de abdominalgia.

90. Serie de tres casos de eritema nodoso en Pediatría: buscando la causa y aceptando lo idiopático. Muñoz Hernández M, Díaz Sierra L, Suárez Abella M, García Guillabert M, Sánchez García I, Villa Álvarez M, Garrido García E, Fernández Montes R. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El eritema nodoso es una paniculitis septal sin vasculitis que se manifiesta como nódulos subcutáneos dolorosos, simétricos y bilaterales. Se deben realizar pruebas complementarias para descartar una causa subyacente (eritema nodoso secundario), incluyendo analítica sanguínea, test de estreptococo, radiografía de tórax y despistaje de tuberculosis. No obstante, frecuentemente la etiología es desconocida (eritema nodoso primario o idiopático).

Casos clínicos. Caso 1 (figura 1): Mujer de 10 años con lesiones en extremidades inferiores, predominantemente en región pretibial. Antecedente de sospecha de faringitis estreptocócica hacía diez días. Analítica sanguínea con PCR



Figura 1. Póster 90.

11 mg/dl, VSG 81 mm/h y ASLO 2.317 U/ml. Recibe tratamiento con AINEs y corticoterapia oral, con desaparición de los nódulos tras ocho semanas. Persistió hiperpigmentación residual durante dos meses.

Caso 2: Mujer de 6 años con lesiones pretibiales en ambas piernas. Destaca cultivo faríngeo positivo para SBHGA y analítica con PCR 18,1 mg/dl y VSG 120 mm/h. Recibe tratamiento con penicilina oral, AINEs y corticoterapia oral, con resolución en siete semanas.

Caso 3 (figuras 2 y 3): Mujer de 11 años con lesiones en muslos y glúteos, asociando febrícula. Pruebas complementarias normales salvo PCR 4,4 mg/dl. Excelente evolución con AINEs, con resolución en dos semanas.



Figura 2. Póster 90.



Figura 3. Póster 90.

Comentario. El eritema nodoso en pediatría es idiopático hasta en el 50% de los casos. De manera acorde a los casos analizados, su causa conocida más frecuente es la infección por SBGHA. La localización típica es la región pretibial. El tratamiento es sintomático y el pronóstico suele ser excelente, con resolución completa en 2-8 semanas sin dejar lesiones residuales.

91. Síndrome de Dietl como causa de dolor abdominal recurrente en la infancia: a propósito de dos casos. *Gutiérrez Porro X¹, Blanco González A¹, López Pérez E¹, Fernández Prieto A¹, Posadilla Suárez P¹, Arredondo Montero J².* ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción. El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Urgencias Pediátricas y su diagnóstico diferencial incluye tanto causas comunes como otras menos habituales de origen no gastrointestinal. Entre estas se encuentra el síndrome de Dietl, caracterizado por episodios recurrentes de dolor abdominal, vómitos y afección del estado general, secundarios a una obstrucción intermitente de la unión pieloureteral por un vaso polar aberrante. Su curso intermitente y la normalidad clínica entre crisis favorecen el infradiagnóstico o la confusión con dolor abdominal recurrente funcional.

Casos clínicos. Caso 1: Varón de 8 años con tres años de episodios de dolor abdominal recurrente y ausentismo escolar. Acudió por dolor abdominal intenso, hiporexia y vómitos. Presentó puñopercusión renal izquierda positiva. La ecografía mostró hidronefrosis izquierda por estenosis pieloureteral extrínseca secundaria a arteria polar inferior aberrante. La crisis se controló con analgesia y medidas posturales, y fue dado de alta con seguimiento para intervención quirúrgica programada.

Caso 2: Varón de 13 años con dos episodios agudos de dolor lumbar izquierdo y microhematuria tras ingesta hídrica abundante. La ecografía reveló hidronefrosis izquierda y la uro-TC confirmó una vena renal inferior izquierda aberrante como causa obstructiva. Fue derivado a Cirugía Pediátrica, realizándose pieloplastia desmembrada con evolución favorable y resolución clínica completa.

Comentarios. El síndrome de Dietl requiere un alto índice de sospecha clínica. Los episodios pueden desencadenarse por factores posturales o sobreingesta hídrica. La ecografía durante las crisis permite evidenciar hidronefrosis transitoria y orientar un diagnóstico precoz que evita complicaciones renales.

92. Síndrome de escaldadura estafilocócica: a propósito de un caso. *Bujedo Muñoz A, Marrón Alonso M, Obregón Asenjo M, Portillo Sainz L, Pérez Ortiz D, Dios Puebla M, Oquillas Ceballos A, Melgosa Peña M.* Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. El síndrome de escaldadura estafilocócica es una enfermedad rara, más frecuente en la edad pediátrica. Está producido por *Staphylococcus aureus* productor de toxinas exfoliativas, estas actúan sobre la desmogleína-1 desprendiendo la parte superior de la epidermis. El diagnós-

tico es clínico, siendo importante su identificación para un tratamiento precoz de la enfermedad.

Caso clínico. Varón de 5 años que acude a Urgencias por cuadro de exantema cutáneo y febrícula de 48 horas de evolución. Hasta hace tres semanas ha estado en tratamiento con cefadroxilo, mupirocina y ácido fusídico por impétigo con mala evolución. El exantema se describe como exantema eritematoso y rugoso, que se extiende por orejas, cuello, hombros, axilas, pliegue interglúteo, ingle y pliegue popliteo, con signo de Nikolsky positivo; doloroso a la palpación. Presenta lesiones erosivas en zonas de roce y extremidades, y una flictena en pantorrilla. Asocia ligero eritema y edema facial, y lesiones periorales, sin afectación de la mucosa oral. Hemograma, bioquímica y coagulación, son normales. Se decide el ingreso para antibioterapia intravenosa que cubra *S. aureus* resistente a meticilina (teicoplanina), y clindamicina por la producción de toxinas. Los resultados de los cultivos muestran un crecimiento de *S. aureus* sensible a clindamicina en el exudado cutáneo y nasal. Hemocultivo y exudado conjuntival sin crecimiento.

Comentarios. Ante un cuadro de eritrodermia es importante tener en cuenta el diagnóstico de escaldadura estafilocócica, diferenciándolo de otras entidades como el síndrome de Steven-Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica. Con el diagnóstico y tratamiento tempranos la evolución suele ser muy buena.

93. Síndrome de Fuchs: una entidad poco frecuente, pero un patógeno conocido. García Pereiro A, Montero Díaz N, Cabeza Antuña A, Fernández Miaja M, Murias Loza S, Alonso Álvarez MA. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Si bien *Mycoplasma pneumoniae* es una bacteria muy conocida, habitualmente asociada a infecciones respiratorias, existe un amplio espectro de manifestaciones extrapulmonares, principalmente mucocutáneas, que han adoptado diferentes terminologías, relacionadas con el eritema multiforme, o el síndrome de Stevens-Johnson. La presencia de mucositis en dos o más superficies, sin exantema asociado, caracteriza el denominado síndrome de Fuchs o también MIRM (*Mycoplasma-induced rash and mucositis*) sin rash.

Caso clínico (figuras 1, 2 y 3). Varón de 6 años con fiebre de 4 días de evolución (máximo 38,5°C), precedida por conjuntivitis purulenta y aftas orales dolorosas que impiden ingesta. No clínica respiratoria. Exploración física: buen estado general, mucositis oral con úlceras, úlcera aislada en glande y secreción uretral. No exantemas. Ingresa con suero-terapia y analgesia oral y tópica. Pruebas complementarias: 12,05 × 10³/μl leucocitos (65% neutrófilos), PCR: 3,3 mg/dl, VSG: 33 mm 1^a hora y PCT de 0,14 ng/ml. Reacción en

cadena de polimerasa en exudado faríngeo: VHS-1, virus respiratorios y *Mycoplasma pneumoniae* indetectables. Evolutivamente presenta odinofagia y tos escasa, con radiografía de tórax normal. Febrícula en primeras 48 horas. Al 4º día de ingreso se constata en serología IgM e IgG positivas para *Mycoplasma pneumoniae*, iniciándose tratamiento con azitromicina oral. Las lesiones en mucosas persistieron 12 días.

Comentarios. La mucositis es una entidad frecuente en diferentes contextos, pero la implicación del *Mycoplasma* en su etiología es quizás menos conocida, sobre todo cuando no asocia exantema. La antibioterapia es controvertida. La lenta evolución a pesar del tratamiento, en este caso, hace pensar que este podría haber sido exclusivamente conservador.



Figura 1.
Póster 93.



Figura 2.
Póster 93.



Figura 3.
Póster 93.

Sábado 15 de noviembre • Sesión 10

94. Síndrome de la piel escaldada estafilocócica en Pediatría: la importancia de un diagnóstico precoz. *Sierra Águila M, Martín Iranzo N, Carrasco Villanueva MJ, Haupt Arabia V, Alonso Quintela P, Andrés De Llano JM, Rodríguez Calleja J, Izquierdo Herrero E.* Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Introducción. El síndrome de la piel escaldada estafilocócica (SPEE) es una afección cutánea causada por cepas de *S. aureus* que producen toxinas exfoliativas. Típicamente se presenta como un cuadro leve con nasofaringitis, conjuntivitis o impétigo, seguidos de fiebre, irritabilidad, y una eritrodermia difusa que evoluciona a la formación de ampollas. La piel se desprende en láminas, dejando una superficie que se seca y forma escamas.

Caso clínico. Niña de 3 años sin antecedentes de interés, bien vacunada, que acude a urgencias por lesión inicial ampollosa en dedo índice izquierdo y lesiones eritematodescamativas progresivas en cuello, axilas, ingle, flexuras y zonas retroauriculares, con un decaimiento moderado. En la exploración se observó eritrodermia y descamación extensa, Nikolsky dudoso, labios fisurados con costra melicérica, eritema conjuntival y leve edema palpebral. Exudado óptico izquierdo purulento. Abdomen y auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Febrícula asociada. Ante la sospecha de SPEE con afectación general y extensión cutánea, se ingresó y se inició tratamiento con cloxacilina intravenosa, mupirocina tópica y aureomicina oftálmica. El cultivo del exudado óptico confirmó la presencia de *S. aureus*. Permaneció ingresada durante 6 días, con evolución favorable, mejoría de las lesiones cutáneas y del estado general. Al alta, se continuó tratamiento con cloxacilina oral hasta completar un total de 10 días, con resolución completa de la sintomatología.

Comentarios. El SPEE es una entidad poco frecuente en nuestro medio. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, si bien los estudios microbiológicos pueden apoyarlo. El microorganismo se aísla en el foco de infección primaria, no en las lesiones. Es fundamental un diagnóstico y tratamiento precoces para evitar posibles complicaciones.

95. Síndrome de nevus azul en tetina de goma (*blue rubber bleb nevus syndrome*, BRBNS). *Sans Pérez L, Rondón Martínez CV, Musgo Balana P, Del Villar Guerra P, Arias Consuegra MA, Gautreaux Minaya SI, Blanco González A, Barja López JM.* Hospital El Bierzo. Ponferrada, León.

Introducción. El síndrome del nevus azul en tetina de goma es una entidad congénita infrecuente, caracterizada por la aparición de hemangiomas cavernosos cutáneos. Se acompaña de lesiones similares en otros órganos, principalmente en el tracto gastrointestinal, causantes de sangrados recurrentes y anemia crónica.

Caso clínico. Niña de 7 años diagnosticada de nevus azul desde los 3 años por presentar lesiones nodulares en extremidades inferiores, pies y manos, histológicamente descritas como malformaciones vasculares venosas. Se detectó anemia ferropénica corregida con ferroterapia. Se solicitó ecocardiograma y ecografía abdominal con resultados anodinos. La resonancia magnética (RM) de caderas mostró nódulos intramusculares bien delimitados en ambos miembros inferiores, hiperintensos en T2 con captación de contraste, compatibles con hemangiomas. La sangre oculta en heces y analíticas posteriores realizadas semestralmente fueron normales por lo que no se ha precisado endoscopia. A los 6 años, presentó dolor y cojera, observándose ligero aumento de tamaño, y nuevas lesiones en glúteo y región paravertebral en RM. Precisó ingreso por hemartros gonadal derecho que se resolvió con reposo; y una nueva RM mostró crecimiento de lesiones previas, y malformación vascular intraarticular en rodilla. Ante la aparición de sangrados recurrentes, se plantea inicio de tratamiento con sirolimus.

Comentarios. El síndrome de nevus azul una malformación vascular congénita rara, en su mayoría espontánea, aunque con estudios recientes de alteraciones en el cromosoma 9, que causa complicaciones hemorrágicas. Su diagnóstico y manejo es multidisciplinar. El sirolimus surge como una opción prometedora para controlar el sangrado y reducir las lesiones.

96. Síndrome de piel escaldada estafilocócica: revisión epidemiológica y clínica de 11 casos en el Hospital Universitario de Salamanca. *Izquierdo García I, Paino Roman M, Blanco Rodríguez P, Cebrián Soria P, García Sánchez M, Martín Galán E, González Calderón O, De La Calle Cabrera MT.* Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Objetivos. Describir la epidemiología, la clínica y el tratamiento del síndrome de la piel escaldada estafilocócica (SPEE) en la población pediátrica de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional descriptivo realizado en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca, incluyendo pacientes diagnosticados de SPEE (agosto de 2017-agosto de 2025)

Resultados. Se identificaron 11 pacientes con SPEE, el 73% varones. La edad media al momento del diagnóstico fue $3,81 \pm 1,83$, mediana 4 años (rango 1-7). Más de la mitad

de los casos sucedieron en verano. Se observó una tendencia creciente de la incidencia en los últimos años, con una clara disminución en 2020-21. Clínicamente todos los pacientes presentaron eritema y descamación, mientras que solo el 36,4% presentó lesiones ampollosas y/o vesículas, y únicamente 3 pacientes presentaron Nikolsky positivo. El prurito fue el síntoma más frecuente (63,6%), seguido del dolor o la hipersensibilidad cutánea (54,5%). Se aisló *Staphylococcus aureus* en el 82% de los casos, con mayor frecuencia en cultivos periorificiales que en lesiones cutáneas. Todos los aislamientos fueron meticilin-sensible, aunque dos de ellos eran resistentes a clindamicina. El tratamiento consistió en cloxacilina y clindamicina intravenosas, salvo 2 niños que recibieron únicamente cloxacilina. La mediana de estancia hospitalaria fue de 5 días (rango 3-7); con evolución favorable en todos los pacientes.

Conclusiones. El SPEE debe considerarse en el diagnóstico diferencial de niños con eritema y dolor cutáneo, incluso en aquellos sin lesiones ampollosas ni signo de Nikolsky. Es fundamental realizar cultivos de pliegues y especialmente en zonas periorificiales.

97. Síntomas neurológicos de causa atípica. Fernández Herrera MC, Vázquez Martín S, Escobar Fernández L, Utiel Monsalvez E, Martín Pérez Barjola J, Galban De Marcos E, García González I, Fernández De La Mano S. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La sintomatología neurológica es un motivo de consulta frecuente en pediatría. Es fundamental conocer la semiología y signos de alarma para realizar las pruebas complementarias necesarias.

Casos clínicos (figuras 1 y 2). **Caso 1:** Paciente de 7 años, con antecedente de prematuridad de 26 SEG sin secuelas. Desarrollo psicomotor y ponderoestatural acorde. En contexto de gastroenteritis aguda febril presenta crisis recurrentes de semiología focal motora con parálisis de Todd que afecta al hemicuerpo izquierdo. En TAC craneal presenta tumoración extraaxial frontal derecha. EEG con actividad epileptiforme de predominio frontotemporal derecho. Se amplia estudio con resonancia magnética cerebral con hallazgos de lesión frontal derecha compatible con meningioma.

Caso 2: Paciente de 12 años, llegado a España hace 5 meses, derivado a Neuropediatría. Refieren dificultades de movilidad y temblor de extremidad superior izquierda desde los 6 meses, catalogado como parálisis braquial obstétrica. A los 7 años observan equinismo y tendencia adducta de pie izquierdo, mantenido actualmente. En la exploración física destaca en hemicuerpo izquierdo debilidad de predominio manual con dedos en cuello de cisne, temblor a la elevación

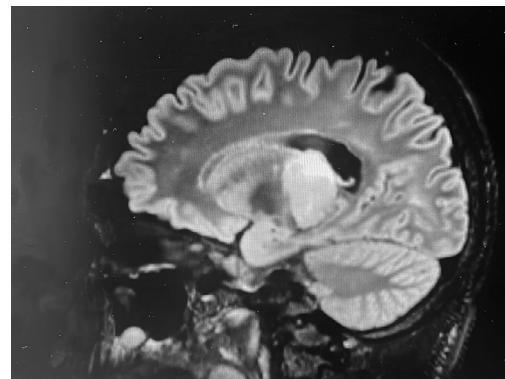


Figura 1.
Póster 97.

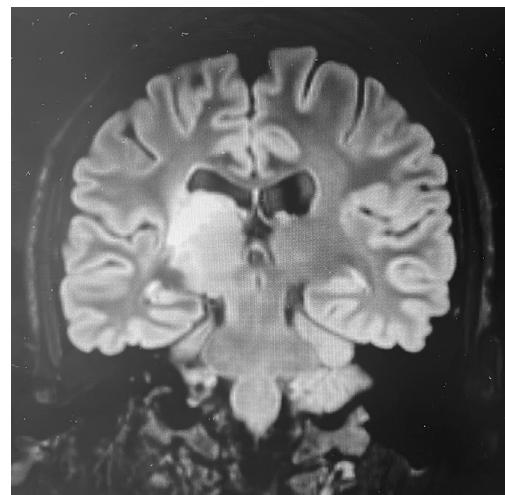


Figura 2.
Póster 97.

de extremidad superior, apoyo unipodal y maniobra dedo-nariz. Leve espasticidad de pronador y gemelo con retracción aquilea bilateral. ROT vivos con clonus agotable. Marcha hemiparética izquierda. Se solicita angio-resonancia con hallazgos de glioma talámico. Se realiza intervención quirúrgica para resección de la lesión. Resultados de anatomía patológica: glioma de bajo grado.

Conclusiones. Es fundamental la adecuada interpretación de hallazgos de pruebas de neuroimagen y la correlación con la clínica para realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento dirigido.

98. Sinusitis aguda causa infrecuente de síndrome compartimental ocular. Musgo Balana P¹, Rondón Martínez CV¹, Rea Minango CM¹, Sans Pérez L¹, Peña Aizpuru L¹, Martín Pino S². ¹Hospital El Bierzo. Ponferrada, León. ²Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción. El síndrome compartimental orbitario es una urgencia oftalmológica poco frecuente que exige un tratamiento precoz.

Caso clínico. Niño de 10 años que acude por dolor ocular izquierdo, exoftalmos con imposibilidad de apertura ocular, edema y eritema bipalpebral de 3 horas de evolución. Desde hace 48 horas presenta cuadro de otitis serosa izquierda en tratamiento con cefuroxima y prednisolona oral. Se solicita tomografía axial computarizada orbitaria (TAC) que reveló sinusitis maxilar y etmoidal izquierdas con solución de continuidad en la pared medial orbitaria, formación de absceso subperióstico medial y celulitis preseptal. En la exploración oftalmológica se observan: disminución de agudeza visual de ojo izquierdo, tensión intraocular de 27 mmHg, oftalmoplejía izquierda y fondo de ojo con papila izquierda de bordes mal definidos, junto con edema de papila en la tomografía coherencia óptica (OCT). Ante la sospecha de un síndrome compartmental secundario a celulitis orbitaria se realizan cantotomía y cantólisis inferior emergentes, con descompresión efectiva y drenaje quirúrgico urgente. Recibió tratamiento inicial empírico con cefotaxima y vancomicina intravenosas. Ante resultado del cultivo del material drenado positivo a *Streptococcus anginosus*, *Serratia marcescens*, *Prevotella loescheii* y *Prevotella buccae*, se modifica el tratamiento a ciprofloxacino y clindamicina con buena evolución.

Comentarios. La extensión periorbitaria de una infección del seno etmoidal es una causa habitual de celulitis orbitarias y abscesos subperiósticos. Generalmente presenta una evolución favorable. No obstante, resulta imprescindible reconocer precozmente los signos y síntomas de compresión orbitaria y actuar en consecuencia debido a la gran morbimortalidad que asocia.

99. Sospecha de trimetilaminuria en Pediatría: a propósito de un caso. Valdés Rodríguez D¹, Robles Álvarez I², Navas Méndez De Andés F¹, Pulache Chavez HD¹, Pérez Suárez I¹, González Guerrero C¹, Alejos Antoñanzas M¹, Ana Gloria AA¹. ¹Hospital Universitario de León. ²Centro de Salud La Palomera. León.

Introducción. La trimetilaminuria (TMAU), también conocida como síndrome del olor a pescado, es un trastorno metabólico muy poco frecuente causado por la deficiencia de la enzima FMO3, encargada de metabolizar la trimetilamina. Esta se acumula y se elimina por sudor, orina y aliento, generando un olor característico. Su diagnóstico es clínico y se confirma mediante test de sobrecarga con análisis de TMA y TMANO en orina.

Caso clínico. Niño de 2 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, derivado a consulta por episodios repetidos de olor corporal a pescado tras la ingesta de sepia o pescados blancos. El olor afecta sobre todo al cuero cabe-

lludo y, ocasionalmente, a la orina. No se asocia a fiebre ni a cambios de coloración urinaria. Desarrollo psicomotor normal. Exploración física normal, sin lesiones cutáneas ni hallazgos sistémicos; en consulta no se detecta olor evidente. Ante la sospecha de TMAU se solicita cuantificación de TMA y TMANO en orina antes y después de sobrecarga oral con pescado, con revisión en 3-4 meses. En la analítica básica solo se objetiva una TSH discretamente elevada (4,48 µUI/ml), sin relevancia clínica. Se descartan alteraciones hepatorrenales o metabólicas mediante sistemático de orina y bioquímica básica.

Comentario. La trimetilaminuria debe considerarse en pediatría ante la aparición intermitente de olor corporal a pescado sin causa infecciosa, especialmente tras la ingesta de pescados blancos. Aunque se trata de un trastorno benigno, puede tener implicaciones psicológicas y sociales relevantes si no se identifica. Este caso muestra una presentación precoz, bien tolerada, sin repercusión sistémica, que justifica estudio metabólico específico.

100. Terapia de vacío para cierre por segunda intención es desgarro anal de causa traumática. Hortelano Romero E, Crehuet Gramatyka D, Calvo Penín C, Olarte Ingaroca S, Villarreal B, Enríquez Zarabozo E, Álvarez Muñoz V, Vega Mata N. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El desgarro y avulsión de la región anorrectal es una patología muy infrecuente en los accidentes con vehículos. El tratamiento ideal de estas lesiones consiste en la reconstrucción anatómica y el cierre directo de la herida.

Caso clínico. Varón de 7 años atropellado por vehículo agrícola derivado inestable hemodinámicamente, es trasladado a UCIP donde precisa de estabilización y transfusión de hemoderivados realizando TC que muestra lesiones en múltiples órganos y avulsión de la región anorrectal con ano desinserto y con profunda afectación de recto y musculatura esfinteriana (afectando al 60% del esfínter anal). Tras cirugía de control de daños con colostomía de protección y reconstrucción anorrectal el paciente presenta al décimo postoperatorio dehiscencia e infección de la herida quirúrgica realizándose reconstrucción parcial junto colocación de VAC (cierre asistido por vacío) para cierre por segunda intención. Posteriormente se precisa de hasta 4 intervenciones más en quirófano para desbridamiento y colocación de nuevos dispositivos VAC, pudiendo realizar cierre directo al trigésimo quinto día postoperatorio. A la semana de realizar cierre directo el paciente es dado de alta con colostomía de protección para cicatrización de los tejidos y realizar reconstrucción del tránsito a los 6 meses desde la cirugía de control de daños. Tras

realizar reconstrucción con buena evolución postoperatoria el paciente actualmente se encuentra con continencia parcial y realizando rehabilitación

Comentarios. Cuando el cierre directo de estas heridas no es posible o surgen complicaciones de este el VAC surge como una opción solvente y con buenos resultados tanto funcionales como estéticos.

101. Torsión de quiste tubárico. *Calvo Penín C, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca SE, Villarreal Molina BM, Enríquez Zarabozo EM, Crehuet Gramatyka D, Gómez Farpón A, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Los quistes tubáricos son poco comunes (menos del 10% de las masas anexiales) y generalmente asintomáticos. Si bien su torsión es infrecuente, puede afectar al ligamento infundíbulo-pélvico y ovario ipsilateral.

Caso clínico. Mujer de 13 años sin antecedentes de interés. Consulta por dolor hipogástrico y vómitos de 48 horas de evolución. Fecha de última regla 17 días antes de la aparición del dolor. El abdomen era blando, doloroso en hipogastrio con defensa, aunque sin peritonismo ni masas palpables. La ecografía inicial describió una lesión quística de 85 × 82 × 91 mm anterior y craneal a la vejiga, con útero y anejos aparentemente normales. Por persistencia de la clínica, se realizó nueva ecografía en la que se demostró un ovario derecho aumentado de tamaño (22 cc) sin vascularización y persistencia de la lesión quística previamente descrita. Con sospecha de torsión ovárica derecha se realizó laparoscopia exploradora evidenciando una torsión de ovario y trompa derechos, que se detorsionaron, y una tumoración quística serohemorrágica de gran tamaño en pelvis. Por su dudoso aspecto e imposibilidad de exteriorizarla vía laparoscópica, se reconvirtió a cirugía abierta. Se evidenció un quiste tubárico distal derecho con mal aspecto de la trompa, realizándose salpinguectomía derecha con preservación ovárica.

Conclusión. La causa de la torsión anexial puede ser multifactorial. Aunque la torsión e infarto de la trompa son raros, debe considerarse como diagnóstico diferencial de abdomen agudo en mujeres en edad reproductiva. La intervención quirúrgica temprana puede permitir la preservación de la trompa de Falopio y proteger la futura fertilidad.

102. Tos crónica como primera manifestación de una inmunodeficiencia común variable. *González Guerrero C, Posadilla Suárez P, Pulache Chavez H, Navas Méndez De Andrés F, Pérez Suárez I, Andrés Andrés AG, Rodríguez Del Corral C, Fuentes Martínez S. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Introducción. La inmunodeficiencia común variable (IDCV) es una inmunodeficiencia primaria caracterizada por hipogammaglobulinemia, déficit de producción de anticuerpos y susceptibilidad aumentada a infecciones. Su presentación es heterogénea y el retraso diagnóstico frecuente, lo que condiciona complicaciones irreversibles como bronquiectasias o enfermedad pulmonar intersticial. La identificación precoz en edad pediátrica permite modificar su curso clínico.

Caso clínico. Niña de 13 años sin antecedentes relevantes que consultó por tos crónica de varios meses de evolución. En el estudio inicial, la radiografía torácica inicial mostró lesiones compatibles con bronquiectasias y la analítica evidenció hipogammaglobulinemia (IgG 96 mg/dl, IgA 7 mg/dl). Se amplió el estudio inmunológico con descenso de linfocitos B CD19 y niveles bajos de todas las inmunoglobulinas, compatible con IDCV. El TACAR reveló múltiples nódulos bilaterales y adenopatías mediastínicas, con sospecha inicial de Enfermedad Pulmonar Intersticial Linfocítica Granulomatosa (GLILD). El estudio broncoscópico fue no concluyente. Se inició tratamiento sustitutivo con inmunoglobulina subcutánea mensual, con buena tolerancia y desaparición de la clínica respiratoria. Actualmente se encuentra asintomática y en seguimiento por Inmunología y Neumología.

Comentarios. La IDCV debe sospecharse ante infecciones respiratorias de repetición o síntomas persistentes como tos crónica. Aunque la tos crónica en la infancia se asocia habitualmente a infecciones respiratorias recurrentes, puede ser la forma de presentación de enfermedades sistémicas. Este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha y de un abordaje multidisciplinar y coordinado entre Atención Primaria y especializada

103. Tumefacción en saco lagrimal. *Paíno Román M, Izquierdo García I, Cebrian Soria P, Blanco Rodríguez P, González Fernández I, Martín Galán E, González González MM, López Ávila FJ. Hospital Universitario de Salamanca.*

Introducción. La dacriocistitis es una infección aguda del saco lagrimal, habitualmente por *Staphylococcus aureus*, y generalmente secundaria a obstrucción congénita del conducto nasolagrimal. Más frecuente en lactantes, se presenta con enrojecimiento, edema, dolor en el canto medial, epífora y secreción purulenta. En ocasiones, progresó a celulitis preseptal, absceso o fístula lagrimal.

Caso clínico. Lactante de 3 meses que presenta persistencia de secreción ocular e inflamación orbicular derecha tras 20 días de tratamiento con tobramicina colirio. Ingresa con el diagnóstico de dacriocistitis aguda para tratamiento con amoxicilina-clavulánico intravenoso y Oftalmowell colirio,

que posteriormente se cambia por FML y Tobrex. Progresivamente, la inflamación se localiza en zona lagimal, y se etiqueta como celulitis preseptal con absceso lacrimal. Ante evolución tórpida, se cambia la antibioterapia por vancomicina intravenosa con dosis ajustada por niveles plasmáticos, cefotaxima intravenosa y metilprednisolona intravenosa. Esto se mantienen 1 semana. Ante la evolución favorable y afebril, se mantiene actitud conservadora y se decide el alta, tras 11 días de tratamiento intravenoso, con Amoxicilina-clavulánico oral y seguimiento ambulatorio en Oftalmología.

Comentarios/Conclusiones. Las dacriocistitis son más frecuentes en lactantes por obstrucción congénita del saco lagimal. Su diagnóstico de sospecha se basa en la aparición de signos inflamatorios en la zona. Su tratamiento se basa en antibioterapia, reservando la vía sistémica para casos con complicaciones y las técnicas invasivas si esta fracasa.



Figura 1.
Póster 104.

104. Tumefacción mamaria, ¿ingreso o alta? Descripción de un caso de mastitis neonatal. De Juan Vázquez D, Álvarez Blanco E, Segovia López S, López-Negrete Cueto E, Puente Fuente P, Aparicio Casares H. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñas. Gijón, Asturias.

Introducción. La ingurgitación mamaria es frecuente en los primeros meses de vida. Aunque es un hallazgo fisiológico transitorio, es importante realizar un diagnóstico diferencial con la infección de la glándula mamaria del recién nacido, la mastitis neonatal.

Caso clínico. Varón de 10 días de vida que acude a urgencias por inflamación y enrojecimiento de la mama izquierda desde 24 horas antes. Gestación a término y parto sin incidencias de interés ni datos de riesgo infeccioso. A la exploración, la mama izquierda está edematosas y eritematosa, palpándose una colección de 2-3 cm de diámetro no adherida a planos profundos ([figuras 1 y 2](#)). El paciente no presenta otras alteraciones y muestra buen estado general. Ante sospecha de mastitis izquierda se decide ingreso para tratamiento intravenoso y observación. En analítica sanguínea presenta PCR 8,2 mg/L y PCT 0,07 ng/ml. Se inicia antibioterapia intravenosa con cloxacilina y gentamicina. Ecografía a las 24 horas del ingreso compatible con mastitis con cambios flemonosos sin hallazgos sugestivos de absceso definido. Hemocultivo realizado es negativo. Durante ingreso, presenta disminución progresiva de signos inflamatorios que permiten tras cinco días alta hospitalaria con secuenciación



Figura 2.
Póster 104.

a antibioterapia oral con cefadroxilo, pautándose este 5 días más. Seguimiento por su pediatra sin incidencias.

Comentarios. Ante sospecha de mastitis neonatal, debe realizarse ingreso hospitalario para inicio de antibioterapia intravenosa y vigilancia, ante la posibilidad de complicaciones que pueden evolucionar a infecciones sistémicas o presentar complicaciones quirúrgicas. Al deberse a la invasión a través del pezón de bacterias de mucosas o cutáneas, inicialmente deben cubrirse *Staphylococcus aureus* y bacterias Gram negativas.

Normas de publicación

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 anatopatológica 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.

Revisores

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, anatomo-patológicas 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.