SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

Boletín de Pediatría

VOL. LXVI • Nº 277 • 3/2026

ergon
e-medfarma

Boletín de Pediatría

VOL. LXVI • Nº 277 • 3/2026

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

Presidente: Julián Rodríguez Suárez
Vicepresidente Cantabria: Lorenzo Guerra Díez
Vicepresidente Castilla y León: Fernando Centeno Malfaz
Secretaria: Marta Costa Romero
Tesorera: Reyes Fernández Montes
Presidente del Patronato FESV: Gonzalo Solís Sánchez
Director del Boletín: Antonio Hedrera Fernández
Director de la Página Web: David Pérez Solís

Vocales:
Atención Hospitalaria: Rocío Sancho Gutiérrez
Atención Primaria: Cristina García de Ribera
Cirugía Pediátrica: Víctor Álvarez Muñoz
Asturias: Paula Quesada Colloto
Ávila: Haydeé Expósito de Mena
Burgos: Pedro Pablo Oyágüez Ugidos
Cantabria: Ana Corrales Fernández
León: Sandra Terroba Seara
Palencia: Beatriz Bello Martínez
Salamanca: Ana Roux Rodríguez
Segovia: Carlos Santana Rodríguez
Valladolid: Beatriz Salamanca Zarzuela
Zamora: Víctor Manuel Marugán Isabel

Vocales de Residentes:
Asturias: Lucía Méndez Pérez
Cantabria: María Zabaleta Sánchez
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 – *Pediatría 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 – *Pediatría 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

E-MEDFARMA 2020, S.L.
C/ Rosa Sensat, 3. 08005 Barcelona
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

© 2026 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. Algunos derechos reservados.

Incluido en el Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS)

REDIB | Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico
www.redib.org

SOME RIGHTS RESERVED

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

XXII 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 2026, 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 2027 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 2027.

**Menos impuestos legalmente establecidos.*

Sumario

XXXVII Memorial Guillermo Arce y Ernesto Sánchez Villares

123 **PROGRAMA CIENTÍFICO**

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

125 Dra. Cabero, la forma de entender la pediatría: personas, calidad y equipo
J.L. Guerra Díez, P. Gortázar Arias

128 El camino de la Medalla
M.J. Cabero Pérez

MESA REDONDA: PACIENTE PEDIÁTRICO COMPLEJO

132 ¿Qué tiene un protón que no tenga un fotón? Implicaciones en el paciente pediátrico
M. García Marqueta

138 Hospitalización a domicilio. Aportaciones en nuestro entorno
A. Coccolo Góngora

145 Cuidados paliativos pediátricos: recorriendo el camino juntos
A. Hedrera Fernández

ESCAPE ROOM

150 Aprendizaje clínico interactivo mediante una experiencia tipo *escape room*: actualización del abordaje diagnóstico y terapéutico de un caso complejo
M.R. Vílchez Román

CONFERENCIA DE CLAUSURA - NUTRICIÓN

153 Roma V y los trastornos de la interacción intestino-cerebro en pediatría
M. Palacios Sánchez

156 **COMUNICACIONES ORALES**

217 **Normas de publicación**

Summary

XXXVII Memorial Guillermo Arce and Ernesto Sánchez Villares

123 **SCIENTIFIC PROGRAM**

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

125 Dr. Cabero, the way of understanding pediatrics: People, quality and team
J.L. Guerra Díez, P. Gortázar Arias

128 The path to the Medal
M.J. Cabero Pérez

ROUND TABLE: COMPLEX PEDIATRIC PATIENT

132 What does a proton have that a photon does not? Implications for the pediatric patient
M. García Marqueta

138 Hospitalization-at-home. Contributions in our environment
A. Coccolo Góngora

145 Pediatric palliative care: Moving forward together
A. Hedrera Fernández

ESCAPE ROOM

150 Interactive clinical learning through an escape room experience: Updating the diagnostic and therapeutic approach to a complex case
M.R. Vílchez Román

CLOSING LECTURE - NUTRITION

153 Rome V and the gut-brain interaction disorders in pediatrics
M. Palacios Sánchez

156 **ORAL COMMUNICATIONS**

217 **Publication guidelines**

Programa científico

XXXVII Memorial Guillermo Arce y Ernesto Sánchez Villares

HOTEL SANTEMAR DE SANTANDER

13 y 14 de noviembre de 2026

VIERNES, 13 DE NOVIEMBRE DE 2026

11:00 **TALLERES**

- Electrocardiograma
  - **Dr. Jesús Garde Basas y Dra. Natalia Fernández Suárez.** *Servicio de Cardiología Pediátrica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*
  - Salón Murcia
- Atención al neonato grave
  - **Dr. Daniel Gutiérrez Pascual y Dra. Rocío Cuesta González.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*
  - Salón Granada

15:00 Entrega de documentación

15:30 **COMUNICACIONES ORALES**

17:00 **ASAMBLEA EXTRAORDINARIA**
Salón Convención

17:15 **INAUGURACIÓN OFICIAL**
Salón Convención
- **Excmo. Sr. D. César Pascual.** *Consejero de Salud del Gobierno de Cantabria*
- **Excma. Sra. Dña. Gema Igual Ortiz.** *Alcaldesa de Santander*
- **Dr. Félix Rubial Bernárdez.** *Gerente del HUMV*
- **Dr. Julián Rodríguez Suárez.** *Presidente del Comité del Memorial*
- **Prof. Dra. Mª Jesús Cabero Pérez.** *Presidenta del Comité Organizador*

17:30 **ENTREGA DE LA MEDALLA DEL MEMORIAL A LA PROF. Mª JESÚS CABERO PÉREZ**
Salón Convención
Presentación: **Dr. J. Lorenzo Guerra Díez y Dra. Mª Pilar Gortázar Arias**
Ponente: **Prof. Dra. Mª Jesús Cabero Pérez**

18:15 *Descanso-café*

18:45 **MESA REDONDA – PACIENTE PEDIÁTRICO COMPLEJO**
Salón Convención
Moderadora: **Dra. Mª Jesús Cabero Pérez.** *Jefa del Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*
- ¿Qué tiene un protón que no tenga un fotón? Implicaciones en el paciente pediátrico. **Dra. Marta García Marqueta.** *Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*
- Hospitalización a domicilio. Aportaciones en nuestro entorno. **Dra. Alejandra Coccolo Góngora.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*
- Cuidados paliativos pediátricos: recorriendo el camino juntos**. Dr. Antonio Hedrera Fernández.** *Neuropediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

21:30 **Encuentro informal**
Hotel Santemar de Santander
Calle Joaquín Costa, 28
39005 Santander

SÁBADO, 14 DE NOVIEMBRE DE 2026

09:00 **COMUNICACIONES ORALES**

11:00 *Descanso-café*

11:30 **ESCAPE ROOM**

Salón Convención

Moderador: **Dr. Lorenzo Guerra Díez.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

- **Dra. María Rocío Vílchez Román.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

13:00 **CONFERENCIAS DE CLAUSURA – NUTRICIÓN**

Salón Convención

Moderador: **Dr. Lorenzo Guerra Díez.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

- Roma V y los trastornos de la interacción intestino-cerebro en pediatría. **Dra. Mirian Palacios Sánchez.** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*
- De Roma V al abordaje nutricional de los trastornos digestivos del lactante. **Dra. Judith Justicia García.** *Medical & Scientific Affairs. Nestlé Nutrition & Health Spain.*

14:00 **ENTREGA DE PREMIOS Y CLAUSURA DEL MEMORIAL**

Salón Convención

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

Dra. Cabero, la forma de entender la pediatría: personas, calidad y equipo

J.L. GUERRA DÍEZ[1], P. GORTÁZAR ARIAS[2]

[1]Jefe de Sección de Pediatría, Unidad de Urgencias de Pediatría y Corta Estancia; [2]Neonatóloga, Unidad de Neonatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.

Hay reconocimientos que ponen en valor una trayectoria profesional, y otros que, además, nos permiten detenernos un momento para reconocer a la persona que hay detrás. Creo que esta mención especial del Memorial Guillermo Arce de la SCCALP reúne ambas cosas.

Porque hoy no estamos aquí únicamente para hablar de una Jefa de Servicio de Pediatría, de sus responsabilidades o de los logros alcanzados. Estamos aquí para reconocer una manera de entender la Pediatría, de trabajar, de liderar y, sobre todo, de cuidar.

Desde su llegada al Servicio de Pediatría en 2008, su recorrido ha estado marcado por una constante: **la convicción de que siempre se puede hacer mejor** y como se reflejaba en un cartel de su gimnasio: ***no existe no puedo.*** Las dificultades no deben convertirse en excusas y de que las personas son, necesariamente, el centro de cualquier proyecto que merezca la pena.

Tuve la suerte de compartir con ella este camino: la coordinación de las Urgencias de Pediatría. Un periodo de trabajo mano a mano en el que fuimos construyendo algo que iba mucho más allá de organizar una unidad asistencial. Se trataba de darle identidad, de reforzar su importancia dentro del Servicio y de situarla en el lugar que merecía. Hacerlo no siempre fue fácil.

Partíamos de un edificio y unas instalaciones que, como ella misma ha expresado en más de una ocasión, no aportaba ni calidad ni calidez. Y, sin embargo, donde otros podían ver limitaciones, ella supo ver posibilidades. Donde había dificultades, puso ganas. Donde faltaban recursos organizativos y una estructura adecuada, aportó criterio, perseverancia y una enorme capacidad para sacar auténticos logros de una situación difícil. Porque mejorar no consiste solamente en señalar lo que falta. Mejorar consiste en comprometerse, en insistir, en buscar alternativas y en no renunciar a aquello que sabemos que nuestros pacientes merecen.

Su apuesta por la calidad es un ejemplo de ello. La incorporación y consolidación de la norma ISO en las Urgencias de Pediatría, que cumple ya diez años, no es simplemente un logro administrativo ni un sello más. Representa una forma de trabajar: ordenar los procesos, evaluar lo que hacemos, detectar aquello que debemos mejorar y asumir que la calidad no puede depender de la voluntad individual de cada profesional, sino que debe formar parte de la cultura de una unidad. Diez años después, ese camino habla de continuidad, de compromiso y de una convicción firme.

Pero hay algo que, para mí, define de una manera muy especial su liderazgo y que no siempre aparece en los currículums ni en las memorias de gestión. Me refiero a la confianza. A lo largo de nuestro trabajo compartido, me ha ofrecido y nos ha ofrecido, una confianza y una capacidad de decisión que me gustaría reconocer públicamente. Ha sabido delegar funciones sin condiciones para permitir que otros crezcan, asuman responsabilidades y aporten su propia mirada a un proyecto común. Esa confianza no es un gesto menor. Es una manera de liderar.

Porque si algo hemos aprendido en este camino es que el paciente y su familia deben estar en el centro de nuestras decisiones. Pero también que no podemos ofrecer una atención verdaderamente excelente si olvidamos a quienes la hacen posible: nuestros profesionales. Cuidar a los pacientes

Correspondencia: guerdiez@gmail.com (José Lorenzo Guerra Díez)

© 2026 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.

y cuidar a los profesionales no son objetivos contrapuestos. Son dos partes de una misma responsabilidad. Necesitamos profesionales que se sientan escuchados, respetados y acompañados para poder ofrecer a las familias la atención cercana, segura y de calidad que necesitan en los momentos de mayor vulnerabilidad. Ese es el binomio que debemos preservar: calidad asistencial y calidez humana; exigencia profesional y cuidado de las personas. Un equilibrio requiere trabajo, coherencia y compromiso cada día.

Por eso, esta mención especial es también una oportunidad para agradecer el trabajo realizado, la perseverancia ante las dificultades, la apuesta por la calidad y, en mi caso, la confianza recibida y la posibilidad de crecer profesionalmente dentro de un proyecto compartido e ilusionante. Porque trabajar mano a mano con alguien no significa pensar siempre de la misma manera, sino saber que, incluso desde perspectivas diferentes, se puede avanzar en la misma dirección. Y hacerlo con la certeza de que el resultado colectivo siempre será más importante que cualquier protagonismo individual.

Hoy celebramos todo lo conseguido, pero también una forma de hacer que merece continuar: una Pediatría en la que la excelencia técnica no esté reñida con la humanidad, en la que la calidad tenga sentido porque mejora la vida de las personas y en la que el cuidado de los profesionales sea parte inseparable del cuidado de nuestros pacientes. Una forma de trabajar que no dependa de una persona concreta, sino que deje huella, genere equipo y perdure en el tiempo.

Porque, al final, las personas que dejan huella no se definen únicamente por lo que han conseguido, sino también por lo que han sido capaces de construir con los demás.

En 2016 hicimos el traslado del Servicio de Pediatría y de todo el Área Materno-Infantil desde la antigua Residencia Cantabria hacia lo que en aquel momento llamábamos "Las Torres del Nuevo Valdecilla" y que los profesionales, créanme, vivimos como un auténtico anclaje a la nave nodriza que suponía VALDECILLA. Mucho trabajo, muchos desvelos, pero poco a poco conseguimos integrarnos en el Hospital.

El nombramiento de la Dra. Cabero como Jefe de Servicio supuso en aquel momento un auténtico revulsivo con unos objetivos muy claros:

1. Situar al paciente en el centro del proceso asistencial y no perder nunca de vista el principal objetivo de nuestro trabajo que son los niños y sus familias consiguiendo ampliar la edad de atención pediátrica hasta los 16 años y hasta los 18 años para el paciente complejo.
2. Trabajar en equipo con criterios de calidad en un entorno de seguridad y humanización contando con las personas, con todos y cada uno de los profesionales
3. Establecer sinergias entre la docencia, investigación y la práctica clínica.
4. Promover la excelencia mediante la humanización y la calidad.

Todo esto ha permitido que en este momento el Servicio de Pediatría de Valdecilla sea uno de los motores fundamentales del Hospital y de toda la Comunidad de Cantabria. Vayamos a los hechos concretos y como ella nos suele decir "nosotros a lo nuestro"

Un Servicio que es **LÍDER EN CALIDAD ASISTENCIAL** obteniendo la consolidación de la norma ISO en varias unidades del Servicio (Urgencias de Pediatría, Corta Estancia, Hospital de Día Pediátrico, Hospitalización Pediátrica, y otros en proceso como la Planta de Maternidad).

- Un Servicio que cuenta con una Unidad de Neonatología con tecnología puntera y una UCI neonatal de nivel IIIB referente en la Comunidad; con una Maternidad a la que llegan unos 2800 recién nacidos al año que suponen más del 90% de los RN de Cantabria y en la que se ha conseguido implementar en los últimos años un modelo pionero de ingreso neonatal en alojamiento conjunto para evitar la separación de madre y RN.
- Una Hospitalización Domiciliaria Pediátrica consolidada después de un proceso complejo de puesta en marcha con un modelo pionero de atención no solo al paciente agudo, sino también al paciente complejo pluripatológico, al paciente que precisa cuidados paliativos o acompañamiento al final de vida.
- Un objetivo claro que ha sido conseguir el acercamiento de todos los pacientes pediátricos atendidos en el hospital al área materno-infantil (pacientes oncológicos, de psiquiatría, de especialidades quirúrgicas, anestesiología...) poniendo en valor el derecho de cada niño a ser atendido junto a otros niños, evitando su atención entre adultos.

Un Servicio que es **LÍDER EN FORMACIÓN MULTIDISCIPLINAR** (incluyendo formación pregrado para estudiantes de medicina, residentes de medicina y de enfermería, enfermeras, auxiliares, celadores, administrativos, trabajadores sociales, facultativos de diferentes especialidades, etc.) con más de 100.000 horas de formación en estos años: líderes en simulación clínica con muñecos de simulación pediátrica y neonatal de última generación tanto en Valdecilla, como en el hospital virtual, en entornos extrahospitalarios como en el Colegio Oficial de Médicos o centros educativos. Realización de talleres prácticos, cursos presenciales, online, innovando en metodología e- learning formatos híbridos, etc.

Un Servicio que **APUESTA POR LA INVESTIGACIÓN** actualmente como Profesora titular y responsable de la comisión de doctorado y de la asignatura de clínica pediátrica con la visión de un modelo que conecta bidireccionalmente la Universidad de Cantabria con el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla "la Universidad en el Hospital y el Hospital en la Universidad" incluyendo la realización de tesis doctorales, trabajos de fin de grado y proyectos de investigación financiados en colaboración.

Un Servicio que participa como grupo de investigación propio con la Dra. Cabero como investigadora principal en Redes Nacionales de Salud Materno-Infantil como la RED RICORS-SAMID constituido por 20 grupos de investigación de diferentes comunidades autónomas y 27 grupos clínicos asociados, lo que ha dado lugar a numerosas publicaciones en revistas nacionales e internacionales y participación en multitud de congresos y jornadas.

Un Servicio **LÍDER EN HUMANIZACIÓN** promoviendo el derecho de los niños a disponer de salas y espacios equipados para la educación que les permita proseguir su formación escolar durante el ingreso; zonas para juegos y lectura con juguetes, libros y medios audiovisuales; Parque infantil, CINE; decoración adaptada a los niños; uniformidad, pijamas y ropa de cama con motivos infantiles; facilitando el voluntariado para el acompañamiento a los niños/as y sus familias

A esto se suma la reciente acreditación de Valdecilla en la FASE 3D de la estrategia IHAN (Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia) y de la Unidad Neonatal en la Fase 1D de la NEOIHAN, como colofón al esfuerzo y trabajo de muchos años.

Se han creado áreas de descanso para familias de niños ingresados en la Unidad Neonatal, cuidados intensivos, proporcionando de forma gratuita comidas para los acompañantes.

Se ha conseguido el apoyo psicológico profesional para las familias y los niños con la incorporación de un psicólogo clínico, así como protocolización de la actuación para el acompañamiento familiar y del niño con enfermedad grave, crónica, terminal y para el acompañamiento en cuidados paliativos y final de vida. Es decir, un abordaje integral sociofamiliar.

Un servicio de puertas abiertas para facilitar la accesibilidad de la ciudadanía, voluntariado y la colaboración con fundaciones y asociaciones de pacientes.

EN DEFINITIVA, UN VIAJE APASIONANTE CON IMPACTO INMEDIATO EN EL BIENESTAR DE LOS NIÑOS Y SUS FAMILIAS.

Muchas gracias.

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

El camino de la Medalla

MARÍA JESÚS CABERO PÉREZ

Excelentísimas autoridades, compañeros y amigos:

En primer lugar, quiero agradecer al Comité del Memorial la concesión de esta distinción. Es un gran honor que comparto con todos los miembros del Comité, con mis compañeros pediatras, con el conjunto del Servicio, con mi familia y con mis buenos amigos.

Estar hoy aquí, en un acto que reconoce mi trayectoria profesional, es para mí una alegría difícil de expresar, aunque al mismo tiempo no puedo evitar sentir cierto pudor.

Deseo manifestar igualmente mi agradecimiento a Nestlé, que desde hace tantos años apoya a nuestra Sociedad Científica sosteniendo este Memorial en recuerdo de dos maestros de la Pediatría: el profesor Arce y el profesor Ernesto Sánchez Villares.

A veces he pensado que pertenecer a esta Sociedad Científica es como formar parte de un equipo de relevos. Llega un momento en que tomamos el testigo del corredor anterior, sabiendo que eso supone aceptar la responsabilidad de transmitir el saber y el amor por la Pediatría a la siguiente generación porque en un relevo nadie gana solo.

Yo tuve la suerte de recibir ese testigo de grandes maestros, y uno de ellos fue el profesor Sánchez Villares. Lo conocí siendo residente, en los años noventa, de la mano del profesor García Fuentes, en un curso de formación continuada. Al hablar con él y escucharle, tanto en los momentos formales como en otros más informales, se apreciaban su inteligencia y su sabiduría, y se percibía su amor por la Pediatría. Visto con la perspectiva del tiempo, éramos casi unos niños, pero nos escuchaba con toda su atención y nos transmitió una forma de entender nuestra especialidad, la docencia y la investigación, siempre desde un profundo compromiso.

Recordando a maestros como él, y como decía antes, siento cierto pudor. Cuando me comunicaron la concesión de la medalla, me emocioné, pero de pronto me di cuenta de que estas cosas que siempre parecían reservadas a las personas mayores ¡ahora me tocaban a mí! Y me pregunté: ¿para qué vale hoy una medalla?

Enseguida me respondí: es una gran oportunidad para reflexionar sobre lo que he aprendido en este camino y para afrontar con renovada energía los objetivos pendientes.

Lo que soy como pediatra lo he aprendido de cuatro pilares: los pacientes, los libros, mi familia y mis amigos y compañeros, que han sido siempre mi gran tesoro y a quienes he intentado cuidar. Sin ellos no sería la pediatra que soy y, por todo lo que me han transmitido, sin dudarlo volvería a ser pediatra.

Como en toda buena historia clínica, empezaré por los antecedentes personales y familiares, porque nadie llega a ningún sitio sin sus raíces. Hija de padres sanos, con genes gallegos y castellanos. No nací en un hospital, sino extramuros: en Venta de Baños, Palencia, en casa de mis abuelos. Y, por supuesto, antes de tiempo; los que me conocéis ya sabéis de mi impaciencia. Mi abuelo era un castellano recio, y mi abuela, la persona más buena y más inteligente que he conocido, y jamás la oímos quejarse.

Yo era una niña, según decían los mayores, "curiosa, muy buena, muy responsable, muy madura"; es decir, aburrida. De aquellos años aún recuerdo que en Madrid jugaba con mis cuatro primos a juegos de chicos, y solo en verano con

Correspondencia: mariajesuscabero@gmail.com

© 2026 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.

mis primas asturianas. La infancia nos enseña a los adultos cosas que no deberíamos olvidar: hacer preguntas sin miedo, reír y no conocer el aburrimiento. Ahora que lo pienso, quizá pareciera una niña aburrida, pero yo nunca me aburrí.

Luego nació mi hermana Ester, también en casa y, cómo no, antes de lo previsto (antecedentes familiares, sin duda), y ya me hice mayor. Mis padres eran personas serias, rectas, con un gran sentido del deber, pero siempre cercanos, y en casa teníamos un lema: "la familia es lo primero". De ellos aprendí casi todo, por aquel entonces no había extraescolares.

En los años setenta nos trasladamos de Madrid a Santander, y de aquella etapa hay dos cosas que me marcaron profundamente. Por un lado, hice media docena de amigos que todavía conservo. Por otro, tuve grandes profesores que me descubrieron lecturas que me han acompañado a lo largo de mi carrera; así empezó otro de mis pilares: los libros. No hay nada como ser un poco rara: la vida te lleva a descubrir y disfrutar otras cosas, como me pasó a mí con los libros. Desde aquí quiero reivindicar el derecho a no ser popular; ya sé que ahora no está de moda, pero es una experiencia que intento transmitir a los pacientes que sufren acoso escolar o tienen alguna discapacidad. Que recuerden que no todos tenemos por qué ser iguales ni hacer las mismas cosas.

Volviendo a aquellos años, mi vida giraba en torno al estudio y algo de deporte. No había ONG, pero algunos fines de semana íbamos a la Obra San Martín, que, como muchos sabéis, se dedica a las personas con discapacidad intelectual. Eran cosas normales, y a nosotros nos hacía bien ver la vida real y aprender que ayudar a los demás era algo natural. Ya entonces tuve claro que quería estudiar Medicina, aunque la literatura siempre me ha tentado.

Nunca podré olvidar que, la misma semana en que empecé la carrera de Medicina, a mi madre le diagnosticaron una leucemia. De alguna manera, fue mi primera gran paciente. Aquella experiencia me dejó lecciones que me han servido durante toda mi vida profesional; la que más me impactó fue su entereza. Hubiera preferido aprenderlas más tarde y haber podido compartir con ella el final de la carrera, la llegada de sus nietos y algo más del camino de la vida. Dejé de tener madre, y con ella perdí ese refugio, esa manta que te protege, pero con el tiempo pude tejer una nueva manta: mis tres hijos. ¿Qué puedo decir de ellos? Son parte del sentido de mi vida.

En la facultad aprendí mucho de grandes profesores; entre ellos, recuerdo especialmente a los doctores Porrero, Flórez, González Macías y Pons, con quienes tuvimos prácticas inolvidables. Tuve también compañeros que me ayudaron y que hoy siguen siendo mis amigos. Como especialidad elegí Pediatría, y nunca me he arrepentido. Supuso hacer guardias, lidiar con las inseguridades y, en momentos complicados, sentirnos solos. Pero también me enseñó a apreciar la confianza que depositan en nosotros las familias y a valorar a los compañeros de residencia. Aprendí que ser un pediatra competente no es estar libre de dudas, sino saber reconocerlas, hacerse preguntas, pensar y estudiar.

Luego fueron llegando nuestras primeras comunicaciones a propósito de un caso en la SCCALP y, más tarde, mi tesis doctoral, para la que había que recorrer distintas bibliotecas en busca de bibliografía. Guardo un cariño especial a aquel laboratorio artesanal en el que hacíamos PCR caseras siguiendo las ideas del doctor Miguel García Fuentes.

La Pediatría de los años noventa era muy diferente de la de hoy: había mucha discapacidad, muchas enfermedades infecciosas, niños con VIH que fallecían y grandes diferencias sociales.

Es imposible olvidar a los niños que se nos han ido por el camino: muertes súbitas, insuficiencias hepáticas fulminantes, enfermedades degenerativas, accidentes, tumores, meningitis y sepsis, graves malformaciones neonatales y grandes prematuros. En nuestra biografía están grabados sus rostros.

Nos hicimos pediatras para cuidar a los niños, pero con los años descubrí que ellos y sus familias también me han cuidado a mí. Por eso los pacientes son el primero de mis pilares. A las familias les debo buena parte de este camino: escucharlas me enseñó el significado de la confianza, a no juzgar y a responder a preguntas incómodas. Me han cambiado y me han ayudado a disfrutar de la vida.

Trabajábamos mucho, y nunca nos importó.

Nos tocó lidiar con las escasas salidas profesionales, con la difícil conciliación familiar y con las oposiciones nacionales. Y la vida me llevó a dar el salto a la gestión, donde lo que iban a ser unos meses acabó convirtiéndose en siete años.

Fue una etapa complicada, pero reconozco que la disfruté. En gestión nada llega en orden: unos problemas se esperan y otros aparecen de repente. Conseguimos completar la Atención Primaria de Cantabria, se construyeron muchos centros de salud y hubo que dotar de pediatras a todas las zonas básicas de salud, afrontar la informatización, competir con todo el país por los profesionales, sobrevivir al temido efecto 2000 y asumir las transferencias sanitarias. Y todo a la vez.

Mis directores creyeron en mí cuando todavía era muy joven, y siempre se lo agradeceré. Fui directora médica, gerente de Atención Primaria y subdirectora de Desarrollo y Calidad del Servicio Cántabro de Salud. Trabajamos en equipo y pusimos en marcha programas pioneros que han dado sus frutos, como los contratos de gestión, el impulso a la calidad asistencial con el modelo EFQM, la creación del equipo de Soporte de Atención Domiciliaria o la rehabilitación cardiaca. Con los años me doy cuenta de lo mucho que aprendí, y en ámbitos muy distintos.

Después fui pediatra de Atención Primaria. Disfrutamos de un ambiente dinámico: hacíamos pediatría comunitaria, recibimos premios de investigación y la sociedad reconocía nuestra labor. Nos sentíamos pioneros. Muchos de aquellos niños son hoy padres, y su reconocimiento, mantenido en el tiempo, me sigue gratificando.

En este tramo del camino conté con grandes compañeros, lo que confirma que en la vida lo más importante no es lo que tenemos, sino a quién tenemos. Tuve la suerte de trabajar en equipos íntegros, que hacían lo correcto y tomaban la iniciativa sin necesidad de que nadie los supervisara. Y si tuviera que explicar por qué trabajé tan a gusto en ellos, creo que no se debía al puesto, al esfuerzo ni a las largas jornadas, sino a que compartíamos una buena dosis de pasión y entusiasmo.

Como pediatra de a pie, como coordinadora, en la gestión o desde la jefatura de servicio, siempre he repetido unos dichos que los que me conocéis bien reconoceréis: "tenemos que ser amables con nosotros mismos y con los demás", "hay que saber olvidar las pequeñas cosas malas y tratar de mejorar", "venga, a trabajar", "aporta o aparta", "si te hacen daño, aprendes a alejarte y a ser más fuerte" y el de la abeja y la mosca: "sé abeja, que busca las flores, y no mosca, que busca la basura".

En esta profesión se convive con el sufrimiento, con la vulnerabilidad y con la soledad de las familias ante un diagnóstico complicado.

Para acompañarlas, a mí me han ayudado mucho estudiar Sociología y leer a los clásicos, que me enseñaron a acercarme a la fragilidad y al duelo con otra mirada. Camus lo dejó escrito en La peste a través del doctor Rieux: nuestro deber es aliviar el dolor, incluso cuando la batalla parece perdida o el entorno es caótico. Os lo recomiendo a todos.

En 2008 comenzó una nueva etapa en mi vida profesional: desde entonces he estado ininterrumpidamente en el Hospital de Valdecilla, donde compaginé la consulta de Neumología con la coordinación de Consultas y Urgencias y, más tarde, con la jefatura de sección. En los últimos seis años he sido jefa de servicio. Durante todos estos años hemos trabajado desde el hospital, pero con visión comunitaria: nos hicimos cargo de la atención continuada del Hospital de Sierrallana, apoyamos al Hospital de Laredo y establecimos protocolos de coordinación con Atención Primaria.

Como jefa de servicio, mi objetivo ha sido y sigue siendo mejorar la atención y conseguir el mejor Servicio de Pediatría posible. Pensando en los pacientes, hemos apostado por la seguridad clínica y por situar al paciente y a su familia en el centro. Pensando en los profesionales, hemos buscado mejorar su capacitación, hacer compatibles la vocación y la conciliación —aunque no siempre es posible—, extender la investigación a la mayor parte del Servicio a través de grupos y redes, y acreditar las unidades.

Además, ampliamos la edad pediátrica hasta los 16 años, y a los pacientes crónicos los atendemos hasta los 18. Eso me obligó a plantearme cómo acercarnos al adolescente y cómo lograr una buena transición a la atención de adultos.

Junto a la asistencia y la gestión, el camino de la medalla se ha nutrido también de la docencia: la Comisión de Docencia multiprofesional, la acreditación de las sesiones clínicas y el impulso a nuevas formas de aprender, como la simulación clínica a pie de cama, a pie de cuna o en la incubadora. Quiero agradecer la inestimable ayuda del Colegio de Médicos, que ha puesto a nuestra disposición salas y simuladores de distintas edades y de ecografía. Y nuestros residentes han llevado esa formación a las competiciones de simulación.

Casi sin darnos cuenta, pasamos de ser aprendices de una profesión, de un oficio, a ser maestros. Como tutores de residentes, enseñábamos Pediatría con el ejemplo, transmitiendo la prudencia clínica, el respeto por el paciente, la honestidad intelectual para saber derivar cuando hace falta y la preocupación por la protección de datos. Aunque enseñar nunca va en una sola dirección: los jóvenes aprenden de nosotros, y nosotros aprendemos de ellos.

El legado que podemos dejarles no se mide solo por los artículos en revistas de primer cuartil o por el índice H, que por supuesto son importantes, sino, sobre todo, por los profesionales que hemos ayudado a crecer. Lo vemos cuando nuestros exresidentes triunfan en otros hospitales, o cuando los adjuntos del Servicio que hemos visto crecer reciben reconocimientos y se convierten en referentes en su campo. La docencia me ha dado enormes satisfacciones, y una de las mayores fue obtener la plaza de profesora titular en la Universidad de Cantabria.

Para ir concluyendo, no puedo olvidarme de las instituciones, consejerías y direcciones, a las que siempre he sentido a nuestro lado. Como es lógico, hemos tenido diferencias en algunos momentos, pero creo que han predominado la lealtad y la sinceridad.

Y quedan los objetivos pendientes de los que hablaba al principio: el reconocimiento de las subespecialidades pediátricas, una mejor coordinación y la UCI pediátrica.

Recibir esta distinción es también una responsabilidad: la del relevo del que hablaba al principio. Aceptamos la herencia intelectual de nuestros maestros, y ahora nos toca dejar un legado y pasar el testigo a vosotros, los pediatras jóvenes.

Al principio me preguntaba para qué vale hoy una medalla, y me respondía que para reflexionar sobre el camino. Al final de este recorrido, sé que vale, sobre todo, para AGRADECER.

Agradecer a quienes me enseñaron cuando necesitaba aprender. Agradecer a quienes me acompañaron en los momentos de dificultad personal y profesional. Agradecer

a quienes compartieron conmigo la satisfacción del trabajo bien hecho y en equipo. Agradecer a quienes me ofrecieron una perspectiva diferente que me hizo avanzar.

Esta medalla no es una meta, sino un estímulo para seguir trabajando y aprendiendo, que es lo que he hecho siempre.

Y me gustaría que se entendiera también como un homenaje a mi familia, que ha tenido que compartirme con esta profesión. Es lo mejor de mi vida y de lo que más orgullosa me siento.

Muchas gracias.

Mesa Redonda: Paciente pediátrico complejo

¿Qué tiene un protón que no tenga un fotón? Implicaciones en el paciente pediátrico

M. GARCÍA MARQUETA

Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.

RESUMEN

Introducción. La mejora en la supervivencia del cáncer infantil requiere intentar minimizar las secuelas de los tratamientos. La radioterapia tiene un papel clave en el tratamiento de muchos tumores pediátricos, aunque la irradiación de tejidos en desarrollo puede desencadenar importantes efectos adversos.

Desarrollo. Los protones depositan la mayor parte de su energía al final de su recorrido, con una marcada caída posterior (pico de Bragg). Esta distribución de dosis permite en casos seleccionados, reducir la irradiación de tejidos sanos en comparación a la radioterapia convencional, lo cual adquiere especial relevancia en pacientes jóvenes. La evidencia disponible respalda su utilidad en estos pacientes debido a su eficacia en el control tumoral y en la reducción de efectos agudos y tardíos de la radiación. Sin embargo, su administración requiere una infraestructura específica y equipos multidisciplinares especializados. En España, la creación de once salas en el Sistema Público de Salud supondrá un aumento drástico en la accesibilidad a la técnica. La creación de un Registro Único de Protonterapia permitirá generar evidencia prospectiva sobre resultados clínicos y efectos tardíos.

Conclusiones. La protonterapia ofrece ventajas dosimétricas especialmente relevantes en la población pediátrica. La expansión de la red pública y el registro multicéntrico representan oportunidades para ofrecer un acceso equitativo y evaluar su beneficio clínico a largo plazo en nuestra población.

Palabras clave: Oncología radioterápica; Protones; Tumores pediátricos; Pico de Bragg; Sistema Nacional de Salud.

WHAT DOES A PROTON HAVE THAT A PHOTON DOES NOT? IMPLICATIONS FOR THE PEDIATRIC PATIENT

ABSTRACT

Introduction. Improved survival in childhood cancer requires attempting to minimize treatment-related sequelae. Radiotherapy plays a key role in the treatment of many pediatric tumors, although the irradiation of growing tissues can trigger significant adverse effects.

Body. Protons deposit most of their energy at the end of their path, with a sharp dose fall-off known as Bragg peak. This dose distribution allows, in selected cases, a reduction in the irradiation of healthy tissues compared to conventional radiotherapy, which is of relevance in young patients. Available evidence supports its utility in these patients due to its efficacy in tumor control and the reduction of acute and late radiation effects. However, its acquisition and delivery requires dedicated infrastructure and specialized multidisciplinary teams. In Spain, the implementation of eleven facilities within the Public Health System will dramatically increase access to the technique. The creation of a National Proton Therapy Registry will generate prospective data on clinical outcomes and late effects.

Conclusions. Proton therapy offers dosimetric advantages that are particularly relevant in the pediatric population. The expansion of the public network and the multicenter registry represent opportunities to enhance equitable access and evaluate its long-term clinical benefit in our population.

Keywords: Radiation oncology; Protons; Pediatric malignancies; Bragg Peak; National Health System.

Correspondencia: marta.garcia2@scsalud.es

© 2026 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.

https://doi.org/10.63788/9kr66y50

INTRODUCCIÓN

El cáncer en la infancia y adolescencia representa una entidad infrecuente, con una incidencia aproximada de entre 900 y 1000 nuevos casos anuales en España en los últimos años[1]. Los avances terapéuticos y el desarrollo de protocolos cooperativos multidisciplinares han contribuido a una mejora importante en la supervivencia de estos pacientes, con tasas de curación que superan actualmente el 80% en países con recursos asistenciales integrales[2].

El tratamiento del cáncer infantil y adolescente consiste habitualmente en la combinación de varias modalidades terapéuticas, entre las cuales la radioterapia constituye una herramienta muy poderosa de tratamiento local, particularmente en tumores no completamente resecables o con alto riesgo de recaída local. Muchos pacientes necesitarán recibir radioterapia con el objetivo de alcanzar la curación, algunos incluso a edades muy tempranas[1].

La administración de radiaciones ionizantes en el paciente pediátrico supone un reto adicional, dado que su organismo se encuentra en fase de desarrollo y crecimiento, lo cual le otorga una mayor susceptibilidad al daño tisular secundario al tratamiento. Múltiples factores individuales y relacionados con la propia enfermedad y tratamientos recibidos contribuyen a la aparición de efectos tardíos como déficit neurocognitivo, alteraciones del crecimiento, endocrinopatías, infertilidad, problemas psicosociales, y segundos tumores[2]. Dado que la mayoría de estos pacientes serán largos supervivientes, el desarrollo de herramientas terapéuticas menos dañinas es fundamental.

La radioterapia es un tratamiento individualizado y adaptado al paciente y a su enfermedad en términos de indicación (pre o postoperatoria, radical), dosis y fraccionamiento (duración del tratamiento, dosis por sesión), volumen de tratamiento (área a irradiar) y técnica (radioterapia de intensidad modulada o IMRT y radioterapia volumétrica modulada o VMAT, como tratamientos estándar; y radioterapia estereotáctica craneal o extracraneal, SRS, SBRT, y braquiterapia, como técnicas especiales). En este contexto, la radioterapia externa con protones (en adelante, protonterapia) permite en muchos casos una mayor protección de los tejidos sanos, teniendo una especial relevancia en volúmenes de tratamiento grandes y en pacientes jóvenes.

El objetivo de este trabajo es revisar las bases físicas e infraestructurales que diferencian la protonterapia de la radioterapia convencional con fotones, describir las particularidades del flujo de trabajo pediátrico en oncología radioterápica, exponer las indicaciones actualmente aceptadas por el Ministerio de Sanidad y analizar la transformación del mapa asistencial e investigador en España.

DESARROLLO

Propiedades físicas e interacción con la materia[3]

La principal diferencia entre la radioterapia externa convencional con fotones y la protonterapia reside en la naturaleza de la propia radiación y, consiguientemente, sus mecanismos de interacción con los tejidos.

- Los fotones son "cuantos" de radiación electromagnética, sin masa ni carga, y depositan la mayor parte de su energía a poca profundidad de la superficie corporal, cediéndola a lo largo de su trayectoria. De esta forma, los fotones depositan dosis de entrada en los tejidos previos al tumor y tienen una dosis de salida, a continuación del tumor. Para concentrar la dosis en el área de interés, los haces de fotones inciden desde diferentes áreas del paciente resultando en un baño de dosis baja o intermedia en los tejidos sanos.
- Los protones son un tipo de radiación corpuscular con masa y carga positiva. Su dosis cerca de la superficie es más baja y más o menos constante. A medida que interaccionan con los tejidos, su velocidad se reduce y la pérdida de energía se incrementa de forma exponencial al final de su recorrido o rango, cuando se detienen por completo, seguido de una caída brusca de la dosis. Este depósito de energía muy localizado recibe el nombre de pico de Bragg.

Infraestructura

Mientras que la radioterapia convencional con fotones se administra mediante equipos compactos (habitualmente aceleradores lineales de electrones) alojados en un bunker de dimensiones estándar para generar rayos X de alta energía, la protonterapia requiere una infraestructura de mayor complejidad y su consiguiente coste. Se requiere un acelerador de partículas (frecuentemente un ciclotrón o sincrotrón) que acelera y extrae los protones a energías muy elevadas (del orden de 230-250 MeV). Desde allí, el haz de protones es canalizado y transportado mediante tubos de vacío e imanes (*beam line*) hasta la sala de tratamiento. Una vez allí, una estructura mecánica móvil de grandes dimensiones (*gantry*) gira hasta 360 grados alrededor del paciente para dirigir el haz con una gran precisión geométrica[4].

Históricamente, las instalaciones de protonterapia precisaban edificaciones complejas y aisladas, con grandes aceleradores que alimentaban varias salas de tratamiento con *gantrys* de más de 100 toneladas. Sin embargo, en los últimos años se ha producido una evolución hacia la fabricación de aceleradores más compactos y hacia la implantación de unidades de sala única, lo cual ha permitido reducir de



Figura 1. Etapas del proceso radioterápico.

forma drástica las dimensiones de los equipos y el espacio requerido[5].

Justificación clínica en el paciente pediátrico

El depósito de dosis más localizado y la ausencia de dosis de salida característicos de la protonterapia permiten, en muchas ocasiones, reducir la dosis a órganos críticos próximos al área de tratamiento y el baño de dosis integral a los tejidos circundantes, disminuyendo así el riesgo de efectos secundarios y la probabilidad de tumores secundarios, lo cual supone una importante ventaja para la población pediátrica y adolescente.

La evidencia recopilada en los últimos años respalda su valor en la oncología pediátrica, no sólo en cuanto a eficacia terapéutica, sino optimizando significativamente los efectos derivados del tratamiento. En términos de control tumoral, diversos estudios prospectivos y registros multicéntricos han demostrado altas tasas de control local en tumores pediátricos como el rabdomiosarcoma parameníngeo[6], neuroblastoma de alto riesgo[7] y tumores óseos pélvicos y lumbares[8]. En cuanto a efectos secundarios agudos (durante el tratamiento radioterápico), la distribución de dosis característica de la protonterapia se tradujo en una reducción de efectos gastrointestinales, esofagitis y requerimientos transfusionales tras la irradiación craneoespinal con técnica de preservación vertebral[9]. Asimismo, se ha registrado un menor detrimento del perfil neurocognitivo e intelectual en pacientes con meduloblastoma tratados con protonterapia, observándose una mayor preservación de la memoria de trabajo y velocidad de procesamiento[10,11]. Si bien el coste inicial de implantación y equipamiento de una unidad de protonterapia es muy superior al de un acelerador de radioterapia convencional, estudios de evaluación farmacoeconómica en oncología pediátrica han reportado su costo-efectividad a largo plazo. Un estudio de modelización económica y análisis de años de vida ajustados por calidad en meduloblastoma concluyó que el sobrecoste inicial se vio compensado por el ahorro directo en costes sanitarios al prevenir o reducir la incidencia de secuelas tardías como déficits hormonales, hipoacusia, cardiopatías crónicas y segundas neoplasias[12]. Un estudio retrospectivo basado en más de 450.000 pacientes de la National Cancer Database en Estados Unidos, observó una reducción significativa del riesgo de segundas neoplasias entre los pacientes tratados con protonterapia en 9 localizaciones tumorales en comparación a la radioterapia convencional[13].

Flujo de trabajo en Oncología Radioterapia y su adaptación al paciente pediátrico

El proceso radioterápico se compone de una secuencia de etapas rigurosamente estandarizadas, que se muestran en la figura 1.

Para contribuir a la adherencia y buena tolerancia al tratamiento, es recomendable adaptar muchas de estas etapas al paciente pediátrico y su entorno. Para ello se requiere una estructura asistencial especializada y coordinada. El equipo multidisciplinar imprescindible se compone de

oncólogos pediatras, personal de enfermería con experiencia en oncología pediátrica, técnicos superiores de radioterapia con competencia en el trato infantil, anestesiólogos y personal de enfermería de reanimación pediátrica, oncólogos radioterápicos, radiofísicos hospitalarios, y dosimetristas con experiencia en protonterapia. Es de un gran valor añadido contar con el apoyo de profesionales como psico-oncólogos, trabajadores sociales, nutricionistas y equipos de voluntariado para el abordaje integral de los pacientes y sus familias.

En este contexto también cobran especial relevancia la humanización de los espacios (por ejemplo, con ambientación temática de las salas de espera, consultas y sala de tratamiento) y la preparación procedimental. En algunos países como Reino Unido se cuenta con la figura del *Play Specialist*, quien acompaña al paciente en todas las fases de tratamiento. Es habitual el empleo de juegos de rol, preparación con muñecos, peluches o gafas de realidad virtual para simular el tratamiento y su preparación.

Escenario actual en España y perspectiva de futuro

Históricamente, el acceso a la protonterapia para pacientes del SNS se realizaba mediante la derivación a centros internacionales (como Estados Unidos, Alemania, Suiza o Francia) o, desde 2019, mediante la derivación a las dos únicas salas operativas en dos centros privados de la Comunidad de Madrid. Debido a la limitada accesibilidad de la técnica y su elevado coste, su indicación en el SNS prioriza las patologías que cuentan con mayor evidencia en cuanto a ventaja dosimétrica y clínica. El marco regulatorio vigente queda fijado por la resolución del 4 de abril de 2025 de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia[14]. La tabla I recoge las indicaciones aprobadas en niños, adolescentes y adultos jóvenes; y la tabla II, las indicaciones en adultos.

Dicho documento establece unos criterios generales que han de cumplirse en todos los casos: la intención curativa del tratamiento, un buen estado general del paciente (ECOG

TABLA I. Indicaciones en niños, adolescentes y adultos jóvenes (hasta los 26 años).

SNC	No SNC
– Meduloblastomas – Ependimomas – Gliomas (con exclusión de gliomas de alto grado) – Tumores rabdoides/teratoides atípicos – Craneofaringiomas – Tumores de células germinales y pinealomas – Tumores del plexo coroideo	– Cordomas/condrosarcomas – Rabdomiosarcomas – Sarcomas Ewing – Sarcomas de partes blandas: parameníngeos, orbitarios, de cabeza y cuello, torácicos (si próximos a corazón o columna), abdominales (si próximos a hígado o riñón) y pélvicos. Se excluyen los localizados en extremidades – Osteosarcomas – Retinoblastomas – Linfomas mediastínicos, oculares y pélvicos – Neuroblastomas – Tumores de Wilms

TABLA II. Indicaciones en adultos.

Tumores oculares	– Melanoma intraocular/uveal (cuando no esté indicada la braquiterapia)
Tumores óseos y de partes blandas	– Cordoma y condrosarcoma – Sarcomas primarios paraespinales
Tumores de SNC e intracraneales	– Tumores primarios que precisen irradiación craneoespinal – Tumores primarios de base de cráneo que por morfología o tamaño no sean abordables con técnicas avanzadas de fotones. – Gliomas de bajo grado. (se valorarán como criterios de selección: expectativa vida mayor de 50% a 10 años, buen estado neurocognitivo, KS > 80%, reducción de dosis a cerebro supratentorial y/o ambos hipocampos superior a 5% tras comparación de planes) – Meningiomas y tumor fibroso solitario en ubicaciones críticas (cerca de las vías ópticas y del tronco encefálico), – no abordables con técnicas avanzadas de fotones
Tumores de cabeza y cuello	– Tumores de nasofaringe (estadios avanzados con afectación de base de cráneo) – Tumores de fosa nasal y senos paranasales – Tumores de glándulas salivares irresecables

0-1) y una expectativa de vida igual o superior a 5 años sin comorbilidades que la limiten.

Otras situaciones en las que puede valorarse el tratamiento con protonterapia son: pacientes con síndromes genéticos con elevado riesgo de efectos adversos o segundos tumores, casos de reirradiaciones en las que la comparación dosimétrica sea favorable respecto a otras opciones, pacientes embarazadas en las que la técnica permita reducir la dosis sobre el feto y pacientes menores de 40 años sin otras alternativas de preservación de fertilidad. Se espera una nueva actualización de estas indicaciones en 2027.

El panorama nacional está experimentando una llamativa transformación como resultado del acuerdo en 2021 entre el Ministerio de Sanidad, las Comunidades Autónomas y la Fundación Amancio Ortega, mediante el cual se donaron 280 millones de euros para la incorporación de 10 equipos de protonterapia en la sanidad pública. Sumados al proyecto autonómico de Cantabria, el SNS dispondrá de 11 salas públicas distribuidas por todo el territorio (Galicia, País Vasco, Cataluña, Comunidad Valenciana, Andalucía, Madrid y Canarias) para garantizar la equidad asistencial y la proximidad geográfica.

La unidad de Valdecilla se encuentra integrada en un hospital de tercer nivel y dentro del propio Servicio de Oncología Radioterápica existente, lo cual facilita el acceso a atención inmediata ante complicaciones agudas o emergencias y ofrece una solidez operativa al disponer de aceleradores de fotones que facilitan establecer y activar planes de contingencia inmediatos ante incidencias técnicas o paradas de mantenimiento del ciclotrón, minimizando interrupciones en los tratamientos.

Como es habitual en medicina, la puesta en marcha de la técnica va más allá de la adquisición tecnológica y conlleva un cierto grado de subespecialización. Su implementación involucra a múltiples especialistas como ingenieros, arquitectos, radiofísicos, médicos especialistas, enfermeros, técnicos, informáticos y personal administrativo y de gestión. De forma paralela a las obras de construcción, el personal involucrado está realizando cursos de capacitación y estancias formativas en centros de referencia nacional e internacional. Asimismo, se está diseñando un plan de formación a nivel nacional dirigido a los especialistas del resto de hospitales que derivarán a los pacientes (médicos referentes), con el fin de homogeneizar los criterios de selección y optimizar los circuitos de derivación.

En este contexto, el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas han constituido el Registro Único de Protonterapia, un proyecto multicéntrico y prospectivo, obligatorio para todos los pacientes tratados en el SNS. Además, para gestionar el acceso equitativo a la técnica, se ha incorporado un algoritmo clasificador de las solicitudes de derivación basado en parámetros clínicos previamente consensuados. Se planea añadir al seguimiento clínico habitual la medición de resultados desde la perspectiva del paciente (PROMs y PREMs). Desde el principio se ha buscado mantener una alineación e interoperabilidad con los registros europeos ya existentes y en desarrollo[15,16]. Este registro representa una oportunidad científica para superar las limitaciones de los ensayos clínicos aleatorizados en patologías raras, como es el caso de la oncología pediátrica, y generar evidencia sobre los resultados a largo plazo de los tratamientos.

CONCLUSIONES

- El proceso radioterápico debe adaptarse a las necesidades de la población infantil y adolescente, precisando un abordaje holístico por un equipo multidisciplinar con experiencia.
- La protonterapia ofrece una ventaja física respecto a la radioterapia convencional con fotones gracias a su particular depósito localizado de energía, permitiendo reducir en muchos casos la dosis integral a los tejidos sanos, lo cual se traduce en un menor riesgo de efectos adversos.
- La última resolución de la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud de 2025 incluye tratamientos con intención curativa en niños, adolescentes y adultos jóvenes con buen estado general.
- La puesta en marcha de 11 salas de protonterapia en el Sistema Público español, junto con la articulación del Registro Único de Protonterapia, sitúan a nuestro país en una posición privilegiada para la transición hacia un modelo asistencial más equitativo y la generación de evidencia prospectiva de alta calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Registro Español de Tumores Infantiles (RETI-SEHOP). Informes RETI-SEHOP: Cáncer infantil en cifras Internet]. Valencia: Universitat de València; citado 2 nov 2026]. Disponible en: https://www.uv.es/uvweb/registro-espanyol-tumores-infantiles-RETI-SEHOP/es/cancer-infantil-cifras/informes-reti-sehop-1285944920873.html.
2. Sultan I, Alfaar AS, Sultan Y, Salman Z, Qaddoumi I. Trends in childhood cancer: Incidence and survival analysis over 45 years of SEER data. PLoS One. 2025;20(1):e0314592. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0314592.
3. Park SH, Kang JO. Basics of particle therapy I: Physics. Radiat Oncol J. 2011;29(3):135-46. https://doi.org/10.3857/roj.2011.29.3.135.
4. Collings EW, Lu L, Gupta N, Sumption MD. Accelerators, gantries, magnets and imaging systems for particle beam therapy:

Recent status and prospects for improvement. Front Oncol. 2022;11:737837. https://doi.org/10.3389/fonc.2021.737837.

5. Yan S, Ngoma TA, Ngwa W, Bortfeld TR. Global democratisation of proton radiotherapy. Lancet Oncol. 2023;24(6):e245-54. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(23)00184-5.
6. Doyen J, Jazmati D, Geismar D, Frisch S, Schleithoff SS, Vermeren X, et al. Outcome and patterns of relapse in childhood parameningeal rhabdomyosarcoma treated with proton beam therapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2019;105(5):1043-54. https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2019.08.005.
7. Jazmati D, Butzer S, Hero B, Ahmad Khalil D, Merta J, et al. Proton beam therapy for children with neuroblastoma: Experiences from the prospective KiProReg registry. Front Oncol. 2021;10:617506. https://doi.org/10.3389/fonc.2020.617506.
8. Worawongsakul R, Steinmeier T, Lin YL, Bauer S, Hardes J, Hecker-Nolting S, et al. Proton therapy for primary bone malignancy of the pelvic and lumbar region - Data from the prospective registries ProReg and KiProReg. Front Oncol. 2022;12:805051. https://doi.org/10.3389/fonc.2022.805051.
9. Chou B, Hopper A, Elster J, Crawford JR, McConnell K, Chang A, et al. Volumetric de-escalation and improved acute toxicity with proton craniospinal irradiation using a vertebral body-sparing technique. Pediatr Blood Cancer. 2022;69(5):e29489. https://doi.org/10.1002/pbc.29489.
10. Kahalley LS, Peterson R, Ris MD, Janzen L, Okcu MF, Grosshans DR, et al. Superior intellectual outcomes after proton radiotherapy compared with photon radiotherapy for pediatric medulloblastoma. J Clin Oncol. 2020;38(5):454-61. https://doi.org/10.1200/JCO.19.01706.
11. Sienna J, Kahalley LS, Mabbott D, Grosshans D, Santiago AT, Paulino ADC, et al. Proton therapy mediates dose reductions to brain structures associated with cognition in children with medulloblastoma. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2024;119(1):200-7. https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2023.11.035.
12. Lundkvist J, Ekman M, Ericsson SR, Jönsson B, Glimelius B. Cost-effectiveness of proton radiation in the treatment of childhood medulloblastoma. Cancer. 2005;103(4):793-801. https://doi.org/10.1002/cncr.20844.
13. Xiang M, Chang DT, Pollom EL. Second cancer risk after primary cancer treatment with three-dimensional conformal, intensity-modulated, or proton beam radiation therapy. Cancer. 2020;126(15):3560-8. https://doi.org/10.1002/cncr.32938.
14. Ministerio de Sanidad. Resolución del 4 de abril de 2025 de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia, por la que se hacen públicos los acuerdos de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación sobre la actualización de las indicaciones de la Protonterapia en la Cartera Común de Servicios del SNS. Boletín Oficial del Estado. 2025.
15. Langendijk JA, Orecchia R, Haustermans K, Zips D, Balosso J, Lacombe D, et al. Prospective data registration and clinical trials for particle therapy in Europe. Radiother Oncol. 2018;128(1):9-13. https://doi.org/10.1016/j.radonc.2018.06.001.
16. Journy N, Bolle S, Brualla L, Dumas A, Fresneau B, Haddy N, et al. Assessing late outcomes of advances in radiotherapy for paediatric cancers: Study protocol of the "HARMONIC-RT" European registry (NCT 04746729). Radiother Oncol. 2024;190:109972. https://doi.org/10.1016/j.radonc.2023.109972.

BOL PEDIATR. 2026; 66: 138-144

Mesa Redonda: Paciente pediátrico complejo

Hospitalización a domicilio. Aportaciones en nuestro entorno

A. COCCOLO GÓNGORA

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.

¿QUÉ ES LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO PEDIÁTRICA?

Los ingresos hospitalarios suponen una gran disrupción de la vida de los pacientes pediátricos y sus familias, asociado a un estrés añadido de estar en un ambiente desconocido, ajustándose a los horarios del centro y alteración de sus rutinas habituales de sueño, alimentación y juego.

La Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado (Parlamento Europeo, 1986) y la Carta EACH recogen, entre otros, el derecho a ser hospitalizado solo si los cuidados no pueden prestarse igual de bien en casa o en régimen ambulatorio, y durante el menor tiempo posible.

Asimismo, en los pacientes con patología crónica y complejidad y necesidades de cuidados paliativos, la Carta Europea de Cuidados Paliativos para Niños y Jóvenes (Carta IMPaCCT/EAPC, adoptada en España a través de la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos Pediátricos) recoge que el lugar de los cuidados sea el que prefiera el paciente y su familia.

En este contexto, nace la hospitalización a domicilio (HAD) pediátrica. Esta forma de hospitalización es una alternativa asistencial que ofrece cuidados de rango hospitalario en la casa de los pacientes, asegurando la misma calidad, seguridad y responsabilidad clínica que una planta de hospitalización convencional[1,2]. El paciente sigue ingresado a cargo del hospital, pero el equipo (pediatras y enfermería) se desplaza a su casa y mantiene contacto continuo con la familia[3].

En el paciente agudo, la HAD permite tratar diversos tipos de procesos como infecciones que requieren antibioterapia intravenosa, bronquiolitis o neumonías con oxigenoterapia, o completar tratamientos tras un alta precoz[2,4]. La evidencia disponible indica que, en pacientes bien seleccionados, es una alternativa segura y eficaz al ingreso convencional[1,5].

En el paciente crónico, la HAD puede atender las descompensaciones de niños/as con enfermedades de larga evolución, acortar ingresos y acompañar la transición del hospital al hogar de niños dependientes de tecnología (oxigenoterapia, ventilación, nutrición enteral o parenteral, traqueostomía)[6-8].

Junto a la HAD existe la atención domiciliaria de los equipos de pacientes crónico-complejos y de cuidados paliativos pediátricos. Estos equipos siguen al niño de forma longitudinal, a lo largo de meses o años, y no solo durante un episodio agudo. Su objetivo es el control de síntomas, la planificación anticipada de la atención, el acompañamiento a la familia y, cuando llega el momento, la atención al final de la vida en el lugar elegido por la familia[8,9].

La HAD y la atención domiciliaria paliativa son, por tanto, una forma práctica de hacer efectivos los derechos de los pacientes pediátricos: el niño/a recibe cuidados de calidad sin salir de su entorno.

MODALIDADES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

La organización de la atención domiciliaria pediátrica varía mucho entre países y centros, tanto en el tipo de pacientes como en la dependencia del equipo y los horarios de cobertura[3]. En la tabla I se reflejan distintos modelos de atención domiciliaria:

Correspondencia: alejandracoccolo@gmail.com

© 2026 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.

TABLA I. Modelos de atención domiciliaria.

Modalidad	Pacientes	Objetivo	Duración
HAD de agudos	Niños sanos o crónicos con un proceso agudo	Sustituir o acortar el ingreso	Días
HAD de crónicos y alta precoz	Prematuros, niños dependientes de tecnología, crónicos complejos descompensados	Acortar estancias y acompañar la transición al hogar	Semanas
Equipos de crónicos complejos y paliativos	Niños con enfermedades limitantes o amenazantes para la vida	Seguimiento longitudinal, control de síntomas, final de vida	Meses o años
Enfermería domiciliaria (*home nursing*)	Niños con alta dependencia de cuidados	Cuidados técnicos y respiro familiar	Continuada
Telemedicina y telemonitorización	Complemento de todas las anteriores	Seguimiento a distancia y respuesta rápida	Variable

La enfermería domiciliaria es un recurso muy desarrollado en Estados Unidos, donde se asocia a un menor uso hospitalario en niños con complejidad médica[8,10,11]. Su disponibilidad, sin embargo, es irregular y depende de la financiación y de la oferta de profesionales[7,11].

La telemedicina complementa las visitas presenciales. Permite teleconsultas, monitorización de constantes y seguimiento de dispositivos, y puede mejorar resultados de salud en niños con complejidad médica[12]. En España, un programa de telecuidado domiciliario pediátrico mostró costes inferiores a la atención habitual[13]. Los modelos de "salas virtuales" para niños también se han mostrado seguros y eficaces[5].

LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON PATOLOGÍA CRÓNICA Y COMPLEJIDAD

Los pacientes pediátricos con patología crónica y complejidad son un grupo de pacientes muy heterogéneo que se caracterizan por reunir varias de estas características[6,14]:

- Una o varias enfermedades crónicas graves, que afectan a uno o más órganos o sistemas.
- Limitaciones funcionales importantes y, a menudo, discapacidad.
- Dependencia de tecnología médica para sobrevivir o mantener su calidad de vida.
- Necesidades de atención elevadas, con múltiples especialistas, fármacos y servicios implicados.

Este grupo de pacientes es poco prevalente en la población pediátrica (se estima que menos de 1%), pero requieren un elevado consumo de recursos, suponiendo un 30-40% del gasto sanitario[15]. La literatura coincide en que estos pacientes presentan:

- Más hospitalizaciones y más largas. En plantas de pediatría de hospitales españoles representan una proporción importante de los ingresos y de los días de estancia[16-18].
- Más reingresos, a menudo por las mismas causas (infecciones respiratorias, problemas de alimentación, complicaciones de dispositivos)[19,20].
- Más visitas a urgencias, especialmente en los niños con enfermedades neurológicas o con trastornos mentales y de conducta asociados[21,22].
- Más ingresos en cuidados intensivos, con estancias más prolongadas y peores resultados cuando hay desnutrición[23-26].
- Uso intensivo de atención primaria, con más comorbilidades a mayor número de enfermedades crónicas[27,28].

La atención domiciliaria es, por tanto, de especial importancia en estos pacientes: permite acortar estancias hospitalarias e incluso evitarlas, y tratar en casa reagudizaciones. En las modalidades de atención domiciliaria con seguimiento continuo, evita visitas a urgencias gracias a un equipo de referencia accesible por teléfono o telemedicina[8,10,12].

En el niño crónico complejo, la atención domiciliaria no solo sustituye días de hospital: cambia la forma de cuidar. Sus aportaciones principales son:

- Tratamiento de reagudizaciones en casa. Infecciones respiratorias, ajustes de soporte respiratorio o problemas de alimentación pueden manejarse en el domicilio, evitando ingresos y la exposición a infecciones nosocomiales[2,6].
- Alta precoz tras ingresos prolongados. El equipo completa en casa tratamientos, ajustes de ventilación o de nutrición, y la adaptación de la familia a los dispositivos[8,29].
- Detección precoz de descompensaciones. La visita regular y la telemonitorización permiten actuar antes de que el niño necesite urgencias o cuidados intensivos[12].

- Coordinación de la atención. Estos niños dependen de muchos especialistas. Un equipo de referencia que conoce al paciente en su entorno integra la información, simplifica tratamientos y evita duplicidades[7,8].
- Control de síntomas y dolor. El abordaje interdisciplinar del dolor crónico y complejo mejora el control de síntomas y la calidad de vida[9].
- Atención paliativa y final de vida. Permite que el niño permanezca en casa cuando la familia lo desea, con planificación anticipada de decisiones.

La evidencia apoya estos beneficios. La enfermería domiciliaria se ha asociado a menos ingresos y estancias más cortas en niños con complejidad médica[10,11]. Servicios de atención domiciliaria pediátrica en Brasil y Corea han mostrado reducción del uso hospitalario y buena respuesta a las prioridades de los cuidadores[30,31]. Aun así, la investigación en este campo es todavía limitada y heterogénea, y se necesitan estudios con resultados comparables[1,7].

LA IMPORTANCIA Y COMPLEJIDAD DE LA TRANSICIÓN AL DOMICILIO

El paso del hospital al hogar es uno de los momentos de mayor riesgo y vulnerabilidad para el niño crónico complejo y su familia. Es un proceso de transición que afecta a toda la familia: los familiares pasan de ser acompañantes a ser los principales cuidadores, con responsabilidades técnicas que antes asumía el personal sanitario[32].

Una revisión sistemática sobre transiciones hospital-domicilio en niños con complejidad médica encontró una gran variedad de resultados medidos (reingresos, visitas a urgencias, calidad de vida, estrés parental, costes), lo que dificulta comparar programas[33].

Una transición bien planificada debería incluir[8,29,33]:

1. Valoración precoz, desde el inicio del ingreso, de las necesidades del niño y de la capacidad de la familia y de la vivienda.
2. Un profesional coordinador que sea referencia para la familia y para los distintos servicios.
3. Formación estructurada de los cuidadores, con comprobación de competencias antes del alta.
4. Disponibilidad del material y los dispositivos en casa antes del alta, y de un plan de mantenimiento.
5. Comunicación con atención primaria, servicios sociales y el centro educativo.
6. Un plan de cuidados y de actuación ante urgencias por escrito, con teléfonos de contacto.
7. Seguimiento estrecho los primeros días, el periodo de más riesgo de reingreso.

Los equipos de HAD y de atención domiciliaria actúan como puente en esta etapa: acompañan a la familia en casa durante los primeros días o semanas, resuelven dudas en tiempo real y ajustan el plan a la realidad del hogar.

LAS FAMILIAS COMO EJE CENTRAL DE LA HAD

La familia es el eje de los cuidados en el domicilio, y su formación es una condición imprescindible para la seguridad del niño. Las demandas diarias de cuidado de estos niños son altas y abarcan procedimientos técnicos, administración de medicación, alimentación, higiene, movilización y vigilancia continua[34]. Además, el grado de participación de la familia influye en la carga de trabajo de las unidades de HAD[35].

Dependiendo las características de cada paciente y el motivo que impulsa la atención u hospitalización en el domicilio, los cuidadores deben aprender distintas técnicas entre las que destacan:

- Administración de medicación intravenosa.
- Manejo de oxigenoterapia y/o ventilación mecánica.
- Aspiración de secreciones, cuidado de traqueostomía, nebulización de medicación…
- Manejo de dispositivos de nutrición enteral, cuidados de sondas de nutrición…
- Reconocimiento de signos de alarma y pasos a seguir ante cada uno de ellos.
- Prevención: infecciones, úlceras por presión, broncoaspiración.
- Uso de los canales de comunicación con el equipo y de la telemedicina[12].

La metodología importa tanto como el contenido. Funcionan mejor la enseñanza práctica y progresiva, la demostración seguida de práctica supervisada, la comprobación de que el cuidador ha adquirido la competencia y el material escrito o audiovisual de apoyo. Es recomendable formar al menos a dos cuidadores para evitar la sobrecarga de uno solo[8].

Las familias pasan a adquirir un rol de cuidador y administran cuidados de enfermería muchas veces complejos. El equipo de HAD tiene que asegurar no solo una formación adecuada, comprobando que conocen y entienden bien la información, sino que es necesario proporcionar la sensación de seguridad y acompañamiento, para garantizar que no están solos. Es importante que los profesionales sanitarios se aseguren de que los cuidados por parte de la familia serán

TABLA II. Ventajas de la de atención domiciliaria.

Para el paciente	Para la familia	Para el sistema sanitario
Permanece en su entorno, con sus rutinas de sueño, juego y alimentación[36,37]	Mantiene la unidad familiar y la atención a los hermanos[36,37]	Libera camas hospitalarias y acorta estancias[4,10]
Menor exposición a infecciones nosocomiales[2]	Menos desplazamientos y menos alteración de la vida laboral[37]	Reduce reingresos y visitas a urgencias en niños con complejidad médica[10,11]
Menos ansiedad y mejor descanso[37]	Mayor sensación de control y participación en los cuidados [36]	Costes inferiores a la hospitalización convencional[13]
Atención individualizada y continuidad con el mismo equipo[8]	Formación y apoyo profesional en el propio hogar[8,34]	Seguridad y eficacia comparables al ingreso en pacientes seleccionados[1,5]
Posibilidad de continuar la escolarización	Mejor respuesta a sus prioridades como cuidadores[31]	Mejor coordinación entre niveles asistenciales[3]

seguros en el domicilio, repitiendo la formación siempre que sea necesario.

VENTAJAS PARA EL PACIENTE, LA FAMILIA Y EL SISTEMA SANITARIO

Las ventajas de la atención domiciliaria se muestran en la tabla II.

Las revisiones de experiencias de niños y padres coinciden: prefieren la atención en casa por la normalidad y la intimidad que aporta[36,37]. También señalan inconvenientes que hay que prevenir: la carga de cuidados, el cansancio, la sensación de responsabilidad y, a veces, el aislamiento social[34,36]. Por eso la HAD no debe trasladar a la familia la carga del hospital, sino acompañarla con recursos suficientes, incluido el respiro familiar.

SITUACIÓN EN ESPAÑA

España tiene una larga tradición en HAD de adultos, pero la HAD pediátrica y la atención paliativa domiciliaria es más reciente en la historia de nuestro país y siguen siendo recursos desiguales entre territorios.

Cuidados paliativos pediátricos con atención domiciliaria

La atención domiciliaria en Pediatría en España ha ido de la mano de las Unidades de Cuidados Paliativos Pediátricos y es en esa área donde más extendida está. Sin embargo, la distribución de los recursos asistenciales es muy desigual dependiendo del código postal. No todas las Comunidades Autónomas tienen una atención especializada domiciliaria, por equipos completos (incluyendo psicología y trabajo social) y el horario de atención es muy variable, contando con asistencia 24 horas en el domicilio solo en algunas comunidades seleccionadas.

Hospitalización a domicilio pediátrica en el paciente agudo

La HAD comenzó en España en 1981, pero el desarrollo de unidades pediátricas ha sido mucho más lento. Surgieron primero para patologías concretas, como el alta precoz del prematuro o la atención del niño crónico complejo[38]. La primera Unidad de HAD para el paciente agudo se inauguró en 2018 en el Hospital Universitario Niño Jesús en Madrid y posteriormente, en 2019, en el Hospital Sant Joan de Déu.

En los últimos años se han creado nuevas unidades, sobre todo en hospitales de tercer nivel. La unidad del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid) publicó un seguimiento de dos años de niños con enfermedades agudas atendidos en casa[4]. En su primer año atendió a más de 500 pacientes y evitó más de 1.800 estancias hospitalarias[39]. Otros centros, como el Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona), han desarrollado modelos de telecuidado domiciliario[13], y recientemente se ha estudiado cómo la complejidad del paciente y la participación de la familia predicen la carga de trabajo de estas unidades[35].

IMPACTO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO PEDIÁTRICA EN NUESTRO MEDIO

En el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander) se inauguró la Unidad de Hospitalización a Domicilio Pediátrica en septiembre de 2025. Consiste en una unidad de ingreso de rango hospitalario, inicialmente orientada a la patología aguda o crónica reagudizada. La atención se realiza durante el día (hasta las 21.00 h), siendo posible valoración por el personal médico hasta las 17.00 h o por la mañana durante los días festivos.

Durante el periodo nocturno disponen de un teléfono del hospital (no específico de la unidad) para consultar dudas, sin poder realizar valoración en el domicilio.

Durante el primer año hemos realizado 127 ingresos, con una mediana de edad de 5,1 años (RI 1,4-8,9 años). Ha supuesto 785 días ahorrados de ingreso hospitalario (mediana de días de ingreso 4 días, RI 3-6).

La mayoría de los ingresos han sido por necesidad de tratamiento intravenoso (85,8%), administrando fármacos desde antibióticos, antifúngicos y antivirales, hasta otras medicaciones como corticoterapia, albúmina y furosemida. Se ha administrado también sin complicaciones el anticuerpo monoclonal Teplizumab, siendo la primera vez en España que se administra en domicilio.

Los pacientes que hemos ingresado en domicilio han ido progresivamente asociando complejidad, y más de la mitad de los pacientes presentaban alguna patología de base, destacando: patología oncohematológica (29,1%), patología neurológica, genética o malformativa (6,2%) y trasplante cardíaco (2,3%).

Hemos evolucionado de forma progresiva y dada las necesidades de la población, a una atención domiciliaria para el paciente con patología crónica y complejidad y necesidad de cuidados paliativos, llevando a cabo el apoyo domiciliario en el momento de final de vida, con tratamientos de control de síntomas.

La respuesta de las familias en todos estos ingresos ha sido muy buena, siendo sin lugar a duda el mayor éxito y el objetivo principal de nuestra unidad. Se valora principalmente el trato humano, la cercanía y la sensación de acompañamiento. Las familias destacan que se respeta el sueño del niño/a, se descansa y se recupera mejor. La carga de trabajo ha sido percibida como la esperada (48,6% de los encuestados) o menor de la esperada (51,4%), siendo también algo muy positivo y que intentamos evaluar de forma continuada dado todos los cuidados que pedimos a los familiares.

Con respecto a las incidencias que hemos encontrado durante el primer año, destaca que no ha habido eventos adversos graves en la administración de medicación. Se han realizado 14 reingresos (11%), la mayoría de pacientes con patología oncohematológica.

CONCLUSIÓN

La hospitalización a domicilio pediátrica permite ofrecer cuidados de rango hospitalario en el entorno del paciente, con la misma calidad y seguridad que una planta convencional, y protege su sueño, su alimentación, su juego y la vida familiar. La evidencia indica que, en pacientes bien seleccionados, es una alternativa segura y eficaz al ingreso tradicional. Además, reduce estancias, reingresos y visitas a urgencias, y su coste es menor para el sistema sanitario.

Su valor es aún mayor en el paciente con patología crónica y complejidad. Es un grupo poco numeroso, pero con un gran consumo de recursos. En él, la atención domiciliaria no solo sustituye días de hospital, sino que cambia la forma de cuidar: permite tratar las reagudizaciones en casa, detectar antes las descompensaciones, coordinar la atención y acompañar al niño al final de la vida en el lugar que elija la familia. La transición del hospital al hogar es un momento de especial vulnerabilidad. Por eso exige una planificación estructurada y un equipo que sirva de puente. La familia es el eje de estos cuidados, y su formación, el acompañamiento y el respiro familiar son condiciones imprescindibles para que la HAD no traslade a los cuidadores la carga del hospital.

Nuestra experiencia en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla ha ido acorde a la bibliografía, sin suponer un riesgo aumentado para los pacientes y siendo una experiencia positiva para las familias.

Los retos de futuro son ampliar la cobertura horaria, incluida la valoración nocturna en el domicilio, e integrar la telemonitorización. También es necesario avanzar hacia una oferta equitativa en todo el territorio y generar evidencia con indicadores comparables que permita consolidar este modelo asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Detollenaere J, Van Den Heede K, Vlayen J. Systematic literature review on the effectiveness and safety of paediatric hospital-at-home care as a substitute for hospital care. Eur J Pediatr. 2023;182:2735-57. https://doi.org/10.1007/s00431-023-04916-2.
2. Pian J, Klig J. Acute pediatric home hospital care. Pediatrics. 2020;145(6):e20190074. https://doi.org/10.1542/peds.2019-0074.
3. Lefèvre M, Detollenaere J, Zeevaert R, Van De Voorde C. The organisation of paediatric hospital-at-home care: A multi-country comparative study. J Integr Care. 2023;31(3):224-36. https://doi.org/10.1108/jica-05-2023-0031.
4. Pinto EV, Jiménez García R. Home–hospital care for children with acute illnesses: A 2-year follow-up study. J Paediatr Child Health. 2021;58(6): 969-77. https://doi.org/10.1111/jpc.15870.
5. Cheung C, Farnham L, Al-Mukhtar R, Chahal A, Karcz K, Nagano C, et al. Are virtual wards for children safe and effective? A 3-year retrospective service evaluation of an urban Hospital at Home service for children and young people. Arch Dis Child. 2024;110:369-76. https://doi.org/10.1136/archdischild-2024-327582.
6. García Fernández de Villalta M, Rodríguez Alonso A. Niño con múltiples patologías. Patología compleja. Pediatr Integral. 2023;XXVII(4):216-25.

7. Foster C, Lin E, Feinstein JA, Seltzer RR, Graham RJ, Coleman C, et al. Home health care research for children with disability and medical complexity. Pediatrics. 2025;155(2):e2024067966. https://doi.org/10.1542/peds.2024-067966.
8. Lin E, Noritz G. Home health care of children, adolescents and young adults with complex medical needs: Clinical report. Pediatrics. 2025;156(3):e2025073171. https://doi.org/10.1542/peds.2025-073171.
9. Salerno A, Rusalen F, De Tommasi V, Rosa M, Maghini I, Ghiraldo G, et al. Interdisciplinary management of paediatric chronic and complex pain: The experience of a specialised outpatient clinic in Italy. Eur J Pediatr. 2025;184:608. https://doi.org/10.1007/s00431-025-06451-8.
10. Gay J, Thurm C, Hall M, Fassino MJ, Fowler L, Palusci JV, et al. Home health nursing care and hospital use for medically complex children. Pediatrics. 2016;138(5):e20160530. https://doi.org/10.1542/peds.2016-0530.
11. Koob C, Griffin SF, Stuenkel M, Cartmell KB, Rennert L, Sease K. Bridging the gaps in pediatric complex healthcare: The case for home nursing care among children with medical complexity. BMC Health Serv Res. 2024;24:804. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11235-1.
12. Ferro F, Tozzi A, Erba I, Dall'oglio I, Campana A, Cecchetti C, et al. Impact of telemedicine on health outcomes in children with medical complexity: An integrative review. Eur J Pediatr. 2021;180:2389-400. https://doi.org/10.1007/s00431-021-04164-2.
13. Llandrich RC, Elizalde MM, García García JG, García Cuyàs F, López Seguí F. Pediatric tele–home care compared to usual care: Cost-minimization analysis. JMIR Pediatr Parent. 2021;5(1):e31628. https://doi.org/10.2196/31628.
14. Rogers JE, Reed MP, Blaine K, Manning H. Children with medical complexity: A concept analysis. Nurs Forum. 2021;56: 676-83. https://doi.org/10.1111/nuf.12559.
15. Cohen E, Berry JG, Camacho X, Anderson G, Wodchis W, Guttmann A. Patterns and costs of health care use of children with medical complexity. Pediatrics. 2012;130(6):e1463-70. https://doi.org/ 10.1542/peds.2012-0175.
16. García-Miralles L, Ortega-Macías M, López-González L, Del Villar Guerra P, Cano A. Identification and characteristics of children with complex chronic diseases in the paediatric ward of a tertiary hospital: A prospective study. Eur J Pediatr. 2026;185:511. https://doi.org/10.1007/s00431-026-07193-x.
17. Huélamo MS-B, Pinto EV, Jiménez García R. Hospital care of patients with chronic pathology. Andes Pediatr. 2022;93(5):640-7. https://doi.org/10.32641/andespediatr.v93i5.4060.
18. Penela-Sánchez D, Ricart S, Vidiella N, García-García J. A study of paediatric patients with complex chronic conditions admitted to a paediatric department over a 12 month period. An Pediatr. 2021;95(4):233-9. https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.07.022.
19. Celebi FOZ, Şenel S. Patients with chronic conditions and their complex care needs in a tertiary care hospital. Arch Pediatr. 2021;28(6):470-4. https://doi.org/10.1016/j.arcped.2021.05.001.
20. Pérez-Ardanaz B, Gutiérrez-Rodríguez L, Peláez-Cantero MJ, Morales-Asencio J, Gómez-González A, García-Piñero JM, et al. Healthcare service use for children with chronic complex diseases: A longitudinal six-year follow-up study. J Pediatr Nurs. 2024;77:e132-8. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.04.001.
21. Jafari K, Carlin K, Çağlar D, Klein EJ, Simon TD. National characteristics of emergency care for children with neurologic complex chronic conditions. West J Emerg Med. 2024;25:237-45. https://doi.org/10.5811/westjem.17834.
22. Ramgopal S, Goodman D, Kan K, Smith TL, Foster C. Children with medical complexity and mental and behavioral disorders in the emergency department. Hosp Pediatr. 2022;13:9-16. https://doi.org/10.1542/hpeds.2022-006835.
23. Costa CAD, Crestani F, Tonial CT, Fiori H, Santos I, Ramos Garcia PC. Association of nutritional status with clinical outcomes of critically ill pediatric patients with complex chronic conditions. Clin Nutr. 2022;41(12):2786-91. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.10.019.
24. Grandjean C, Perez M, Ramelet A. Comparison of clinical characteristics and healthcare resource use of pediatric chronic and non-chronic critically ill patients in intensive care units: A retrospective national registry study. Front Pediatr. 2023;11:1194833. https://doi.org/10.3389/fped.2023.1194833.
25. Li X, Yan H-P, Li X, Zhang X-P, Huang J-T, Gan J, et al. Complex chronic conditions in the PICU: Single-center retrospective study in Central-Southern China, 2020–2025. Pediatr Crit Care Med. 2026;27:1116-26. https://doi.org/10.1097/pcc.0000000000003990.
26. Salem SML, Graham R. Chronic illness in pediatric critical care. Front Pediatr. 2021;9:686206. https://doi.org/10.3389/fped.2021.686206.
27. Barrio Cortés J, Suárez Fernández C, Oliveira MB-D, Muñoz-Lagos C, Martínez MBT, Lozano-Hernández C, et al. Chronic diseases in the paediatric population: Comorbidities and use of primary care services. An Pediatr. 2020;93(3):183-93. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.12.019.
28. Barrio-Cortes J, Benito-Sánchez B, Sánchez-Ruano R, García-Hernández C, Beca-Martínez MT, Martínez-Cuevas M, et al. Utilization of healthcare services in patients with chronic diseases under 18 years old: Differences and contributing factors. J Pers Med. 2024;14(9):956. https://doi.org/10.3390/jpm14090956.
29. Haspels HN, Knoester H, Jansen NJG, Ahout IM, Van Karnebeek C, De Hoog M, et al. Hospital to home transition of children with medical complexities in the Netherlands: Current practice. Eur J Pediatr. 2025;184:122. https://doi.org/10.1007/s00431-024-05960-2.
30. De Carvalho AD, Ferreira H, Borges E, Borges L, De Paula AL, Hattori W, et al. Analyses of the effectiveness of a Brazilian pediatric home care service: A preliminary study. BMC Health Serv Res. 2019;19:324. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4148-4.
31. Kim K, Kim E, Seo H, Gong M, Lee H, Kwon S, et al. Caregiver priorities and healthcare outcomes in a pediatric home care service for children with medical complexity: A quasi-experimental

study. Eur J Pediatr. 2026;185:48. https://doi.org/10.1007/s00431-025-06672-x.

32. Loura D, Ferreira AM, Romeiro J, Charepe Z. Health-illness transition processes in children with complex chronic conditions and their parents: A scoping review. BMC Pediatr. 2024;24:446. https://doi.org/10.1186/s12887-024-04919-4.
33. De Lange A, Alsem M, Haspels HN, Van Karnebeek C, Van Woensel JV, Etten-Jamaludin FS, et al. Hospital-to-home transitions for children with medical complexity: Part 1, a systematic review of reported outcomes. Eur J Pediatr. 2023;182:3805-31. https://doi.org/10.1007/s00431-023-05050-9.
34. Barreto TB, Machado VM, De Carvalho MSN, Ribeiro CTM. Daily care demands of children with complex chronic conditions at home: A scoping review. Rev Bras Enferm. 2026;79:e20250341. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2025-0341.
35. Batlle A, Pardo A, Daunis-I-Estadella P, García Romero R, López-Mateo S, Achotegui A, et al. Predicting healthcare workload in pediatric home hospitalization: The role of patient complexity and family participation. Healthcare. 2025;13(23):3066. https://doi.org/10.3390/healthcare13233066.
36. Beisland E, Drageset J, Blindheim MG, Jorem G, Moi AL. Children's and parents' experiences of home care provided by hospital staff: A scoping review. J Clin Nurs. 2024;33:3018-32. https://doi.org/10.1111/jocn.17109.
37. Pinheiro C, Pires C, Romeiro J, Ramos S, Charepe Z. The experience of children and family in pediatric home hospitalization: A systematic review of qualitative evidence. J Pediatr Nurs. 2024;78:e124-32. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.06.027.
38. Jiménez García R. Hospitalización a domicilio pediátrica. Un modelo emergente. Emerg Pediatr. 2024;3(1):55-6.
39. Comunidad de Madrid. La unidad pediátrica de hospitalización a domicilio evita en su primer año más de 1.800 ingresos. [Acceso Intranet 3 noviembre 2026]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/noticias/2019/12/24/unidad-pediatrica-hospitalizacion-domicilio-evita-su-primer-ano-1800-ingresos.

BOL PEDIATR. 2026; 66: 145-149

Mesa Redonda: Paciente pediátrico complejo

Cuidados paliativos pediátricos: recorriendo el camino juntos

A. HEDRERA FERNÁNDEZ

Unidad de Neuropediatría. Unidad de Cuidados Crónicos Complejos y Paliativos Pediátricos. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

RESUMEN

Introducción y objetivo. Los cuidados paliativos pediátricos han experimentado un desarrollo considerable durante la última década, tanto en su reconocimiento como componente esencial de la atención a niños con enfermedades graves como en la organización de recursos específicos. El objetivo de esta revisión es analizar su evolución en el ámbito territorial y científico de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León, incorporando los principales avances asistenciales y las evidencias científicas recientes.

Desarrollo. Se revisan las contribuciones dedicadas a los cuidados paliativos pediátricos en las reuniones científicas de la Sociedad desde 2017, así como la evolución de los modelos asistenciales en sus tres comunidades autónomas. Se presentan los resultados de una investigación epidemiológica desarrollada en Castilla y León y se analizan publicaciones recientes sobre evaluación de síntomas, planificación anticipada de cuidados y modelos integrados de atención hospitalaria y domiciliaria. Finalmente, se describen nuevas modalidades asistenciales orientadas a la atención intermedia y al respiro familiar.

Conclusiones. Los avances organizativos y científicos reflejan una transición desde el reconocimiento de las necesidades paliativas pediátricas hacia el desarrollo de respuestas asistenciales especializadas. Persisten desafíos relacionados con la equidad territorial, la coordinación entre profesionales, la continuidad asistencial y la evaluación de resultados. La consolidación de modelos integrados y centrados en las familias constituye una prioridad para los próximos años.

Palabras clave: Atención domiciliaria; Cuidados paliativos; Enfermedades crónicas complejas; Pediatría; Planificación anticipada de cuidados.

PEDIATRIC PALLIATIVE CARE: MOVING FORWARD TOGETHER

ABSTRACT

Introduction and objective. Pediatric palliative care has undergone substantial development over the past decade, both in its recognition as an essential component of care for children with serious illnesses and in the establishment of specialized services. This review aims to examine its evolution within the scientific and geographical scope of the Pediatric Society of Asturias, Cantabria, and Castile and León, incorporating recent advances in care organization and scientific evidence.

Development. Contributions to pediatric palliative care presented at the Society's scientific meetings since 2017 are reviewed, together with changes in healthcare models across the three autonomous communities. Findings from regional epidemiological research are discussed, alongside recent studies addressing symptom assessment, advance care planning, and integrated hospital-home care. Emerging models providing intermediate care and family respite are also considered.

Conclusions. Organizational and scientific advances reflect a transition from recognizing pediatric palliative care needs to developing specialized healthcare responses. Important challenges remain regarding geographical

Correspondencia: ahedrera@gmail.com

© 2026 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.

https://doi.org/10.63788/k032pc36

equity, professional coordination, continuity of care, and outcome evaluation. Strengthening integrated, family-centered models of care should be a priority for future development.

Keywords: Advance care planning; Chronic disease; Home care services; Palliative care; Pediatrics.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Los cuidados paliativos pediátricos (CPP) constituyen un modelo de atención integral dirigido a niños y adolescentes con enfermedades que amenazan o limitan su vida, así como a sus familias. Su objetivo es prevenir y aliviar el sufrimiento mediante la identificación y atención de necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Lejos de limitarse a la atención en los últimos días de vida, pueden iniciarse desde el diagnóstico de una enfermedad grave y desarrollarse simultáneamente con los tratamientos dirigidos a modificar su evolución[1].

Durante las últimas décadas, el reconocimiento de estas necesidades ha favorecido el desarrollo progresivo de equipos especializados y modelos de colaboración entre profesionales. Sin embargo, la complejidad clínica, la diversidad de enfermedades y la dispersión geográfica de la población pediátrica plantean dificultades organizativas que exigen respuestas adaptadas a cada territorio.

La Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria y Castilla y León (SCCALP) ha contribuido a este proceso mediante la incorporación de los CPP a sus reuniones científicas y publicaciones. El análisis de estas contribuciones, junto con los cambios asistenciales producidos desde 2017, permite reconocer los avances alcanzados y contextualizar los retos actuales.

El objetivo de esta revisión narrativa es describir la evolución de los CPP en el ámbito de la SCCALP, examinar las principales transformaciones organizativas en Asturias, Cantabria y Castilla y León y actualizar la evidencia científica sobre algunos de los aspectos clínicos y asistenciales de mayor relevancia.

DESARROLLO

Los cuidados paliativos pediátricos en la actividad científica de la SCCALP: de 2017 a 2026

Una de las contribuciones al Memorial Guillermo Arce y Ernesto Sánchez Villares celebrado en Valladolid en 2017, titulada «Situación actual de los Cuidados Paliativos Pediátricos en Asturias, Cantabria y Castilla y León: un largo camino por recorrer», analizaba las estrategias y dispositivos existentes en las tres comunidades autónomas. El trabajo describía un escenario caracterizado por diferencias territoriales, un desarrollo todavía limitado de estructuras pediátricas especializadas y la necesidad de mejorar la coordinación entre niveles asistenciales[2].

En aquella misma mesa se abordaron los criterios para identificar a los pacientes con necesidades paliativas y las particularidades que diferencian la atención pediátrica de la del adulto[3]. El debate se centraba, por tanto, en cuestiones esenciales: reconocer a los niños que podían beneficiarse de estos cuidados y definir qué organización resultaba necesaria para atenderlos.

La presencia de los CPP en las actividades de la SCCALP ha tenido continuidad. En la Reunión de Primavera celebrada en Avilés en 2022, se incluyeron dentro de una mesa dedicada a oncología y cuidados paliativos, abordando los síntomas más frecuentes en el paciente oncológico con necesidades paliativas, con especial atención a su identificación y tratamiento[4].

Más recientemente, la Reunión de Primavera de Ávila de 2026 incorporó una nueva mesa específica sobre CPP, centrada en sus fundamentos, el acompañamiento psicológico y la situación asistencial en Castilla y León[1,5].

Esta secuencia refleja una evolución del abordaje científico dentro de la Sociedad. Desde los debates iniciales sobre la necesidad y justificación de los equipos especializados se ha avanzado hacia una perspectiva más amplia, que incorpora el control sintomático, la comunicación, la planificación de cuidados y la organización de los servicios.

Evolución de los recursos asistenciales en Asturias, Cantabria y Castilla y León

En 2017, la situación de los CPP en las tres comunidades autónomas era heterogénea. Aunque existían iniciativas profesionales y experiencias locales, su incorporación a las estructuras asistenciales presentaba diferentes grados de desarrollo[2].

Castilla y León contaba con iniciativas de colaboración entre pediatría hospitalaria, Atención Primaria, enfermería y equipos de cuidados paliativos de adultos. Estas experiencias contribuyeron a visibilizar las necesidades pediátricas y a impulsar modelos organizativos específicos, como la unidad multiprofesional de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, puesta en marcha en 2016, siendo probablemente la primera estructura organizada dentro del área de influencia de nuestra Sociedad científica en ofrecer unos cuidados paliativos pediátricos estructurados, con asistencia hospitalaria y domiciliaria, a la cual seguirían otras unidades en otros centros.

Un avance relevante fue la aprobación, en 2019, del Modelo de Cuidados Paliativos Pediátricos de Castilla y León, que establece tres niveles asistenciales según la complejidad de las necesidades: enfoque paliativo, cuidados paliativos básicos compartidos y cuidados paliativos especializados. Este modelo reconoce el papel de los profesionales habituales y establece mecanismos de apoyo por parte de equipos con formación específica[6]. No obstante, la existencia de un modelo autonómico no garantiza por sí sola una implantación homogénea en todas las áreas sanitarias.

En Asturias, el desarrollo de un equipo de referencia en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) desde 2018 ha permitido avanzar progresivamente hacia una atención especializada para niños con enfermedades crónicas complejas y necesidades paliativas. La Estrategia de Cuidados Paliativos del Principado de Asturias 2023-2030 incorpora la atención pediátrica dentro de sus objetivos de desarrollo[7].

Uno de los avances más significativos se produjo en marzo de 2026, con la puesta en marcha de un sistema de atención continuada durante las 24 horas para los pacientes incluidos en la unidad del HUCA. El dispositivo contempla guardias localizadas de pediatras con formación específica, atención preferentemente telefónica o telemática y posibilidad de asistencia domiciliaria presencial en situaciones seleccionadas. Esta disponibilidad se extiende también al apoyo y asesoramiento de otros profesionales implicados en la atención de los pacientes[8].

La continuidad asistencial constituye un aspecto especialmente relevante en enfermedades de evolución prolongada, con necesidades cambiantes y episodios de descompensación que pueden producirse fuera del horario ordinario de consulta.

En Cantabria, la puesta en marcha de la hospitalización pediátrica domiciliaria en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, anunciada en noviembre de 2025, representa otro avance en la extensión de la asistencia especializada al domicilio. Su implantación inicial se orientó a pacientes agudos clínicamente estables, con previsión de ampliación a otros perfiles de mayor complejidad[9]. Este recurso, aunque complementario, debe diferenciarse de una unidad específica de CPP.

Por otra parte, en septiembre de 2026 se sometió a participación pública una iniciativa normativa para organizar las unidades de cuidados paliativos avanzados del Servicio Cántabro de Salud, contemplando también la atención pediátrica[10]. Se trata de un desarrollo organizativo cuya efectividad deberá valorarse en función de su aprobación, implantación y dotación real de recursos.

En conjunto, estas iniciativas muestran un progreso desde modelos dependientes de esfuerzos locales hacia estructuras con mayor reconocimiento institucional. Sin embargo, sigue siendo necesario evaluar su accesibilidad efectiva, la continuidad ofrecida y la equidad entre territorios.

Conocer las necesidades para planificar los cuidados: investigación en nuestro entorno

La organización de servicios de CPP requiere conocer no solo la mortalidad infantil, sino también la prevalencia y las necesidades de los niños que conviven durante años con enfermedades graves.

En este ámbito resulta especialmente relevante el incremento objetivado de la prevalencia estimada de condiciones limitantes para la vida en menores, desde 20,7 por 10.000 menores en 2001 hasta 51,3 por 10.000 en 2019 en Castilla y León[11].

La investigación incorpora asimismo una encuesta sobre recursos asistenciales realizada en 2024, que identifica importantes diferencias organizativas entre provincias. Estos resultados subrayan la necesidad de disponer de registros homogéneos, criterios compartidos de identificación y herramientas que permitan relacionar la epidemiología con las necesidades asistenciales reales.

La investigación desarrollada en nuestro entorno constituye así una aportación relevante para avanzar desde la percepción de una necesidad hacia su cuantificación y la planificación basada en datos.

Actualización de la evidencia: síntomas, decisiones y continuidad asistencial

Evaluación y control de síntomas

La identificación y el tratamiento de síntomas constituyen componentes fundamentales de los CPP. Aunque el dolor ocupa un lugar central en la valoración clínica, la evidencia reciente destaca la importancia de otras manifestaciones que pueden comprometer notablemente el bienestar de los pacientes.

Postier et al. realizaron un análisis retrospectivo de 1.769 episodios asistenciales registrados entre 2016 y 2022 en cinco hospitales. Entre los síntomas evaluados, las proporciones de intensidad moderada o grave fueron del 51% para la fatiga, el 50% para las dificultades de alimentación, el 41% para la disnea y el 37% para el dolor, considerando los pacientes con evaluación disponible para cada síntoma[12].

Estos resultados refuerzan la necesidad de realizar valoraciones sistemáticas y multidimensionales, incorporando síntomas que pueden pasar inadvertidos si la evaluación se limita al dolor o a los motivos inmediatos de consulta.

Esta cuestión resulta especialmente importante en pacientes con enfermedades neurológicas graves, alteraciones

de la comunicación o dependencia tecnológica, en quienes el reconocimiento del malestar exige integrar la observación clínica con la información aportada por los cuidadores.

Planificación anticipada y decisiones compartidas

La planificación anticipada de cuidados constituye un proceso de comunicación continuado que permite explorar los valores, objetivos y preferencias del paciente y su familia, anticipar escenarios clínicos y adaptar las decisiones a la evolución de la enfermedad.

Su utilidad depende no solo de la calidad de las conversaciones, sino también de que los acuerdos alcanzados sean comprensibles, accesibles y compartidos entre los profesionales responsables de la asistencia.

Un estudio neerlandés reciente evaluó la documentación y transmisión de elementos de planificación anticipada en un hospital pediátrico universitario. Los autores identificaron elementos de planificación anticipada en las historias clínicas de 16 de los 28 pacientes estudiados. Solo el 22% de las notas que contenían estos elementos se trasladaron mediante informes clínicos a otros profesionales; la transmisión interorganizativa quedó documentada en el 26% de los casos evaluados para este aspecto[13].

Aunque la ausencia de documentación no implica necesariamente la ausencia de conversaciones, los resultados ponen de manifiesto posibles discontinuidades en la comunicación profesional. De ellos se desprende la conveniencia de desarrollar planes individualizados que puedan revisarse y consultarse en los diferentes ámbitos asistenciales, evitando que las familias deban asumir reiteradamente la responsabilidad de transmitir decisiones complejas.

Integración de la atención hospitalaria y domiciliaria

El desarrollo de modelos integrados pretende proporcionar continuidad a los cuidados, facilitar la respuesta ante situaciones de crisis y permitir que las decisiones sobre el lugar de atención se adapten a las necesidades y preferencias de cada familia.

Un estudio retrospectivo reciente realizado en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, comparó la atención durante el último mes de vida de 198 pacientes oncológicos pediátricos. La mitad había recibido seguimiento por un programa integrado de CPP hospitalarios y domiciliarios con cobertura de 24 horas[14].

Los pacientes atendidos por el programa presentaron una menor utilización de determinadas intervenciones invasivas y una menor estancia hospitalaria durante el último mes de vida. La naturaleza retrospectiva del estudio y las diferencias entre los grupos impiden establecer una relación causal directa. No obstante, sus resultados aportan información relevante sobre los posibles efectos de la organización asistencial.

El objetivo de estos programas no debe identificarse exclusivamente con la reducción de ingresos hospitalarios ni con el fallecimiento en el domicilio. Su finalidad es ampliar las posibilidades de atención, proporcionar apoyo profesional continuado y facilitar decisiones concordantes con las necesidades del niño y las circunstancias de su familia.

Nuevos modelos asistenciales y necesidades todavía no cubiertas

La disponibilidad de equipos especializados y la continuidad de los cuidados en el domicilio representan avances fundamentales, pero no resuelven todas las necesidades de los pacientes y sus familias.

La sobrecarga de los cuidadores, las dificultades para realizar transiciones seguras entre el hospital y el domicilio y la necesidad de espacios adaptados para determinados periodos de atención han impulsado el desarrollo de nuevos recursos.

Entre ellos se encuentra el Centro de Atención Paliativa Pediátrica Integral (CAPPI), promovido por la Fundación porqueViven en Madrid, concebido para proporcionar atención integral, apoyo y respiro familiar, cuya apertura está prevista para 2027[15].

En Barcelona, la Fundación Enriqueta Villavecchia impulsa el Pabellón de la Victoria, un proyecto de hospice pediátrico destinado a complementar la atención hospitalaria y domiciliaria mediante espacios de cuidado, acompañamiento y descanso para las familias[16].

Por otra parte, La Casa de Sofia, en funcionamiento desde 2021 e integrada en el modelo asistencial del Hospital Sant Joan de Déu, constituye un recurso de atención intermedia para niños con enfermedades complejas, que facilita la transición entre hospital y domicilio, la capacitación de cuidadores y la atención en situaciones de especial vulnerabilidad[17].

Estos dispositivos responden a necesidades diferentes y presentan distintos grados de implantación. Su interés reside en ampliar las alternativas asistenciales disponibles, más allá de la tradicional división entre hospitalización convencional y domicilio.

La identificación de necesidades no cubiertas debe orientar la planificación futura, considerando tanto las posibilidades de atención especializada como el apoyo psicológico, social y familiar.

CONCLUSIONES

Durante los últimos nueve años, los CPP han experimentado avances significativos en el ámbito de Asturias, Cantabria y Castilla y León. La evolución de los contenidos abordados

en las reuniones científicas de la SCCALP y publicados en el Boletín de Pediatría refleja la progresiva consolidación de una disciplina que ha pasado de reivindicar su necesidad a profundizar en sus aspectos clínicos, éticos y organizativos.

La creación de modelos autonómicos, el desarrollo de equipos especializados y la ampliación de la asistencia continuada constituyen progresos relevantes. Paralelamente, la investigación regional y las publicaciones científicas recientes aportan conocimientos para mejorar la identificación de pacientes, la evaluación de síntomas, la planificación anticipada y la coordinación entre hospital y domicilio.

Persisten, sin embargo, importantes retos. Es necesario reducir las desigualdades territoriales, mejorar la comunicación entre profesionales, establecer mecanismos de evaluación de resultados y garantizar que las necesidades de los niños y sus familias orienten el desarrollo de nuevos recursos.

Los equipos especializados no sustituyen la atención proporcionada por los profesionales habituales, sino que aportan conocimientos, coordinación y continuidad para fortalecerla. El futuro de los CPP debe construirse mediante modelos integrados, sostenibles y centrados en el paciente y su familia, capaces de acompañarlos a lo largo de toda la evolución de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Huidobro Labarga B. Cuidados paliativos pediátricos: conceptos esenciales para el pediatra. Bol Pediatr. 2026;66(276):55-62. https://doi.org/10.63788/4j9pyw61.
2. Hedrera Fernández A. Situación actual de los Cuidados Paliativos Pediátricos en Asturias, Cantabria y Castilla y León: un largo camino por recorrer. Bol Pediatr. 2017;57(241):193-5. Disponible en: https://boletindepediatria.org/boletin/article/view/272
3. Puertas Martín V, Martino Alba R. ¿Qué pacientes necesitan cuidados paliativos pediátricos? Bol Pediatr. 2017;57(241):190-2.
4. De Lucio Delgado A. El paciente oncológico en cuidados paliativos: síntomas más frecuentes. Bol Pediatr. 2022;62(259):18-26.
5. García Gil I. Abordaje psicológico: procesos de comunicación en cuidados paliativos pediátricos. Bol Pediatr. 2026;66(276):50-4. https://doi.org/10.63788/z6z20071.
6. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Modelo de cuidados paliativos pediátricos de Castilla y León [Internet]. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2019. Disponible en: https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/cuidados-paliativos-pediatricos
7. Consejería de Salud del Principado de Asturias. Estrategia de Cuidados Paliativos del Principado de Asturias 2023-2030 [Internet]. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias. Disponible en: https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/estrategia-de-cuidados-paliativos
8. Gobierno del Principado de Asturias. Salud refuerza la atención a menores con enfermedades crónicas complejas o en cuidados paliativos con un servicio pionero operativo las 24 horas [Internet]. Oviedo; 3 mar 2026. Disponible en: https://actualidad.asturias.es/-/paliativospediatricos033
9. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. El Servicio de Pediatría de Valdecilla pone en marcha la hospitalización pediátrica domiciliaria [Internet]. Santander; 3 nov 2025. Disponible en: https://www.humv.es/2025/11/03/el-servicio-de-pediatria-de-valdecilla-pone-en-marcha-la-hospitalizacion-pediatrica-domiciliaria/
10. Gobierno de Cantabria. Orden por la que se crean las unidades de cuidados paliativos avanzados en el Servicio Cántabro de Salud y se regula su organización y funcionamiento. Expediente de participación pública [Internet]. Santander; 2026. Disponible en: https://participacion.cantabria.es/normativa/-/normativas/ver/7572
11. Ochoa Brezmes J. Tendencias e impacto de los cuidados paliativos en la edad pediátrica [tesis doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2026.
12. Postier AC, Root MC, O'Riordan DL, Pantilat SZ, Friedrichsdorf SJ, Bogetz JF. Inpatient symptom prevalence, severity, and improvement in children referred for pediatric palliative care consultation: findings from a multisite quality improvement registry. J Pediatr. 2026;288:114828. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2025.114828.
13. Tooten S, Hermens RPMG, Verhoeven M, Vierhoven EM, Boulakhrif F, Reintjes JM, et al. Pediatric advance care planning: a mixed-methods evaluation of documentation and sharing in current practice. BMC Palliat Care. 2026;25:51. https://doi.org/10.1186/s12904-026-01992-7.
14. De Noriega I, Martino R, Jiménez R, López de Suso D, Herrero B. Integrated home-hospital paediatric palliative care versus standard management in deceased patients with cancer: retrospective cohort study. BMJ Support Palliat Care. 2026;16(5):1200-9. https://doi.org/10.1136/spcare-2025-005413.
15. Ayuntamiento de Madrid. Almeida anuncia que el primer centro de cuidados paliativos pediátricos de toda España abrirá en el primer trimestre de 2027 [Internet]. Madrid; jul 2026. Disponible en: https://diario.madrid.es/blog/notas-de-prensa/almeida-anuncia-que-el-primer-centro-de-cuidados-paliativos-pediatricos-de-toda-espana-abrira-en-el-primer-trimestre-de-2027/
16. Fundació d'Oncologia Infantil Enriqueta Villavecchia. Visitas guiadas al Pabellón de la Victoria: descubre el futuro hospice infantil de Barcelona [Internet]. Barcelona; 7 abr 2026. Disponible en: https://www.fevillavecchia.es/es/visitas-guiadas-al-pabell%C3%B3n-de-la-victoria-descubre-el-futuro-hospice-infantil-de-barcelona_104010
17. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. Atención intermedia: La Casa de Sofia [Internet]. Barcelona. Disponible en: https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/pacientes-familias/guia-pacientes/prepara-tu-visita/atencion-intermedia

BOL PEDIATR. 2026; 66: 150-152

Escape room

Aprendizaje clínico interactivo mediante una experiencia tipo *escape room*: actualización del abordaje diagnóstico y terapéutico de un caso complejo

M.R. VÍLCHEZ ROMÁN

Facultativa Especialista de Área de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

RESUMEN

La ponencia presenta una experiencia docente interactiva basada en la presentación progresiva de un caso clínico complejo mediante una dinámica inspirada en el formato escape room. El objetivo principal es actualizar el abordaje diagnóstico y terapéutico de este tipo de pacientes, favoreciendo al mismo tiempo el razonamiento clínico, la toma de decisiones y la interacción entre los asistentes.

El caso se plantea como un reto clínico cuya resolución requiere interpretar de forma integrada la información disponible, establecer hipótesis diagnósticas, priorizar problemas y seleccionar las estrategias de manejo más adecuadas en cada momento, sin revelar inicialmente el diagnóstico ni la evolución final del caso.

La actividad se desarrollará en etapas de dificultad progresiva. Los participantes accederán al contenido mediante un código QR y registrarán sus respuestas a través de sus dispositivos móviles. Los resultados se integrarán en una métrica global, permitiendo visualizar la orientación del grupo y facilitar la discusión de las alternativas.

A partir de los datos clínicos, la exploración física y las pruebas complementarias, se plantearán preguntas relacionadas con el diagnóstico diferencial, la necesidad de ampliar el estudio y la priorización de las medidas iniciales. Cada decisión permitirá avanzar en la resolución del caso y revisar las recomendaciones actuales, la evidencia disponible y las áreas de incertidumbre.

La interacción se promoverá mediante votaciones, preguntas dirigidas y debate abierto. El interés no se centrará únicamente en acertar el diagnóstico, sino en analizar el razonamiento empleado, reconocer los hallazgos de alarma, adaptar la estrategia terapéutica y favorecer un aprendizaje compartido.

Palabras clave: Aprendizaje basado en experiencia; Interactivo; Escape room; Aprendizaje significativo.

INTERACTIVE CLINICAL LEARNING THROUGH AN ESCAPE ROOM-STYLE EXPERIENCE: AN UPDATE ON THE DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC APPROACH TO A COMPLEX CASE

ABSTRACT

This paper presents an interactive teaching experience based on the progressive presentation of a complex clinical case using an activity inspired by the escape room format. The main objective is to update the diagnostic and therapeutic approach to this type of patient, whilst fostering clinical reasoning, decision-making and interaction amongst participants.

The case, presented as a clinical challenge, resolution of which requires an integrated interpretation of the available information, formulation of diagnostic hypotheses, prioritisation of problems and the selection of the most appropriate management strategies at each stage, without initially revealing the diagnosis or the final outcome of the case.

The activity will unfold in different stages of progressively increasing difficulty. Participants will access the content via a link or QR code and record their answers using

Correspondencia: mariarocio.vilchez@scsalud.es

© 2026 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.

https://doi.org/10.63788/v48tg013

their mobile devices. The results will be integrated into an overall metric, allowing the group's overall direction to be visualised and facilitating discussion of the alternatives.

Based on the clinical data, physical examination and ancillary tests, questions will be raised regarding the differential diagnosis, the need for further investigation and the prioritisation of initial measures. Each decision will enable progress to be made in resolving the case and will provide an opportunity to review current recommendations, the available evidence and areas of uncertainty.

Interaction is encouraged through voting, targeted questions and open debate. The focus will not be solely on getting the diagnosis right, but on analysing the reasoning used, recognising warning signs, adapting the treatment strategy and fostering shared learning.

Keywords: Meaningful learning; Interactive; Escape room; Experiential learning.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La atención de pacientes con cuadros clínicos complejos exige integrar de forma simultánea la información clínica, los resultados de las pruebas complementarias, la evolución temporal y las distintas opciones terapéuticas disponibles. En este contexto, la actualización de conocimientos pretendemos ejercerla a través de juego interactivo en formato Escape Room además de favorecer el razonamiento clínico, la toma de decisiones y la discusión entre profesionales.

La presente ponencia propone una experiencia docente interactiva basada en la presentación progresiva de un caso clínico complejo, utilizando una dinámica inspirada en el formato *escape room*. El caso se plantea como un reto clínico cuya resolución requiere interpretar los datos disponibles, establecer hipótesis diagnósticas, priorizar problemas y seleccionar las estrategias de manejo más adecuadas en cada momento, todo ello sustentado sobre las últimas evidencias científicas.

El objetivo principal es revisar de forma práctica y participativa la actualización del abordaje diagnóstico y terapéutico de este tipo de pacientes, sin revelar inicialmente el diagnóstico ni la evolución final del caso. De este modo, los asistentes se convierten en participantes activos del proceso, formulando hipótesis, valorando alternativas y justificando sus decisiones a medida que se incorpora nueva información.

Como objetivos específicos, se pretende:

1. Estimular el razonamiento clínico estructurado ante una presentación compleja.
2. Identificar los datos clínicos y exploratorios con mayor relevancia para orientar el diagnóstico.
3. Revisar el papel de las pruebas complementarias y su interpretación en el contexto clínico.
4. Analizar las principales opciones terapéuticas, incluyendo sus indicaciones, limitaciones y posibles complicaciones.
5. Actualizar el manejo del paciente de acuerdo con la evidencia disponible y las recomendaciones actuales.
6. Promover la interacción, el debate y la toma de decisiones compartida entre los asistentes.

DESARROLLO

La ponencia requerirá la exposición en gran pantalla del caso clínico en formato Escape Room, al cual podrán acceder mediante enlace con código QR para ir dando las respuestas que consideren más acertadas con el objetivo de establecer una métrica global de los asistentes. La ponencia se desarrollará en diferentes etapas, siguiendo una secuencia progresiva de dificultad. En cada fase se proporcionará únicamente la información necesaria para avanzar, evitando desvelar de forma prematura el diagnóstico final o la estrategia terapéutica completa.

Inicialmente se presentará el motivo de consulta y datos clínicos relevantes. Los asistentes deberán identificar los problemas prioritarios, establecer una primera aproximación lo cual permitirá explorar cómo se organiza el razonamiento clínico ante una situación en la que la información es incompleta y pueden existir varios diagnósticos posibles.

A continuación, se incorporarán nuevos elementos en referencia la exploración física y las pruebas complementarias. Cada participante deberá interpretar los hallazgos, decidir qué información resulta más relevante y determinar cuáles son los siguientes pasos diagnósticos, pudiendo a través de sus dispositivos móviles responder a las preguntas que se volcarán de forma conjunta en una métrica del Escape Room. La dinámica estará orientada a poner de manifiesto la importancia de jerarquizar los datos, reconocer los hallazgos de alarma y evitar interpretaciones aisladas de los resultados.

En las fases sucesivas se plantearán diferentes decisiones clínicas relacionadas con el diagnóstico diferencial, la necesidad de ampliar el estudio, la indicación de determinadas pruebas y la priorización de las medidas iniciales. Las respuestas de los asistentes permitirán avanzar en la resolución del caso y desbloquear la siguiente etapa de la actividad. Cuando existan varias opciones razonables, se promoverá la discusión sobre los beneficios y riesgos de cada una, así como sobre los factores que pueden modificar la conducta clínica.

Una parte central de la ponencia será la revisión del

manejo actualizado. A partir de las decisiones propuestas por los participantes, se analizarán las recomendaciones actuales, la evidencia disponible y las áreas en las que persisten controversias o limitaciones. Se revisarán de forma práctica los criterios para iniciar, modificar o intensificar el tratamiento, la necesidad de individualizar las decisiones según las características del paciente y la importancia de coordinar la atención entre los distintos profesionales implicados.

La evolución del caso se utilizará para mostrar que el manejo de los pacientes complejos no constituye un proceso estático, sino una toma de decisiones dinámica que debe adaptarse a la respuesta clínica y a la aparición de nuevos datos.

La interacción con los asistentes será un elemento esencial durante toda la sesión. Se utilizarán preguntas dirigidas, votaciones, resolución de pruebas y discusión de alternativas para favorecer la participación activa. Las decisiones se justificarán no solo en función de la respuesta considerada correcta, sino también del razonamiento empleado y de la capacidad para reconocer incertidumbres, riesgos y necesidades de reevaluación.

La resolución final del caso permitirá integrar las diferentes etapas del proceso y contrastar las hipótesis iniciales con el diagnóstico y el manejo definitivo. Sin embargo, el interés de la actividad no se centrará exclusivamente en acertar el diagnóstico, sino en revisar cómo se llega a él, qué decisiones son prioritarias y cómo se modifica la estrategia terapéutica a medida que evoluciona la información clínica.

CONCLUSIONES

La utilización de una dinámica tipo *escape room* aplicada a un caso clínico complejo permite transformar una sesión formativa tradicional en una experiencia participativa y orientada al razonamiento clínico. La presentación progresiva de la información favorece la implicación de los asistentes tanto de forma personalizada en discusiones abiertas como de forma anónima con las respuestas a través del dispositivo móvil.

Este formato facilita la revisión de la actualización diagnóstica y terapéutica sin revelar inicialmente el caso, ya que son los propios participantes quienes orientan de forma progresiva las hipótesis y las decisiones de manejo. Además, promueve la discusión de diferentes perspectivas, permite identificar áreas de conocimiento que requieren actualización y refuerza la importancia de fundamentar las decisiones en la evidencia disponible, sin perder de vista la individualización del tratamiento.

La actividad pretende demostrar que el aprendizaje es más significativo cuando los asistentes participan activamente en la resolución de problemas clínicos.

En definitiva, la ponencia propone una forma dinámica de aprendizaje significativo y de actualización en el manejo de un caso clínico complejo, en la que el diagnóstico y el tratamiento se construyen progresivamente con la participación de los asistentes, convirtiendo la sesión en un ejercicio de razonamiento clínico, colaboración y toma de decisiones compartida.

BOL PEDIATR. 2026; 66: 153-155

Conferencia de clausura

Roma V y los trastornos de la interacción intestino-cerebro en pediatría

M. PALACIOS SÁNCHEZ

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.

INTRODUCCIÓN

La publicación de los criterios de Roma V supone una actualización relevante en el abordaje de los trastornos digestivos pediátricos. Desde su primera edición en 1999, las sucesivas revisiones han contribuido a mejorar la identificación, clasificación y manejo de estas entidades. Sin embargo, Roma V, publicado en 2026, introduce un cambio conceptual fundamental al sustituir el término «trastornos gastrointestinales funcionales» por «trastornos de la interacción intestino-cerebro» (TIIC), en consonancia con los avances en neurogastroenterología.

Esta nueva denominación reconoce que los síntomas digestivos no deben interpretarse como manifestaciones carentes de una base fisiopatológica, sino como la expresión de alteraciones complejas en la comunicación bidireccional entre el sistema nervioso central y el sistema nervioso entérico. Su fisiopatología comprende cinco mecanismos interrelacionados: hipersensibilidad visceral, alteraciones del microbioma, disfunción inmunitaria, factores psicosociales y modificaciones en los mecanismos centrales de modulación del dolor.

UNA NUEVA CLASIFICACIÓN BASADA EN LA ANATOMÍA Y LOS SÍNTOMAS

Una de las principales novedades de Roma V es la unificación de las clasificaciones pediátrica y adulta. Frente a la división por grupos de edad establecida en Roma IV, la nueva propuesta organiza los trastornos según su localización anatómica y sus patrones sintomáticos, favoreciendo la continuidad asistencial desde la infancia hasta la edad adulta.

La clasificación distingue entre trastornos gastrointestinales del tracto superior —esofágicos, pediátricos de la alimentación y gastroduodenales— y trastornos del tracto inferior, que incluyen los relacionados con el dolor abdominal, la defecación, la región anorrectal y el disconfort abdominal.

TRASTORNOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR

Es en el tracto gastrointestinal superior donde Roma V introduce buena parte de sus novedades. Dentro de los trastornos esofágicos destacan la hipersensibilidad al reflujo, caracterizada por una exposición ácida fisiológica, pero con asociación temporal entre los episodios de reflujo y los síntomas, y el dolor esofágico negativo para el reflujo, en el que no existe correlación entre ambos fenómenos. La evaluación contempla la endoscopia, el estudio histológico y la pH-impedanciometría, con el objetivo de excluir enfermedades orgánicas y evitar tratamientos innecesarios.

También se diferencian la aerofagia y el eructo supragástrico, incorporado como entidad específica. Este último consiste en la entrada rápida de aire en el esófago y su expulsión inmediata, sin alcanzar el estómago.

Otra incorporación relevante son los trastornos pediátricos de la alimentación, para los que se establecen cuatro fenotipos: disfagia hipersensible, alimentación restrictiva antici-

Correspondencia: mirianps85@gmail.com

© 2026 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.

patoria, disregulación del hambre y trastorno desencadenado médicamente. Su identificación requiere la presencia de un patrón alimentario alterado y persistente, acompañado de repercusiones nutricionales o conductuales y sin una explicación médica alternativa suficiente.

En el ámbito gastroduodenal se unifican los criterios diagnósticos del síndrome de rumiación para todas las edades y se mantiene el síndrome de vómitos cíclicos, incorporando expresamente la hiperémesis cannabinoide como subcategoría en adolescentes con consumo prolongado y frecuente de cannabis. Asimismo, se define el síndrome de náusea crónica y se actualiza la dispepsia funcional, diferenciando el síndrome de distrés posprandial, caracterizado por plenitud y saciedad precoz, del síndrome de dolor epigástrico.

TRASTORNOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL INFERIOR

Roma V introduce cambios relevantes en la clasificación de los trastornos del tracto gastrointestinal inferior, con una reorganización de las entidades relacionadas con el dolor abdominal, la defecación y el disconfort abdominal.

Dentro de los trastornos relacionados con el dolor abdominal, se propone una clasificación basada en tres patrones temporales: intermitente, estereotipado y continuo. El primero incluye el síndrome de intestino irritable (SII), el síndrome de dolor biliar, el dolor epigástrico y el dolor abdominal no especificado. La migraña abdominal representa el patrón estereotipado, mientras que el síndrome de dolor abdominal mediado centralmente (CAPS) constituye la categoría de dolor continuo.

En el SII, el dolor abdominal adquiere un papel central como síntoma indispensable para el diagnóstico. Se mantiene la clasificación en cuatro subtipos según el patrón deposicional: estreñimiento, diarrea, mixto e inclasificado. Una modificación especialmente relevante es la mayor consideración del dolor como elemento diferenciador respecto al estreñimiento funcional, evitando atribuir automáticamente al estreñimiento cualquier dolor abdominal asociado a alteraciones deposicionales.

Entre las incorporaciones más destacadas se encuentra el CAPS, caracterizado por dolor abdominal continuo o casi continuo, con importante repercusión sobre la actividad escolar, social y familiar. Se reconoce como un modelo de dolor nociplástico, relacionado con alteraciones en el procesamiento central de las señales nociceptivas, y puede asociarse a ansiedad, depresión y otros factores psicosociales. Asimismo, se incorpora el síndrome de dolor biliar, definido por episodios de dolor intenso en hipocondrio derecho o epigastrio, en ausencia de alteraciones estructurales que justifiquen los síntomas.

Roma V también presta especial atención a los trastornos relacionados con el disconfort abdominal, destacando la distensión abdominal funcional como entidad diferenciada, en la que predominan la sensación subjetiva de hinchazón y/o el aumento visible del perímetro abdominal, sin que se cumplan criterios de otros trastornos específicos.

En cuanto a los trastornos de la defecación, se revisan los criterios de estreñimiento funcional, incontinencia fecal no retentiva y diarrea funcional, mejorando su aplicabilidad a las diferentes etapas del desarrollo. Se refuerza la importancia de diferenciar la incontinencia asociada a retención fecal de aquella que aparece sin estreñimiento subyacente. Asimismo, se amplía el reconocimiento de la diarrea funcional en niños mayores.

Por último, destaca el cambio conceptual en los trastornos del lactante, con la introducción del término «síndrome de distrés del lactante» en sustitución del cólico del lactante. Esta nueva denominación refleja una comprensión más amplia del llanto y la irritabilidad como manifestaciones de alteraciones en la interacción intestino-cerebro.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO: HACIA UN MODELO POSITIVO E INDIVIDUALIZADO

El cambio asistencial más importante consiste en abandonar el diagnóstico basado exclusivamente en la exclusión de enfermedad orgánica y avanzar hacia un diagnóstico clínico positivo, sustentado en una anamnesis y una exploración física rigurosas. Las pruebas complementarias deben reservarse para aquellas situaciones en las que estén justificadas por la presencia de signos de alarma o por sospechas clínicas concretas.

El tratamiento debe dirigirse prioritariamente a los mecanismos implicados en el eje intestino-cerebro. La terapia cognitivo-conductual y la hipnoterapia dirigida al intestino constituyen opciones terapéuticas destacadas. También se contemplan nuevas estrategias de neuromodulación, como la estimulación percutánea auricular o vagal, aunque su evidencia en población pediátrica todavía es limitada.

La farmacoterapia debe adaptarse al fenotipo clínico y reservarse para indicaciones concretas. Se desaconseja el empleo sistemático de antiespasmódicos, rifaximina y dietas restrictivas, especialmente las bajas en FODMAP, sin supervisión nutricional especializada y sin un plan estructurado de reintroducción.

Roma V reconoce, además, que los trastornos de la interacción intestino-cerebro pueden coexistir con enfermeda-

des orgánicas. Por tanto, la identificación de una patología digestiva subyacente no excluye la presencia simultánea de mecanismos de interacción intestino-cerebro que contribuyan a la persistencia de los síntomas.

IMPLICACIONES CLÍNICAS Y PERSPECTIVAS FUTURAS

Roma V representa un avance hacia una atención pediátrica más integradora, que reconoce la base neurobiológica de los síntomas y evita la medicalización innecesaria. El diagnóstico positivo permite reducir exploraciones invasivas, intervenciones iatrogénicas y restricciones dietéticas injustificadas, con potencial beneficio sobre el crecimiento, la calidad de vida y el bienestar familiar.

No obstante, persisten limitaciones importantes, como la escasez de unidades multidisciplinares y la insuficiente evidencia procedente de ensayos clínicos pediátricos. Resulta prioritario desarrollar estudios que permitan establecer con mayor precisión la eficacia y seguridad de los neuromoduladores y de otras intervenciones terapéuticas en la población infantil.

CONCLUSIONES

La actualización de Roma V consolida un nuevo paradigma en gastroenterología pediátrica, basado en la comprensión de los trastornos de la interacción intestino-cerebro como entidades neurobiológicas complejas. La unificación de la clasificación, la incorporación de nuevos fenotipos y la reorganización de los trastornos relacionados con el dolor abdominal permiten mejorar la precisión diagnóstica y orientar tratamientos individualizados. Su aplicación exige un abordaje multidisciplinar, una utilización racional de las pruebas complementarias y el desarrollo de estrategias terapéuticas centradas en el eje intestino-cerebro.

Comunicaciones Orales

Aspectos clave en la intoxicación por sulfato ferroso. ***Gutiérrez Porro X, Blanco González A, López Pérez E, Fernández Prieto A, Posadilla Suárez P, Moreno Duque LD.*** *Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

Introducción. La ingesta de una sustancia potencialmente tóxica es un motivo de consulta infrecuente en pediatría, aunque puede resultar letal, siendo imprescindible su prevención e identificación de las de peor pronóstico. En particular, la intoxicación por hierro puede ser grave, precisando realizar pruebas y administrar tratamientos en casos seleccionados. La causa principal de su ingesta es accidental y muchas veces no lo presencia un adulto, lo que dificulta el diagnóstico.

Caso clínico. Niña de 4 años, sin antecedentes relevantes, traída a urgencias por sospecha de ingesta de 10 comprimidos de sulfato ferroso. Dosis calculada potencialmente tóxica (48 mg/kg). Había realizado 5 vómitos rojizos y escasos, no sanguinolentos, en domicilio. A su llegada refiere leve dolor abdominal, con exploración física normal y constantes en rango. Se realizan electrocardiograma, gasometría capilar y analítica sanguínea, destacando niveles de hierro de 375 µg/dL, transferrina 311 mg/dL e índice de saturación de la transferrina 86%. En la radiografía de abdomen se objetiva un comprimido radioopaco en cámara gástrica. Se decide ingreso a dieta absoluta para vigilancia clínica y analítica. Tras 12 horas estable, recibe el alta con adecuada tolerancia oral, exploración física normal y control analítico sin alteraciones.

Comentarios. Las intoxicaciones más frecuentes en pediatría se producen por medicamentos, pero rara vez producen toxicidad significativa. En la intoxicación por hierro se requiere una alta sospecha diagnóstica y descartar coingestas de otros fármacos para evitar pruebas complementarias y tratamientos innecesarios. Además, ha disminuido el número de consultas gracias a estrictas medidas preventivas.

Características clínicas, microbiológicas y adecuación antibiótica de pacientes atendidos por impétigo. ***García Juárez S, Salamanca Zarzuela B, González Arranz MJ, López-Urrutia Lorente L, Carro del Amo J, Fernández Toledano B, García-Arroba Andrés A, López Muñoz J.*** *Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Objetivos. Analizar los casos de impétigo atendidos en nuestro hospital, sus características clínicas y la adecuación antibiótica.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo que incluye pacientes hasta 14 años atendidos en urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel entre 3/1/2025 y el 11/7/2026.

Resultados. Se recogieron 275 casos (edad media 5,8 años, 59.3% varones). 80% eran costrosos. 42,4% fueron localizados (mayormente facial) y 57,6% generalizado. El tratamiento inicial fue tópico en 64,7%, oral en 14,2%, combinado en 18,2% y parenteral en 2,9%, estos, con una media de edad de 1,15 años, inferior al resto de grupos ($p< 0,05$). De 178 que comenzaron con antibiótico tópico exclusivo, 95 precisaron añadir tratamiento oral. Todos los impétigos ampollosos (excepto uno) y los localizados en tronco, necesitaron antibioterapia oral. De 155 pacientes que comenzaron con mupirocina, 86 precisaron cambio terapéutico (55%).

© 2026 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.

La monoterapia con ácido fusídico no fue efectiva en ningún paciente. No se observaron diferencias significativas en la edad de presentación ni en la necesidad de modificación del tratamiento (p> 0,05). Se extrajo frotis en 29 pacientes, 25 positivos para *S. aureus*, 20 de ellos resistentes a mupirocina, 20 a ácido fusídico, y de estos, 19 presentaban corresistencia a ambos. 16 eran resistentes a metilpenicilina.

Conclusiones. El tratamiento inicial más empleado fue la antibioterapia tópica exclusiva, sin embargo, más de la mitad de estos pacientes precisaron añadir tratamiento oral. El ácido fusídico constituyó un fracaso terapéutico. Los pacientes de menor edad presentaron con mayor frecuencia impétigo ampolloso y tuvieron mayor necesidad de antibioterapia parenteral.

Celulitis orbitaria complicada por *Staphylococcus aureus* meticilin resistente. ***Bravo Paños M[1], Gutiérrez Turrión AM[1], López Ávila FJ[2], González Gónzalez MM[2], Gónzalez Calderón O[2], De la Calle Cabrera MT[2].*** *[1]Residente de Pediatría; [2]Adjunto de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. La celulitis orbitaria es un cuadro grave que puede asociar complicaciones intracraneales y precisa antibioterapia intravenosa. La etiología principal son cocos gram positivos, causando especial preocupación aquellos casos causados por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM).

Caso clínico. Niño de 18 meses, latino de padres peruanos, diagnosticado de celulitis orbitaria con puerta de entrada orzuelo de aparición 24 horas previas. Ingresó con cefotaxima y clindamicina intravenosas. Rápido empeoramiento el primer día de ingreso con fiebre alta, proptosis y mayor afectación palpebral. El cultivo recogido en urgencias resultó positivo para SARM resistente a clindamicina, sustituyéndose esta por vancomicina. La tomografía axial computerizada (TAC) mostró imagen de celulitis orbitaria con absceso en suelo de órbita. Se realizó drenaje quirúrgico, confirmándose la presencia de SARM en el material drenado. Excelente evolución, continuando antibioterapia intravenosa 10 días y completando 21 días de antibiótico con trimetoprima-sulfametoxazol oral con seguimiento ambulatorio.

Comentarios. El diagnóstico es clínico, realizándose TAC o resonancia magnética de órbita/senos paranasales ante sospecha de complicaciones o dudas diagnósticas. La prevalencia de SARM es baja en niños españoles siendo mayor en no españoles y con infecciones previas por SARM, pero las incidencias están progresivamente en aumento. La emergente prevalencia de SARM y el efecto de las vacunas conjugadas deben hacer pensar al clínico en dicha posibilidad e intentar conseguir un diagnóstico etiológico siempre que sea posible mediante cultivo y antibiograma para tratamiento antibiótico dirigido.

Codos, rodillas y verano: una dermatitis con nombre propio. ***García Terrazas A, Pérez Ortiz D, Tejero Pastor L, Portillo Sanz L, Almeida de Miranda G, Bujedo Muñoz A, Vozmediano Antón C, González García N.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La dermatitis friccional liquenoide es una dermatosis inflamatoria benigna y autolimitada, habitual entre 4-12 años. Etiología y prevalencia inciertas por tanto enfermedad infradiagnosticada, aunque se conoce su relación con la atopia, fricción y la radiación UV. Cursa con pápulas liquenoides planas en superficies extensoras, asocia prurito. Marcada estacionalidad, suele recurrir frecuentemente (42%) en primavera y verano. (desaparece en invierno).

Caso clínico. Niño de 7 años (antecedentes de dermatitis atópica) que consulta por erupción cutánea de una semana de evolución, ha progresado y asocia prurito. Presenta lesiones en codos, axilas y rodillas, y refiere empeoramiento tras la piscina (figuras 1A, 1B y 1C). Exploración física donde se observan lesiones eritematosas y excoriaciones por rascado en axilas y exantema micropapular hipocrómico en rodillas y codos, sin signos de sobreinfección. Se establece diagnóstico clínico de dermatitis friccional liquenoide y se realiza tratamiento con corticoide tópico, antihistamínico dada la intensidad del prurito y cuidados de la piel. Se explica a los padres la benignidad del cuadro, su resolución con el tiempo y la posibilidad de recurrencias. Se realiza control a la semana con resolución casi completa de las lesiones.


1A





Figura 1. Lesiones en codos (A), axilas (B) y rodillas (C).

Conclusiones. La dermatitis friccional liquenoide debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las erupciones papulares pruriginosas en niños en edad escolar. El diagnóstico es clínico y tiene curso autolimitado. Importancia de su conocimiento para así evitar pruebas complementarias y tratamiento innecesarios. El tratamiento es sintomático con corticoides tópicos y antihistamínicos, también emolientes. Presenta resolución espontanea, es benigno, pero recurrencias elevadas, por lo que conviene explicárselo a la familia.

Cuando el prepucio se inflama: un caso pediátrico. ***Ureña Buch E, Montejo Marcos B, Domínguez Sevillano B, García Ugarte B, García Calvo E, Seijo Rodríguez J, Andrés Blanco L.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. La balanopostitis —inflamación conjunta del glande (balanitis) y el prepucio (postitis)— es un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. La anatomía del prepucio infantil favorece la acumulación de esmegma y humedad, por lo que es fundamental diferenciar las causas infecciosas de las dermatosis inflamatorias.

Caso clínico. Escolar de cinco años que consulta por dolor en la región genital de tres días de evolución coincidiendo con fiebre, rinorrea y tos. Presenta disuria, sin retención urinaria ni sintomatología vegetativa acompañante. La exploración física muestra inflamación de todo el pene, con aspecto de transparencia a nivel del glande, sin secreción visible en el meato uretral ni signos sugestivos de parafimosis. Se realiza una tira reactiva de orina, siendo negativa, y se solicita una analítica sanguínea, que evidencia leucocitosis con neutrofilia y elevación de la proteína C reactiva (PCR). Tras contactar con cirugía pediátrica, se indica ingreso hospitalario para iniciar corticoterapia intravenosa. Después de 72 horas de ingreso, se realiza una exploración bajo anestesia, que muestra edema del prepucio sin otros hallazgos. El paciente, asintomático, recibe el alta al cuarto día.

Comentarios. La balanopostitis es un diagnóstico clínico en el que la higiene y el manejo conservador constituyen las principales medidas iniciales. Debe evitarse la retracción forzada del prepucio para prevenir la fimosis cicatricial y la parafimosis. La presencia de placas blanquecinas o una evolución tórpida debe hacer sospechar líquen escleroso. El tratamiento se basa en terapias tópicas, reservándose el estudio microbiológico para los casos recurrentes o refractarios.

Cuando el tratamiento no funciona. ***Fekete López E, Arnelas Gil L, Ortega Macías M, Vilches Fraile S, Delgado Lafuente A, González Arranz MJ.*** *Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Caso clínico. Lactante de 4 meses que consulta por brotes de lesiones pustulosas-nodulares en el dorso de los pies, de un mes de evolución (figura 2). Afebril sin otra clínica infecciosa concomitante. Había recibido tratamiento con antibioterapia tópica sin mejoría, así como amoxicilina oral. Además, había sido valorado por dermatólogo con diagnóstico de sarna y realizado tratamiento con permetrina tópica sin mejoría. Sin antecedentes relevantes de interés, salvo dermatitis atópica. En la unidad familiar existía antecedente de brote de sarna tres meses antes, que se resolvió tras tratamiento con vaselina azufrada del lactante y de los padres con permetrina tópica. En el momento de la consulta padres asintomáticos sin lesiones similares ni relacionadas con sarna. En este contexto se estableció el diagnóstico de acropustulosis del lactante y se mantuvo actitud expectante hasta la resolución total de la clínica, un mes después.



Figura 2. Lesiones pustulosas-nodulares en el dorso de los pies

Comentarios. En lactantes la presencia de vesículas o pústulas en palmas y plantas es típico de la escabiosis, lo que plantea el diagnóstico diferencial con la acropustulosis del lactante. Esta última cursa con brotes de pápulas eritematosas que evolucionan a vesículas o pústulas, muy pruriginosas, que se vuelven costrosas a los pocos días. Su etiopatogenia no está claramente establecida, aunque se ha vinculado con la escabiosis, dado que muchos brotes van precedidos de esta afección. Los datos clave para sospecharlo y diferenciarlo de la escabiosis son: lesiones pustulosas abundantes de distribución predominantemente acral, falta epidemiología familiar para escabiosis y fallo de tratamientos para la misma en un paciente con escabiosis previa.

Cuando el traumatismo no lo explica todo: la importancia de una anamnesis dirigida. ***García González I, Álvarez Velázquez S, Redondo Aparicio S, Gómez Menduiña J, Acuña Álvarez M, Martín Pérez-Barjola J, Fernández de la Mano S, Barrio Alonso MP.*** *Sección de Urgencias de Pediatría, Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. La sinostosis radiocubital proximal es una anomalía infrecuente caracterizada por la fusión entre radio y cúbito, condicionando una limitación de la pronosupinación. Su diagnóstico puede pasar desapercibido si la limitación se atribuye a un traumatismo agudo.

Caso clínico. Varón de 12 años que acudió a urgencias tras caída desde un metro de altura sobre codo izquierdo presentando dolor radial proximal e imposibilidad para la flexoextensión con pronosupinación bloqueada por dolor. Se valoró con Traumatología descartando patología ósea aguda por radiografía. Ante no mejoría tras analgesia, se inmovilizó con férula braquiopalmar y se indicó seguimiento en consulta de traumatología, a la que no acudió. Reconsulta a los dos meses por persistencia de dolor. Destacaba tumefacción en codo izquierdo con dolor a la palpación de cóndilos y olécranon. Extensión completa. Flexión activa 90°, pasiva 100°, pronosupinación abolida por dolor. En la radiografía destaca mala alineación entre capitellum y cabeza radial con aparentes cambios crónicos. La tomografía computarizada confirmó sinostosis radiocubital proximal con fusión ósea y deformidad de cabeza radial, sin fractura. La radiografía contralateral fue normal. Una anamnesis dirigida reveló que el paciente nunca había podido realizar movimientos de pronosupinación, orientando hacia un origen congénito.

Comentarios. La sinostosis radiocubital proximal debe considerarse ante una limitación persistente de la pronosupinación. La anamnesis exhaustiva resulta fundamental para interpretar los hallazgos clínicos y radiológicos, que pueden pasar inadvertidos durante la valoración inicial de un traumatismo. Este caso subraya la importancia de reevaluar el diagnóstico cuando persiste la impotencia funcional pese a una radiografía normal.

Cuando la clínica se hace esperar: síndrome serotoninérgico tras una intoxicación farmacológica en pediatría. ***García-Arroba Andrés A[1], Vilches Fraile S[1], Bolívar Ruiz P[1], Arnelas Gil L[1], Hernández Prieto A[1], Ledo Rubio A[1], García Saseta P[2], Nieto Sánchez R[2].*** *[1]Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. [2]Servicio de Pediatría. Hospital Clínico de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. El síndrome serotoninérgico es consecuencia de un exceso de actividad serotoninérgica en el sistema nervioso central. Habitualmente es secundario a la ingesta de fármacos, especialmente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Su presentación clínica variable puede dificultar el diagnóstico, por lo que resulta fundamental una anamnesis toxicológica dirigida y un abordaje sistemático en Urgencias.

Caso clínico. Niña de 11 años, con antecedentes de varios intentos autolíticos, que acude a Urgencias una hora después de ingerir 82 comprimidos de sertralina y 30 de lorazepam. Durante el traslado recibe flumazenilo y carbón activado. A su llegada presenta constantes y electrocardiograma normales, Glasgow de 14-15 y exploración neurológica sin alteraciones, salvo nistagmo. Tras 13 horas de observación, desarrolla taquicardia, midriasis, temblor, clonus ocular e inducible en miembros inferiores, hipertonía, hiperreflexia e hipertermia. El electrocardiograma y la analítica sanguínea no muestran alteraciones relevantes. Ante los signos de gravedad, ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, donde

permanece estable, con fluidoterapia y sin necesidad de fármacos vasoactivos. A las 48 horas únicamente persiste la hiperreflexia. Al quinto día, dada la evolución favorable, se realiza pase de servicio a Psiquiatría Infantojuvenil.

Comentarios. El síndrome serotoninérgico debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la hiperexcitabilidad neuromuscular tras una intoxicación farmacológica. La identificación de clonus e hiperreflexia, junto con una anamnesis dirigida, facilita el diagnóstico precoz, aplicando los criterios de Hunter. El manejo requiere vigilancia estrecha y tratamiento de soporte, además de intervención coordinada con Toxicología, Salud Mental y los recursos sociales.

Doctora, mi hijo cojea: un síntoma, múltiples posibles diagnósticos. ***Gutiérrez Turrión A[1], Aníbarro Blanco E[1], Sánchez Granados J[2], Seco Calvo M[2].*** *[1]Médico Interno Residente del Servicio de Pediatría; [2]Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. La cojera aguda es un motivo frecuente de consulta en pediatría y puede deberse a etiologías muy diversas, algunas de ellas potencialmente graves. Es importante tener en cuenta la edad, la anamnesis y la exploración física para orientar el diagnóstico, decidir las pruebas complementarias necesarias y poder iniciar un tratamiento precoz cuando se precise.

Caso clínico. Varón de 3 años que acude a Urgencias por cojera y dolor en cadera izquierda de dos días de evolución. Varios episodios similares autolimitados en el último año. No traumatismos, clínica infecciosa ni sistémica. Abuelo con diagnóstico de enfermedad de Perthes. A la exploración presenta marcha antiálgica con disminución del apoyo sobre pierna izquierda, semiflexión de rodilla izquierda en bipedestación y dolor en región anterointerna del muslo. No signos flogóticos ni soluciones de continuidad. Buena movilidad, dolorosa a la rotación interna, abducción y aducción de cadera. Se solicita radiografía de caderas que muestra enfermedad de Perthes en fase de reabsorción ósea (figura 3). Se pauta tratamiento con ibuprofeno, reposo relativo y control en consulta de traumatología infantil.

Comentarios. La enfermedad de Legg-Calvé-Perthes es una necrosis avascular idiopática de la cabeza femoral. Las características de nuestro caso coinciden en su mayoría con lo descrito como más frecuente en la literatura: cuadro insidioso de cojera y dolor en cadera con afectación unilateral en varón. Destaca la edad de presentación, por debajo del pico de incidencia, que se asocia a mejor pronóstico; y la existencia de antecedentes familiares, lo que apoya la posible existencia de factores genéticos.



Figura 3. Radiografía de caderas que muestra enfermedad de Perthes en fase de reabsorción ósea

Ecografía a pie de cama para el diagnóstico de fracturas del tercio distal del antebrazo en pediatría. ***Mitre Rodríguez C[1], Martínez León L[1], Fernández Montes R[2], Fernández Miaja M[2], Cabeza Antuña A[2], Castellanos Mata A[2], Garrido García E[2], Rey Galán C[1,2].*** *[1]Universidad de Oviedo. [2]Área de Gestión Clínica de Infancia y Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Analizar la validez diagnóstica de la ecografía clínica frente a la radiografía en el diagnóstico de fracturas de antebrazo en pediatría.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo en Urgencias Pediátricas de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes entre 5 y 13 años con sospecha de fractura de antebrazo, previo consentimiento informado, excluyendo aquellos con deformidad importante, fractura abierta o compromiso neurovascular. Se realizaron ecografía y radiografía, tomando esta última como referencia. Se registraron datos demográficos y clínicos, tiempo de realización de ambas técnicas y dolor percibido durante las mismas. Se analizaron medidas de validez diagnóstica e índice *Kappa*.

Resultados. Se incluyeron 106 pacientes (57,5% varones), con mediana de edad de 10,5 años (RIC: 3,3). La concordancia diagnóstica entre ambas técnicas fue muy elevada (índice *Kappa* = 0,905; IC 95%: 0,823-0,986). La ecografía mostró una sensibilidad del 96,6%, especificidad 93,8%, valor predictivo positivo 94,9% y valor predictivo negativo 95,7%, con tiempo de realización menor (2 frente a 10 minutos; $p < 0,001$). No se observaron diferencias en el dolor percibido entre ambas pruebas ($p = 0,627$).

Conclusiones. La ecografía presenta una buena validez diagnóstica para la detección de fracturas de antebrazo, permitiendo una evaluación más rápida y sin exposición a radiación ionizante, convirtiéndose en una herramienta útil

como prueba inicial en los servicios de urgencias pediátricas. Estos resultados apoyan su uso como método complementario en la valoración ante sospecha de fractura de antebrazo en la población infantil.

Esta comunicación es producto de una beca/ayuda de investigación de la FESV (2024/09).

El fruto del tejo: apetitoso, pero peligroso. ***Anibarro Blanco E, Gutiérrez Turrión AM, Blanco Rodríguez P, Seco Calvo J, Iglesias Blázquez C, Urbano Ruiz C, Murga Herrera V.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. El tejo (*Taxus* spp.) es un árbol presente en jardines y parques, por lo que la ingesta accidental de alguna de sus partes es posible, especialmente entre población pediátrica. Aunque la pulpa que rodea las semillas no es tóxica, el resto contiene taxinas, que pueden producir clínica a nivel gastrointestinal, neurológico y cardiaco.

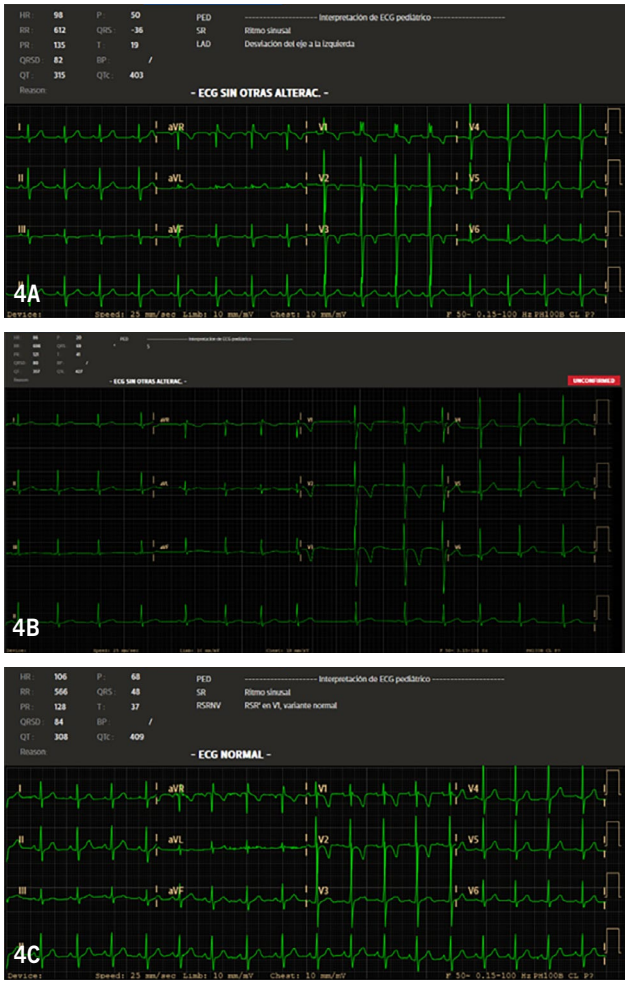


Figura 4. Electrocardiogramas.

Caso clínico. Se presentan tres varones de 3 años expuestos a frutos enteros de tejo. Dos llegaron precozmente a urgencias (primeros 90 minutos) asintomáticos y con una exploración física sin alteraciones, tras ingerir dos frutos y una cantidad desconocida, respectivamente. Se realizaron electrocardiogramas (figuras 4A, 4B y 4C) y analíticas con hemograma, bioquímica y gasometría, que fueron normales, y se pautó lavado gástrico, carbón activado, fluidoterapia, monitorización continua y control de diuresis. El tercer niño tuvo una sospecha de ingesta cuatro horas antes de su atención. Ante el tiempo transcurrido, su estabilidad clínica y la normalidad de las pruebas complementarias no se realizó descontaminación digestiva, aunque permaneció monitorizado. Tras 24 horas sin presentar síntomas ni alteraciones, los tres fueron dados de alta.

Comentario. La mayoría de las ingestas de tejo son accidentales, afectan a niños menores de 6 años y cursan sin síntomas o con manifestaciones leves. Sin embargo, su potencial cardiotóxico justifica la vigilancia clínica. Se recomienda contactar precozmente con toxicología, realizar electrocardiogramas seriados y monitorizar constantes y parámetros analíticos. La administración precoz de carbón activado puede ser útil. En casos graves el manejo se basa en medidas de soporte vital hasta la eliminación de la toxina.

El herpes cutáneo no siempre es sinónimo de calentura. ***Baldonedo García L, López Monge D, López-Castaño Álvarez-Barriada S, Sierra Muñóz A, Núñez Núñez M, Escribano Mateos I, Andrés Andrés A.*** *Hospital Universitario de León. León.*

Introducción. Las manifestaciones dermatológicas son un motivo frecuente de consulta en urgencias pediátricas. Aunque suelen ser benignas y autolimitadas, algunas pueden plantear dificultades diagnósticas y requerir un tratamiento específico.

Caso clínico. Presentamos un niño de 11 años que consulta por una erupción vesiculosa dolorosa en el cuello de 48 horas de evolución, sin mejoría tras iniciar amoxicilina ante sospecha de celulitis. No presenta otra sintomatología ni antecedentes personales de interés. En la exploración destaca una lesión en la región anterolateral izquierda del cuello, con edema, aumento de temperatura local y vesículas dolorosas agrupadas sobre una base eritematosa (figura 5A). Además, presenta una lesión similar de menor tamaño en el labio superior izquierdo (figura 5B). La analítica sanguínea no muestra alteraciones. Se obtiene una muestra de la lesión para estudio microbiológico, con cultivo bacteriano negativo y PCR positiva para el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1). La serología muestra IgM negativa e IgG positiva, indicativa de contacto previo con el virus. Se inicia aciclovir durante siete días y se mantiene





Figura 5. Vesículas en el cuello (A) y en el labio superior (B).

amoxicilina hasta completar siete días ante la posibilidad de sobreinfección bacteriana. La evolución es favorable, con secado de las lesiones y resolución completa a los nueve días.

Comentario. Las lesiones vesiculosas pueden simular infecciones bacterianas, aunque la infección por VHS-1 es frecuente y suele presentarse en forma de herpes cutáneo. La confirmación microbiológica permite orientar el tratamiento. Informar a las familias sobre la evolución y el pronóstico, resolviendo dudas y explicando los signos de alarma, contribuye a reducir su preocupación y mejorar la atención en urgencias pediátricas.

Viernes 13 de noviembre • Salón Palma

El paladar se nos fue de las manos. ***García Terrazas A[1], Angulo Sánchez V[1], Prieto Arce M[2], Portugal Rodríguez R[1], Pérez Ortiz D[1], Prieto Domínguez C[1], Vozmediano Antón C[1], Simón Santos N[1].*** *[1]Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. [2]Centro de Salud Las Huelgas. Burgos.*

Introducción. El adenoma pleomorfo de glándulas salivares menores es muy infrecuente en pediatría. Se presenta como tumoración indolora, lo que retrasa el diagnóstico habitualmente presentación como tumoración indolora puede retrasar el diagnóstico, y dado que no se puede descartar malignidad de inicio, resulta fundamental el estudio histológico y la valoración de la extensión local. Se presenta como nódulo submucoso, firme y de crecimiento lento, que en función de la localización es más móvil o está adherido a planos profundos.

Caso clínico. Adolescente de 14 años que presenta una tumoración palatina de crecimiento progresivo de dos meses de evolución, aproximadamente 3 × 3 cm, indoloro, no sangrados ni neuropatías, no otros síntomas. Se realiza biopsia compatible con adenoma pleomorfo y el estudio de extensión con resonancia magnética no evidencia infiltración ósea. Se reseca quirúrgicamente, precisando reconstrucción del defecto mediante colgajo palatino. Se encuentra en seguimiento por Cirugía Maxilofacial, Odontología y Pediatría pendiente de confirmación anatomopatológica definitiva y control evolutivo con resonancia magnética de control.

Conclusiones. Ante presencia de masa palatina indolora, persistente y creciente en pediatría, realizar diagnóstico diferencial teniendo en cuenta las neoplasias de glándulas salivales menores. El diagnóstico lo da la confirmación histológica y precisa de estudio de extensión local, especialmente para decidir actitud terapéutica. La resección completa con márgenes adecuados el tratamiento de elección. Precisa de seguimiento clínico debido a la posibilidad de recidiva y mínima posibilidad de malignización.

Enucleación de quiste epidermoide testicular, alternativa conservadora de parénquima en tumores benignos. ***Barturen Negro I, Crespo Estrada J, Ferlini Fuembuena RL, Alonso Arroyo V, Ros Briones R, Monje Fuente S, Ayuso González LD, Ortega Escudero M.*** *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. Los tumores testiculares en la infancia son infrecuentes y presentan un comportamiento diferente al de los adultos, siendo benignos el 60–75% de los casos prepuberales. Entre ellos, el quiste epidermoide constituye una lesión benigna poco frecuente.

Caso clínico. Varón de 10 años derivado por su pediatra para valoración de tumoración testicular, en seguimiento ecográfico desde los primeros meses de vida. A los 3 años de vida, aprovechando la entrada en quirófano por una herniotomía derecha, se le hace una exploración del testículo izquierdo, observándose zona de mayor consistencia en polo

superior que aparenta contener líquido, por lo que se realiza una punción-aspiración, cuyo estudio citológico resulta sugestivo de quiste epidermoide, sin presencia de células malignas. En la ecografía actual se evidencia una lesión intratesticular de aspecto quístico, con crecimiento de la misma de hasta 8mm y engrosamiento capsular respecto a controles previos, junto con la aparición de dos lesiones satélite de 1 y 5 mm. El paciente permanece asintomático, con marcadores tumorales negativos. Ante dicho crecimiento se plantea el diagnóstico diferencial con quiste dermoide y teratoma maduro. Se practica la enucleación de la lesión con preservación del testículo izquierdo. El estudio anatomopatológico confirma un quiste epidermoide testicular, sin signos histológicos de malignidad.

Comentarios. Los quistes epidermoides testiculares son lesiones benignas infrecuentes en la infancia, cuyo diagnóstico puede plantear dificultades por su similitud con otras neoplasias testiculares. La cirugía conservadora, siempre que sea posible y exista sospecha de benignidad permite obtener un diagnóstico definitivo preservando el parénquima testicular.

Epifisiólisis femoral proximal: un diagnóstico más allá de la rodilla. ***Bayón Garrido A, Acuña Álvarez M, Álvarez Velázquez S, García Saseta P, Gómez Menduiña J, Justo Vaquero P, Nieto Sánchez R, Rosales Fernández A.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. La epifisiólisis femoral proximal es una patología característica de la etapa puberal cuya presentacion clínica puede ser inespecífica, dificultando su diagnóstico. Entre sus factores de riesgo destacan la obesidad y las alteraciones endocrinas. El diagnóstico precoz es fundamental para reducir el riesgo de complicaciones como la necrosis avascular, la condrólisis y el choque femoroacetabular.

Caso clínico. Niña de 10 años con síndrome de Down, que consulta Urgencias por gonalgia derecha de 3 días de evolución y cojera, sin traumatismo reciente. Como antecedente, había sufrido un politraumatismo por precipitación un mes antes, con subluxación atlantoidea tipo I, fractura radiocubital distal, fractura subcondral L3 y espondilolistesis L5-S1. En la exploración presentaba cojera leve, sin tumefacción, eritema, aumento de temperatura ni derrame. Sin dolor a la palpación ni con las movilizaciones. La exploracion neurovascular distal era normal. La radiografía de rodilla no mostró alteraciones. Ante la persistencia de limitación funcional, se realizó una radiografía de cadera que evidenció una epifisiólisis femoral proximal derecha. Como factores asociados, presentaba obesidad (índice de masa corporal 28 kg/m^2, superior al percentil 99) y seguimiento por Endocrinología Pediática por alteración de la función tiroidea. Tras la interconsulta con Traumatología, se realizó una fijación quirúrgica mediante tornillo canulado, con evolución favorable en controles posteriores.

Comentarios. La epifisiólisis proximal de cadera debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la cojera. Ante una exploración anodina, a pesar de la localización de dolor en otra articulación, es importante, explorar todas las articulaciones y valorar realización de radiografía de cadera si fuese necesario.

Epistaxis masiva con compromiso de la vía aérea en síndrome hemolítico urémico típico. ***Dios Puebla ME[1], Clavijo Izquierdo ME[1], Prieto Domínguez C[1], Bujedo Muñoz A[1], Almeida de Miranda G[1], Santamaría Sanz PI[2], García González M[2], Melgosa Peña M[3].*** *[1]Servicio de Pediatría; [2]Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos; [3]Sección de Nefrología Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El síndrome hemolítico urémico (SHU) es una microangiopatía trombótica caracterizada por anemia hemolítica, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda. El SHU típico es desencadenado por una infección entérica por bacterias productoras de toxina *Shiga* (principalmente *Escherichia coli*). Las hemorragias con riesgo vital suelen ser neurológicas. El tratamiento es de soporte, habitualmente no requiere transfusiones.

Caso clínico. Niña de 8 años que ingresa en UCIP por SHU por *E. coli*, con anemia (hemoglobina 8,4 g/dL), plaquetopenia (34.000/uL), fracaso renal agudo (creatinina 6 mg/dL, urea 164 mg/dL) y sobrecarga hídrica refractaria a diuréticos, precisando hemodiafiltración veno-venosa continua durante 13 días, utilizándose citrato como anticoagulante. Como complicación infrecuente, al quinto día presenta epistaxis masiva, que requiere intubación urgente, ventilación mecánica y transfusión de hematíes y plaquetas. Tras lo que se controla la hemorragia. ORL realiza valoración identificando foco hemorrágico en adenoides, sin nuevos episodios de sangrado, incluso durante y tras extubación. Presenta recuperación progresiva de diuresis, (siendo espontánea a los 3 días de la finalización de la hemodiafiltración), función renal y parámetros analíticos hasta el alta (creatinina 0,95 mg/dL).

Conclusiones. El fallo renal agudo que requiere hemodiafiltración es una complicación conocida del SHU típico. No obstante, una epistaxis masiva constituye una hemorragia inusual que amenaza la vida por comprometer la vía aérea, lo que, en nuestro caso, obligó a realizar una intubación urgente y un manejo poco habitual de hemoderivados. La trombocitopenia condiciona un elevado riesgo hemorrágico, haciendo

interesante el uso del citrato como alternativa a la heparina, al proporcionar anticoagulación regional sin efecto sistémico.

Espectro de la fuga aérea. Experiencia durante 10 años. ***Clavijo Izquierdo ME, Dios Puebla ME, Obregón Asenjo M, García González M, Santamaria Sanz PI, Valencia Ramos J, Oyaguez Uguidos PP, Del Blanco Gómez I.*** *Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Objetivos. Describir las manifestaciones clínicas, contexto de aparición, diagnóstico radiológico y tratamiento del síndrome de fuga aérea (SFA) en UCIP.

Material y métodos. Descripción retrospectiva de pacientes con SFA entre 2016-2026 en una UCIP de tercer nivel. Se recogieron las manifestaciones clínicas, contexto clínico, presencia de fuga al ingreso o posterior, hallazgo imagenológico, soporte respiratorio inicial y previo al egreso y el tratamiento.

Resultados. Se incluyeron 16 pacientes, mediana de edad de 9 años. Nueve (56,3%) ocurrieron en contexto de politrauma. El neumotórax aislado fue lo más frecuente (31,3%). La mayoría (56,3%) presentaban varios hallazgos combinados. Dos pacientes presentaron enfisema subcutáneo aislado. Solo uno tuvo afectación de cuatro localizaciones (neumotórax, neumomediastino, enfisema subcutáneo y neumoperitoneo). Se realizó radiografía y tomografía computarizada en 9 pacientes (56,25%), solo tomografía en 3 (18,75%) y solo radiografía en 4 (25%). De la serie, en 2 pacientes fue visible el neumotórax únicamente en tomografía y no en radiografía. Globalmente, 11 pacientes (68,8%) recibieron tratamiento conservador y 5 (31,3%) drenaje pleural. Uno de los pacientes preciso ECMO. Las indicaciones comprendieron deterioro respiratorio, progresión, fuga masiva y lesiones torácicas asociadas. No se registraron fallecimientos.

Conclusiones. El SFA presenta una marcada heterogeneidad. La TC identificó la fuga aérea mínima no visible en radiografía. La indicación del drenaje pleural no dependió exclusivamente del deterioro clínico, sino de las características de la fuga y las lesiones asociadas. Estos hallazgos resaltan la importancia de individualizar el manejo.

Fiebre e irritabilidad en un lactante: más allá de la infección. ***Domínguez Sevillano B, Huebra Sánchez MD, García Calvo E, Ureña Buch E, Sus Usero J, Prieto Matos P.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. La fiebre sin foco en el lactante menor de 3 meses obliga a descartar infección bacteriana grave. Cuando la irritabilidad persiste tras un estudio infeccioso negativo, es importante ampliar el diagnóstico diferencial. La intoxicación por sustancias es infrecuente a esta edad, pero su sospecha tiene implicaciones clínicas, sociales y legales.

Caso clínico. Lactante varón de 1 mes y 25 días, sin antecedentes perinatales relevantes, que acude a urgencias por fiebre sin foco e irritabilidad. La exploración física no muestra ningún foco responsable. Se realizó sistemático y sedimento de orina, PCR de virus respiratorios y analítica sanguínea, todos ellos sin alteraciones. Durante su estancia en urgencias persiste excitabilidad, sin causa, por lo que se solicitó estudio de tóxicos en orina, siendo positivo para cocaína. Ante este hallazgo, se realizó ECG, sin alteraciones y se contactó con el juzgado de guardia. Se mantuvo en observación durante 24 horas, siendo dado de alta, con resolución de la clínica y adecuada tolerancia oral.

Comentarios. Ante un lactante con irritabilidad persistente sin causa orgánica tras un estudio infeccioso negativo, está justificado solicitar tóxicos en orina. Un resultado positivo requiere confirmación analítica y búsqueda de la vía de exposición. La intoxicación debe considerarse un posible indicador de negligencia o maltrato y exige una valoración social y legal.

Fractura por estrés: cuando el dolor persiste y la radiografía inicial no lo explica. ***Sierra Muñoz A, Fernández Prieto A, Baldonedo García L, Escribano Mateos I, Nuñez Nuñez M, López-Castaño Álvarez-Barriada S, Muñiz Fontan M, López Monge D.*** *Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

Introducción. Las fracturas por estrés se producen cuando la sobrecarga repetitiva supera la capacidad de adaptación del hueso. Su frecuencia aumenta en niños que practican deportes de competición. Pueden resultar difíciles de diagnosticar en fases iniciales, cuando los hallazgos radiográficos son poco evidentes.

Caso clínico. Niña de 11 años, que practica gimnasia rítmica, consulta por dolor de dos meses de evolución en la cabeza del cuarto metatarsiano derecho. Niega traumatismo y limitación funcional. Antecedente de dos fracturas previas en pie izquierdo, ambas tras lesión traumática. Valorada previamente en Urgencias y Atención primaria con radiografía sin hallazgos óseos relevantes. Pendiente de valoración por traumatología por persistencia de la clínica. Tras tres semanas, se repite la radiografía, donde se identifican cambios llamativos respecto a la previa, con engrosamiento de la cortical y reacción inflamatoria local. Ante estos hallazgos, se valora conjuntamente con Traumatología y Radiología, ampliándose estudio mediante resonancia magnética y tomografía compu-

tarizada, que confirmaron una fractura por estrés subaguda de la cabeza del cuarto metatarsiano derecho, edema de partes blandas y callo óseo. Se decide tratamiento conservador, con calzado ancho y restricción de la actividad deportiva de impacto, con resolución del dolor a los dos meses.

Comentarios. Las fracturas por estrés pueden pasar desapercibidas en las radiografías iniciales. La persistencia del dolor, especialmente en pacientes deportistas, debe motivar una reevaluación clínica y la consideración de pruebas de imagen complementarias. La evolución radiológica puede ser clave para el diagnóstico. Ante fracturas previas, conviene valorar posibles factores predisponentes según el contexto clínico.

Hasta el hueso: el impacto y manejo de los errores clínicos. ***González Polán L, Valdés Vallejo L, Segovia López S, Puente Fuente P, López-Negrete Cueto E, Huidobro Fernández B.*** *Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias.*

Introducción. La intoxicación pediátrica por bisfosfonatos es excepcional y existe escasa bibliografía sobre su manejo. Puede causar alteraciones del metabolismo mineral, así como insuficiencia renal.

Caso clínico. Paciente de 4 años ingresado tras una adenoidectomía, recibió accidentalmente 2 mg de ácido zoledrónico intravenoso (0,1 mg/kg), en lugar de ibuprofeno intravenoso. Tras objetivarse el error, se realizó determinación de calcio y fósforo, que fueron normales. A las 36 horas presentó febrícula, postración, hipocalcemia e hipofosforemia (calcio 7,67 mg/dL, calcio iónico 4,35 mg/dL, fósforo 2 mg/mL), iniciándose calcio intravenoso 35 mg/kg/día y vitamina D3 400 U/día oral. Niveles de 25-hidroxivitamina D y PTH normales. Una vez normalizada la calcemia se descendieron los aportes iv, presentando nuevamente hipocalcemia, por lo que se inició calcio oral 1.000 mg/día y posteriormente se aumentó a 2.000 mg/dL por persistencia de hipocalcemia (7,8 mg/dL), dosis con la que fue dado de alta. Se realizó seguimiento analítico, con calcio y fósforo normales y sin presentar hipercalciuria. Descenso progresivo de los aportes de calcio hasta suspenderse a los 7 meses. Tras la retirada, metabolismo fosfocálcico normal, sin signos de nefrocalcinosis en ecografía.

Comentarios:

- La hipocalcemia es un efecto adverso que puede aparecer de forma diferida tras la administración de ácido zoledrónico, por lo que es fundamental anticiparse y detectarla precozmente, valorando la suplementación con calcio y/o vitamina D; incluso antes de desarrollarla.
- La implementación de las medidas de seguridad en la prescripción, preparación y administración de medicamentos es esencial para prevenir errores.

Houston, tenemos un patrón: las líneas que delatan la incontinencia pigmenti. ***Pérez Ortiz D, Aja García MG, Arnáez Solís J, Moroso González P, Matilla Sainz-Aja N, Dios Puebla ME, Almeida de Miranda G, Prieto Domínguez C.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La incontinencia pigmenti es una genodermatosis rara, de herencia dominante ligada al cromosoma X, causada principalmente por alteraciones del gen *IKBKG*. Presenta cuatro fases cutáneas, vesiculopustulosa, verrucosa, hiperpigmentada y atrófica, que pueden solaparse. Su reconocimiento temprano es relevante por la posible afectación neurológica y oftalmológica.

Casos clínicos. ***Caso 1.*** Recién nacida a término con lesiones eritematosas y vesiculopustulosas desde el nacimiento, distribuidas linealmente en extremidades según las líneas de Blaschko (figuras 6A y 6B). Su madre había presentado lesiones similares en la infancia y conservaba áreas hipocrómicas residuales. Recibió inicialmente ampicilina, gentamicina y aciclovir por sospecha infecciosa; los reactantes fueron normales y el hemocultivo negativo. Se solicitó estudio molecular del gen *IKBKG*. La ecografía cerebral identificó



Figura 6. A y B) Lesiones eritematosas y vesiculopustulosas (Caso 1).

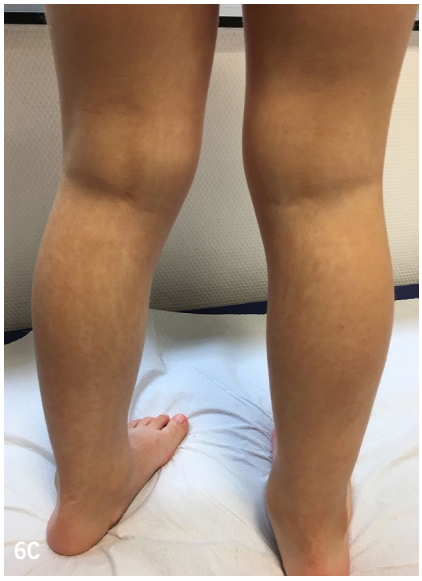


Figura 6. C) Manchas atróficas (Caso 2).

hiperecogenicidad periventricular y la resonancia magnética mostró alteración de señal de sustancia blanca periventricular y profunda frontoparietal bilateral. La valoración oftalmológica fue normal.

Caso 2. Niña de nueve años valorada al mes de vida por incontinencia pigmenti, con biopsia compatible e identificación de una deleción concordante. El estudio genético parental fue negativo. Las evaluaciones neurológica y oftalmológica iniciales fueron normales. La resonancia magnética objetivó una discreta atrofia cortical anterior. Su neurodesarrollo posterior fue normal y actualmente presenta manchas atróficas (figura 6C).

Comentarios. Ambos casos ilustran etapas evolutivas de la enfermedad. Las lesiones lineales siguiendo las líneas de Blaschko favorecen la sospecha diagnóstica neonatal. La afectación cutánea coexiste con hallazgos cerebrales incluso cuando la evolución es favorable. Por su carácter multisistémico, resulta esencial la evaluación neurológica y oftalmológica precoz, junto con seguimiento multidisciplinar durante la infancia.

Impacto de la introducción de un detector de metales manual en el manejo de los pacientes pediátricos con sospecha de ingestión de cuerpo extraño en un Servicio de Urgencias de Pediatría. ***Segovia López SM[1], De la Iglesia Rivaya A[2], González García J[1], Lobeiras Tuñón A[1].*** *[1]Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias. [2]Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres, Asturias.*

Objetivo. Estudiar el impacto de la introducción de un detector de metales (DM) en el manejo de pacientes que consultan por sospecha de ingesta de cuerpo extraño (CE) metálico en un Servicio de Urgencias Pediátricas de un hospital docente secundario.

Material y métodos. Estudio prospectivo que incluye a pacientes que consultan por ingesta de CE metálico durante dos años. Se analizó: edad, sexo, antecedentes, tipología CE, sintomatología, manejo en urgencias, destino y evolución del paciente.

Resultados. Se incluyeron 31 pacientes, con edad media de 4,3 años (DE 3,1). El 51,6% fueron varones y el 87,1% sin antecedentes personales relevantes. El CE ingerido más frecuentemente fueron monedas (18, 58,1%). El tiempo medio de consulta fue de 3,4 horas (DE 6,4). A su llegada a urgencias todos estaban estables y con exploración normal. El DM fue positivo en 11 pacientes (35,5%). En aquellos que se realiza también radiografía (Rx), la concordancia es 50%. Todos fueron dados de alta a domicilio. Volvieron a consultar el 12,9% (4), realizándose a todos alguna prueba complementaria. De los 9 pacientes en los que solo se empleó DM uno reconsultó, realizándose Rx. Ninguno precisó cirugía.

Conclusiones. El DM es un método que puede emplearse como primer método diagnóstico en el manejo de ingestas de CE metálico, y su uso puede acompañarse de una reducción de la radiación a la que se exponen los pacientes que consultan por ese motivo. Dado el reducido número de pacientes sería preciso seguir con la recogida de datos.

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

Infección por *Rickettsia siberica mongolotimonae*, la importancia de la sospecha clínica. ***López Muñoz J, Viñas Vega V, Ortega Macías M, Martínez Pérez A, Garcés Mas L, Bolivar Ruiz P, García Juárez S, Arranz González MJ.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. *Rickettsia siberica mongolotimonae* es causa emergente de rickettsiosis, transmitida por garrapatas en nuestro país. La literatura existente en paciente pediátrico es limitada. Se suele manifestar con escara necrótica, acompañada de linfangitis, y síntomas sistémicos como fiebre y mialgias. Generalmente, es un cuadro leve, con adecuada respuesta al tratamiento.

Caso clínico. Paciente de 10 años, sin antecedente de contacto con animales ni ambiente rural, reconsulta por mala evolución de un forúnculo en región occipital, tratado con amoxicilina-clavulánico. Presenta fiebre, adenopatías laterocervicales dolorosas y lesión circular sobreelevada, fluctuante, sin alopecia, dolorosa, compatible con absceso de 2 × 2 cm en cuero cabelludo (figura 7A). Se realiza ingreso



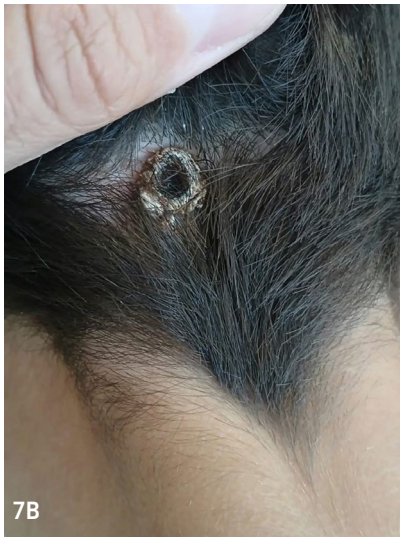


Figura 7. A y B) Lesiones eritematosas y vesiculopustulosas Caso 1.

para estudio y antibioterapia intravenosa. Se solicita ecografía (engrosamiento de epidermis-dermis), analítica, cultivos para bacterias y hongos; y drenaje por parte de dermatología, sin salida de material purulento. Al cuarto día, aparece costra negra central (figura 7B), por lo que ante la sospecha de rickettsiosis se solicita PCR al Centro Nacional de Microbiología, resultando positiva para *Rickettsia siberica mongolotimonae*, que se trata con doxiciclina. Mejoría progresiva de la lesión y del dolor, con resolución a la octava semana.

Comentarios. Debemos sospechar una posible infección por *Rickettsia* en pacientes con lesión necrótica, adenopatías circundantes dolorosas y presencia de síntomas sistémicos, aún en ausencia del antecedente típico de picadura de garrapata, ya que puede pasar desapercibido por paciente y familiares. La determinación por PCR del microrganismo en cuadros clínicos compatibles es el método necesario para llegar al diagnóstico, e instaurar el tratamiento de elección, con tetraciclinas.

Invaginación intestinal en niños mayores, ¿qué debemos sospechar? ***Crespo Estrada J, Barturen Negro I, Ferlini Fuembuena RL, Ros Briones R, Monje Fuente S, Alonso Arroyo V, Ayuso González LD, Ortega Escudero M.*** *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La invaginación intestinal es una urgencia médica que consiste en la introducción de un segmento de intestino en otro. Típicamente aparece antes de los dos primeros años de vida y se presenta con dolor abdominal, heces en gelatina de grosella y signo del flanco.

Caso clínico. Niña de 7 años que acude por dolor abdominal progresivo de 48 horas de evolución, acompañado de vómitos e intolerancia oral. En la exploración presenta distensión abdominal, por lo que se solicita una ecografía abdominal. En esta se aprecia una imagen 'en diana' en fosa ilíaca derecha y una dilatación retrógrada moderada de las asas intestinales, siendo compatible con diagnóstico de invaginación intestinal ileocólica. Se realiza un intento de desinvaginación hidrostática con control ecográfico sin éxito, por lo que se indica la cirugía urgente. Tras la desinvaginación quirúrgica se identifica una estructura diverticular en íleon como punto guía, compatible con divertículo de Meckel, procediéndose a su resección. Posteriormente se obtiene la confirmación anatomopatológica. Es trasladada a la UCI pediátrica donde transcurre su postoperatorio sin incidencias. Tras un mes es vista en consulta y al permanecer completamente asintomática es dada de alta.

Comentarios. La invaginación intestinal es una entidad que suele aparecer durante los 2 primeros años de vida. Por lo tanto, si se presenta en una edad más avanzada hay que sospechar una patología secundaria subyacente, siendo el divertículo de Meckel, los linfomas y los tumores sólidos las causas más frecuentes.

Viernes 13 de noviembre • Salón Valencia

La fractura que no era: importancia de la valoración clínica en el traumatismo nasal. ***García Calvo E, Andrés Blanco L, Domínguez Sevillano B, Montejo Marcos B, Caballero Ramos J, Cachon Salgado A, Ureña Bunch E, Seijo Rodríguez J.*** *Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. El traumatismo nasal es una de las lesiones faciales más frecuentes en Pediatría. Aunque tradicionalmente se han utilizado radiografías simples para descartar fracturas de huesos nasales, su utilidad diagnóstica es limitada y rara vez modifica el manejo clínico. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basado en la anamnesis y la exploración física, con especial atención a la deformidad nasal, la permeabilidad de las fosas nasales y la presencia de complicaciones como el hematoma septal.

Caso clínico. Niña de 22 meses que consulta por traumatismo facial frontal. Aporta radiografía realizada en otro centro con sospecha de fractura de huesos nasales (figuras 8A y 8B). A la exploración presenta buen estado general, sin dificultad respiratoria, epistaxis activa ni alteraciones neurológicas. No se objetiva deformidad nasal significativa ni movilidad patológica. Es valorada conjuntamente con Otorrinolaringología, realizándose exploración nasal completa y descartándose fractura de huesos nasales, hematoma septal u otras lesiones relevantes. Ante la ausencia de hallazgos de alarma se adopta actitud conservadora y seguimiento clínico.



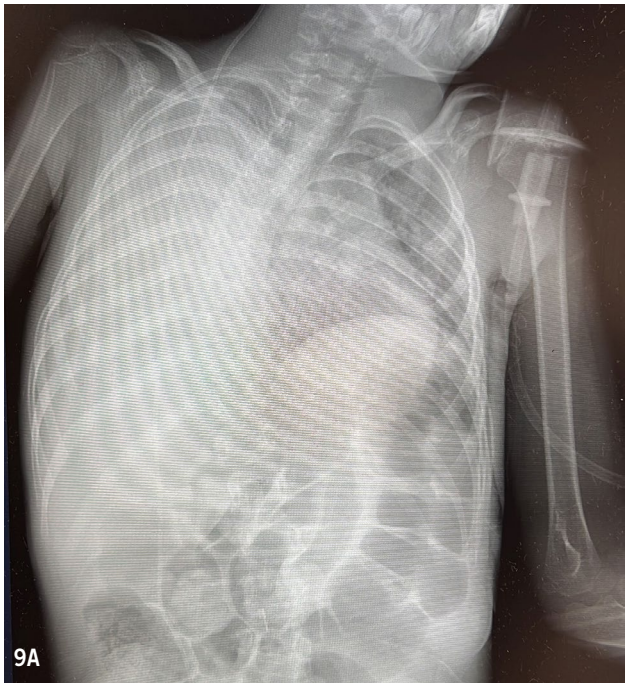
Figura 8. Radiografías ante traumatismo nasal.

Comentarios. La radiografía simple de huesos nasales presenta baja rentabilidad diagnóstica en la edad pediátrica y puede generar falsos positivos y negativos. Además, no valora adecuadamente las estructuras cartilaginosas ni determina la repercusión funcional de la lesión. La exploración clínica continúa siendo la herramienta principal para el diagnóstico y para identificar complicaciones que requieran tratamiento urgente. Este caso pone de manifiesto la importancia de una adecuada valoración clínica para evitar pruebas complementarias innecesarias.

Las microaspiraciones silentes que acaban gritando. ***Gutiérrez Moreno M[1], Expósito de Mena H[1], Vicente Mérida D[2], Sánchez Granados JM[3], Rupérez Peña S[1], Pérez Rodríguez M[1], Marrero Calvo MF[1], Ruiz de Ayúcar de la Vega I[1].*** *[1]Servicio de Pediatría; [2]Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. [3]Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. El absceso pulmonar es una lesión necrótica del parénquima pulmonar como consecuencia de una infección microbiana, que se suele manifestar como una cavitación única con contenido purulento. Es una patología infrecuente en pediatría, pero ciertas condiciones como el síndrome aspirativo crónico que puede facilitarlo.

Caso clínico. Paciente varón de 9 años con antecedentes de encefalopatía grave secundaria a meningitis y pluripatología asociada, portador de gastrostomía y funduplicatura Nissen. Acude a Urgencias por presentar fiebre de 5 días de evolución y dificultad respiratoria con respiración más superficial, tendencia a apertura bucal continua y decaimiento. En la exploración física destaca fallo respiratorio, taquicárdico y taquipneico con espiración alargada. Entrada de aire en el hemitórax derecho disminuida con hipofonesis basal. La radiografía de tórax (figura 9A) muestra una imagen de derrame pleural vs. atelectasia masiva y en la ecografía torácica dudoso derrame pleural con imágenes en su interior. Se realiza tomografía torácica donde se describe ocupación de casi toda la cavidad torácica derecha con colección hipodensa intrapulmonar de contornos lobulados compatible con absceso pulmonar (figura 9B). Ante la inestabilidad respiratoria se inicia soporte con ventilación no invasiva y se indica tratamiento antibiótico de amplio espectro, realizando traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos de hospital de referencia.



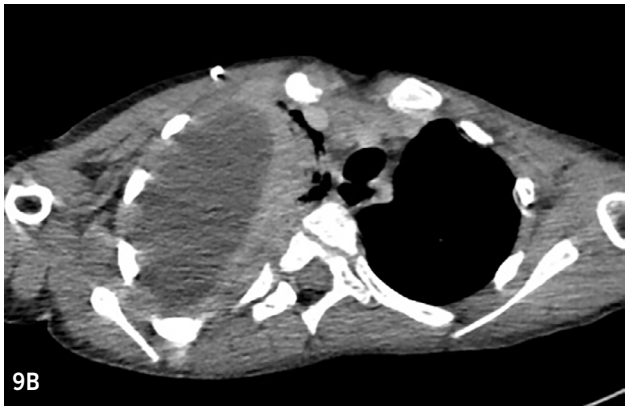


Figura 9. A) Radiografía de tórax que muestra una imagen de derrame pleural vs. atelectasia masiva. B) Tomografía torácica donde se aprecia ocupación de casi toda la cavidad torácica derecha con colección hipodensa intrapulmonar de contornos lobulados compatible con absceso pulmonar.

Comentarios. La aspiración continuada de pequeños volúmenes de alimento asintomáticas (microaspiraciones) pueden conllevar consecuencias fisiopatológicas graves como la formación de bronquiectasias y en consecuencia un absceso pulmonar, especialmente en el caso de las aspiraciones silentes incluso en pacientes con funduplicatura de Nissen.

Le faltaban tornillos: fractura de cuello femoral derecho.
Navas Méndez de Andés F, Escribano Mateos I, Posadilla Suárez P, González Guerrero C, Pérez Suárez I, Blanco González A, López Monge D, Santos Gómez L. *Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

Introducción. Las fracturas de cuello femoral suponen menos del 1% de las fracturas pediátricas. Suelen producirse por traumatismos de alta energía y asocian una elevada tasa de complicaciones, como necrosis avascular de la cabeza femoral, pseudoartrosis y cierre fisario precoz.

Caso clínico (figura 10A, 10B y 10C)**.** Niña de 9 años que acude a Urgencias por dolor e impotencia funcional de cadera derecha tras recibir un impacto de otro compañero mientras saltaba en una cama elástica. La radiografía) y la tomografía computarizada confirman una fractura basicervical no desplazada (tipo III de Delbet), sin otras lesiones óseas subyacentes. Se realiza osteosíntesis con tornillos canulados a las 3 horas del diagnóstico, una vez completado el ayuno.

Comentarios. La fractura de cuello femoral es excepcional en la infancia, y un mecanismo de energía leve-moderada obliga a descartar una fractura patológica. El riesgo de necro-





Figura 10. A) Radiografía que muestra fractura basicervical no desplazada de cadera (tipo III de Delbet). B) Reconstrucción TC cadera.

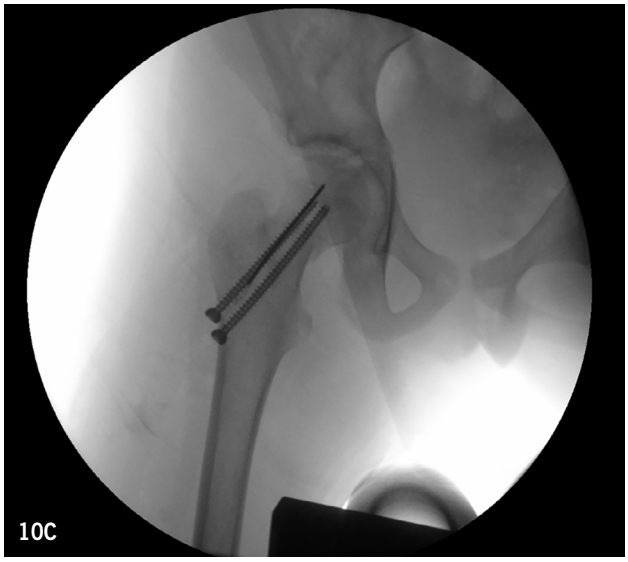


Figura 10. C) Resultado tras cirugía de cadera.

sis avascular depende del tipo de fractura (clasificación de Delbet), del desplazamiento inicial y del tiempo hasta la estabilización. Esta puede manifestarse hasta dos años después, lo que obliga a un seguimiento prolongado. Aunque en niños pequeños con fracturas no desplazadas puede plantearse un tratamiento conservador, se suele preferir la fijación interna para evitar el desplazamiento secundario y la coxa vara. En urgencias, se debe sospechar esta lesión ante dolor de cadera e impotencia funcional tras un traumatismo, aunque el mecanismo parezca banal.

Manejo conservador y drenaje ecoendoscópico diferido de pseudoquiste secundario a laceración pancreática traumática en pediatría. ***Prieto Domínguez C, Santamaría Sanz PI, Mirás Veiga A, Dios Puebla ME, Marrón Alonso M, Almeida de Miranda G, Pérez Ortiz D, Simón Santos N.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El traumatismo pancreático cerrado en la infancia es una entidad infrecuente pero de manejo complejo. La lesión del conducto principal de Wirsung (grado III de la ASST) predispone al desarrollo de colecciones peripancreáticas y pseudoquistes. Se prioriza el tratamiento conservador en pacientes hemodinámicamente estables, postergando intervenciones invasivas hasta la maduración de la pared de la colección.

Caso clínico. Varón de 10 años que acudió a Urgencias por epigastralgia tras traumatismo abdominal con manillar de bicicleta. A la exploración destacaba dolor epigástrico con defensa a la palpación y en la analítica elevación de lipasa (1.151 UI/L). La TC inicial objetivó una laceración de cuerpo pancreático proximal grado II/III. La colangio-RMN confirmó afectación ductal (grado III) con gran colección peripancreática. Se instauró manejo conservador inicial con reposo digestivo, nutrición enteral precoz por sonda nasoyeyunal, análogos de somatostatina y antibioterapia por picos febriles autolimitados. A las cuatro semanas, la TC de control evidenció un pseudoquiste tabicado organizado en la transcavidad de los epiplones. Se realizó un drenaje ecoendoscópico (EUS) bajo sedación, sin complicaciones. El paciente presentó evolución favorable, con tolerancia oral progresiva, y alta hospitalaria al mes del ingreso.

Comentarios. El manejo conservador de lesiones ductales pancreáticas en pediatría es seguro, pero se asocia frecuentemente a aparición de pseudoquistes. Demorar la intervención hasta la maduración de la pared quística (≥ 4 semanas) parece clave. El EUS es la alternativa de primera línea frente a cirugía abierta o percutánea, al ofrecer alta eficacia clínica y menor morbimortalidad en pacientes pediátricos seleccionados.

Maniobra de valsalva modificada y Wolff-Parkinson-White: una terapia eficaz de andar por casa. ***Camacho Moral E, Jiménez Casso S, Martín Olmedo F, Valladares Díaz AI, Rodríguez Ramos A, Fuentes Morantes LJ, Varela Pérez P.*** *Servicio de Pediatría y sus áreas específicas. Hospital General Universitario de Segovia. Segovia.*

Introducción. El síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) es una alteración eléctrica cardiaca congénita de baja prevalencia, causante de taquicardias supraventriculares en pediatría. La maniobra de Valsalva (MV) se utiliza en el manejo inicial con diferentes tasas de éxito. Pero maniobra de Valsalva modificada (MVM) que combina esfuerzo respiratorio y posición Trendelemburg, ha incrementado el éxito 2,5 veces para la recuperación del ritmo sinusal. Reportamos un caso ilustrativo de su eficacia para revertir el ritmo sinusal y posterior identificación de la arritmia.

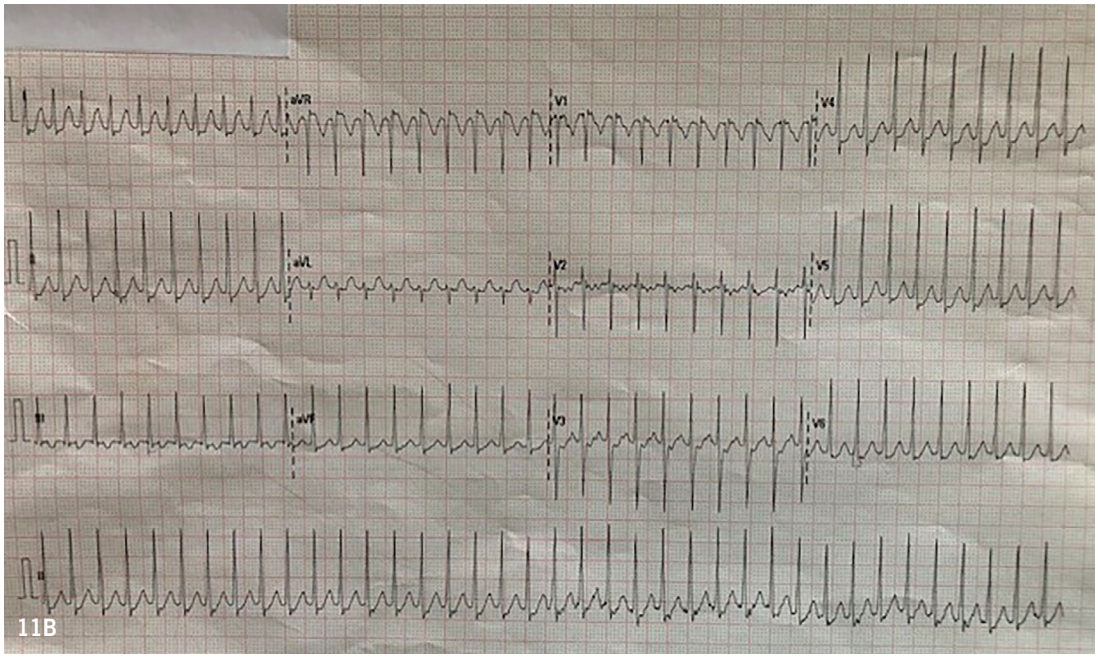
Caso clínico (figuras 11A, 11B y 11C)**.** Niña de 7 años, sin antecedentes, acude a Urgencias por dolor opresivo centrotorácico y palpitaciones bien toleradas durante 90 minutos tras realizar natación. Exploración: estable hemodinámicamente, TA 137/111 mmHg, Sat 98%. Taquicardia a 250 lpm, resto normal. Electrocardiograma (ECG): taquicardia supraventricular a 250 lpm, QRS estrecho con PR > RP, siendo RP > 70 ms. Tras MVM revierte a 100 lpm con onda delta de síndrome WPW; La onda es positiva en DII, III, aVL, aVF, V4-V6, sugestiva de vía accesoria lateral derecha. Elevación inicial de troponina I de alta sensibilidad (239



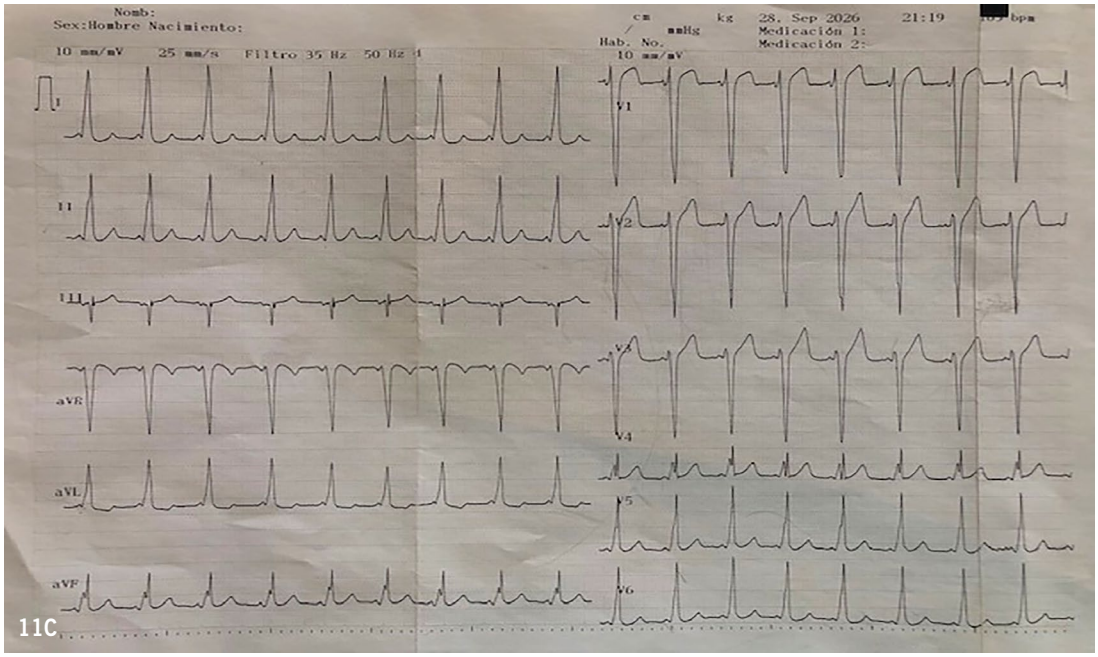
11A

pg/mL), con descenso posterior. Ecocardiograma funcional y estructuralmente normal. Se inicia atenolol a 0,8 mg/kg/día y es derivada para programar ablación de vía accesoria.

Comentarios. El diagnóstico del síndrome de WPW se realiza mediante ECG visulizando la onda delta. El manejo inicial de las TSV en pacientes estables incluye maniobras vagales, siendo la MVM una herramienta de primera línea efectiva, inocua y de fácil realización en cualquier medio. El tratamiento definitivo es la ablación de la vía accesoria por radiofrecuencia.



11B



11C

Figura 11.

Más allá de la hematuria... ¿cuál es su origen? ***Acuña Álvarez M, Barrio Alonso MP, Garrote Molpeceres R, Fraile Manzano MI, Álvarez Velázquez S, Pindado Velázquez M, Sánchez Mengíbar H, Redondo Aparicio S.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. La hematuria macroscópica es un motivo frecuente de consulta en pediatría y su caracterización permite orientar el diagnóstico etiológico.

Caso clínico. Niña de 5 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por hematuria macroscópica aislada de 24 horas de evolución, sin fiebre, síndrome miccional, dolor lumbar, edemas ni oliguria. No presenta antecedentes de faringoamigdalitis, impétigo ni infecciones respiratorias. Ingresa en planta de hospitalización para vigilancia clínica. Presenta tensión arterial normal. La tira reactiva inicial mostró positividad para hematíes, leucocitos y proteínas. Durante el ingreso persistió la hematuria, con hematíes no dismórficos y cambio progresivo de la coloración urinaria de rojiza a color «cola». Se realizó durante el ingreso una ecografía renal que fue normal y el urocultivo fue negativo. La analítica sanguínea no presentó datos de insuficiencia renal, pero si presentó título alto de antiestreptolisina O y el cultivo faríngeo resultó positivo para *Streptococcus.* En el seguimiento posterior por Nefrología, la hematuria macroscópica había desaparecido. La paciente presentaba buen estado general y diuresis conservada. La presión arterial permaneció dentro del rango de normalidad (106/70 mmHg). En el sedimento urinario persistía la presencia de hematíes. La analítica de extensión solicitada mostró títulos de C3 disminuidos y C4 normal. Los estudios inmunológicos y de serologías fueron negativos.

Comentarios. La elevación de antiestreptolisina O, el cultivo faríngeo positivo y la hipocomplementemia C3 con C4 normal apoyaron el diagnóstico de glomerulonefritis postestreptocócica. La evolución fue favorable, con función renal conservada, aunque persistía hematuria microscópica, por lo que se indicó seguimiento nefrológico.

Niño acidótico y somnoliento: una descompensación diabética de evolución inesperada. ***Camacho Moral E, Valladares Díaz AI, Bartolomé Calvo G, Gallego Matey E, Borges Rivas Y, Domínguez Bernal EM, Echeverría Briones V, Varela Pérez P.*** *Hospital General Universitario de Segovia. Segovia.*

Introducción. La cetoacidosis diabética (CAD) es una emergencia metabólica grave y la principal causa de ingreso hospitalario en niños con diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Aunque el edema cerebral es una complicación poco frecuente, presenta elevada morbimortalidad, por lo que su reconocimiento y tratamiento precoz son fundamentales.

Caso clínico. Niño de 10 años de edad con DM1 de dos años de evolución, control metabólico subóptimo. Consulta por vómitos, dolor abdominal y respiración acidótica en contexto de hiperglucemia mantenida e infección. Presenta deshidratación grave, taquicardia y respiración de Kussmaul. Analítica: glucemia 881 mg/dL, pH 6,95, bicarbonato 5 mmol/L, EB –27,1mmol/L, pCO_2 16 mmHg, cetonemia 4,3 mmol/L. Se inicia protocolo de manejo de CAD grave (expansión con suero salino fisiológico, reposición de líquido e insulinoterapia intravenosa a 0,1 UI/kg/h). Mejoría progresiva de acidosis y alteraciones metabólicas. Negativización de cetonemia a las 12 horas del ingreso pese a lo cual presenta deterioro neurológico progresivo, con letargia, lenguaje incoherente y Glasgow de 11, cumpliendo criterios clínicos de edema cerebral. Se inicia oxigenoterapia, bolo de suero salino hipertónico, reducción del ritmo de reposición hídrica y elevación de cabecero, con mejoría clínica. Se decide traslado a UCIP.

Comentarios. El edema cerebral es una complicación grave y potencialmente mortal de la CAD. Constituye una emergencia médica. Se desarrolla habitualmente durante las primeras 24h del manejo de CAD, cuando aparentemente las condiciones están mejorando. El conocimiento de los signos de alarma es imprescindible para detección temprana. El tratamiento precoz y el traslado a UCIP son fundamentales para reducir la mortalidad y prevenir las secuelas neurológicas.

No toda cojera es una artritis. un caso de tularemia. ***Vozmediano Antón C, Moroso González P, Tejero Pastor L, Melgosa Peña M, González García N, Simón Santos N, Recalde Tabar A, Angulo Sánchez V.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La tularemia es una zoonosis bacteriana causada por Francisella tularensis y transmitida al ser humano por contacto con productos animales contaminados o mediante picaduras de artrópodos. Presenta diferentes formas clínicas, siendo la ulceroglandular la más frecuente. Su incidencia es baja aunque puede provocar brotes en zonas rurales.

Caso clínico. Niño de 8 años que consulta en Urgencias por fiebre, dolor inguinal y cojera de doce horas de evolución sin otros síntomas asociados. Había estado durante dos semanas en una zona rural. A la exploración física destacaba una zona eritematosa y caliente en canal inguinal izquierdo y una adenopatía de 4 cm de diámetro muy dolorosa a la palpación. En el glúteo, tenía una lesión papulo eritematosa secundaria a una picadura. La exploración de cadera estaba

muy limitada por el dolor, por lo que se realizó una ecografía, descartando afectación articular. Tras tres días de amoxicilina clavulánico se objetivó progresión de la lesión y persistencia de los síntomas, por lo que se ingresó, se realizó una ecografía, en la que se vieron adenopatías de aspecto infeccioso y se amplió la pauta de antibiótico con doxiciclina, observando gran mejoría. En la serología, solicitada ante la mala evolución y el antecedente epidémico, se observó positividad para anticuerpos contra *Francisella tularensis*.

Comentarios. La baja incidencia de la tularemia, especialmente en la edad pediátrica y la inespecificidad de sus manifestaciones suponen un reto diagnóstico. Por ello, como se ve en este caso, es fundamental integrar el contexto epidemiológico en la valoración clínica y sospecharla ante una adenitis con mala evolución.

No todo escroto agudo es torsión: celulitis escrotal bilateral tras picadura. ***Domínguez Sevillano B, García Calvo E, Andrés Blanco L, Ureña Buch E, Escobar Hernáiz B, Mendoza Sánchez MC.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. El escroto agudo pediátrico es una entidad frecuente en pediatría que obliga a descartar una urgencia quirúrgica, la torsión testicular. No obstante, existen otras causas, menos frecuentes, que pueden confundirse con patología testicular, como la celulitis escrotal tras una solución de continuidad. La ecografía y el Doppler testicular son fundamentales para orientar el diagnóstico y tratamiento, evitando así intervenciones innecesarias.

Caso clínico. Varón de 15 meses de edad, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor y aumento de tamaño testicular de 12 horas de evolución, sin fiebre asociada. A la exploración física destacaba un aumento de tamaño escrotal con eritema bien delimitado y dolor a la palpación escrotal bilateral. Se objetivó picadura de insecto en escroto derecho. El paciente presentaba reflejo cremastérico presente, no siendo valorable el signo de Prehn. La ecografía testicular mostró un mínimo hidrocele bilateral con flujo Doppler conservado, sin datos de torsión, orquiepididimitis ni otras colecciones. Ante la sospecha de celulitis, se pautó tratamiento antibiótico con amoxicilina-ácido clavulánico durante 7 días, con mejoría clínica y resolución del cuadro.

Comentarios. Ante un escroto agudo pediátrico, resulta prioritario descartar la torsión testicular. Sin embargo, no debemos olvidar otras causas menos frecuentes. La anamnesis dirigida y la exploración física son imprescindibles para orientar el diagnóstico, pudiendo apoyarnos en pruebas de imagen para evitar intervenciones terapéuticas innecesarias.

Observación en menores de 90 días de vida. Perfil clínico. ***Rey Pérez O, Blanco González J, Guerra Diez L.*** *Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivos. Analizar el manejo clínico de pacientes de 30-90 días ingresados en la Unidad de Corta Estancia Pediátrica (UCEP) en 2025, según grupos de edad.

Material y métodos. Estudio retrospectivo entre el 01/01/2025 al 31/12/2025, de < 90 días excluyendo ingresos directos en otras unidades. Se compararon pacientes menores y mayores de 60 días durante el episodio.

Resultados. Incluidos 58 pacientes: La edad media fue de 54,5 días, el 65,5% tenía menos de 60 días, media edad gestacional 39 semanas y peso medio al nacimiento 3.342,05 g. Un 17,2% con antecedentes personales significativos. El46,4% fue triado como nivel 3. Los principales motivos de consulta fueron síndrome febril (32,8%) y bronquiolitis (17,2%). Los microorganismos más aislados fueron SARS-CoV-2, metapneumovirus y rinovirus, con cinco casos cada uno. El 60,3% recibió el alta a domicilio, el 32,8% ingresó en planta y el 6,8% fue trasladado a neonatología/UCI. La tasa de reingreso en las primeras 72 horas fue exclusivamente en pacientes de 60 días o más. No se encontraron otras diferencias estadísticamente significativas en las diferentes variables analizadas.

Conclusiones. El síndrome febril fue el principal motivo de consulta. El manejo clínico fue homogéneo entre grupos, salvo por la mayor tasa de reingreso en pacientes mayores de 60 días. El reducido tamaño muestral limita la generalización de los resultados y justifica ampliar la investigación.

Otitis media aguda complicada con síndrome de Lemierre y émbolos sépticos pulmonares, a propósito de un caso. ***Fernández de la Mano S, Fraile Manzano MI, Sánchez Mengíbar H, Gómez Menduiña J, Moriana Río N, Álvarez Velázquez S, García González I, Barrio Alonso MP.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. El síndrome de Lemierre es una complicación infrecuente, potencialmente letal de las infecciones del área otorrinolaringológica, caracterizada por tromboflebitis séptica de la vena yugular interna y embolismos sépticos a distancia, predominando la afectación pulmonar. Su causa más frecuente es la infección orofaríngea, aunque la otitis media aguda (OMA) puede actuar como foco primario por propagación directa al espacio carotídeo, siendo los microorganismos implicados diferentes al habitual (*Fusobacterium necrophorum*). Un alto índice de sospecha es vital para el

diagnóstico y se confirma mediante tomografía computarizada (TC). La mortalidad varía entre el 4 y 18% incluso con tratamiento adecuado.

Caso clínico. Presentamos el caso de una niña de 4 años con antecedente de supuración ótica de dos meses de evolución e incumplimiento terapéutico, derivada para cirugía de OMA complicada. Ingresada por fiebre y PCR elevadas (39°C, 134,4 mg/dL). Al iniciar dolor cervical con febrícula persistente, se realiza TC craneocervical al tercer día, objetivándose trombosis séptica de seno sigmoideo, parcial de vena yugular interna izquierda, y múltiples émbolos sépticos pulmonares. Se realizó miringotomía con colocación de drenajes. Exudado ótico positivo para *Streptococcus constellatus,* siendo el resto de cultivos negativos. Se administra antibioterapia intravenosa durante 29 días completando tratamiento ambulatorio durante 17 días más. Pautada enoxaparina subcutánea, con controles antiXa en rango. Valorada de forma multidisciplinar continuando seguimiento en consulta de infectología pediátrica.

Comentarios. Como conclusión, el síndrome de Lemierre es complicación grave de infecciones prevalentes en la edad pediátrica. La sospecha clínica y pruebas de imagen permiten establecer el diagnóstico e iniciar tratamiento precoz.

Pericondritis auricular: entidad a considerar ante la inflamación del pabellón auricular. ***Ureña Buch E, Andrés Blanco L, Molano Corvo M, Seijo Rodríguez J, Montejo Marcos B, Domínguez Sevillano B, García Ugarte B, García Calvo E.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. La pericondritis auricular es una inflamación y/o infección del pericondrio, capa de tejido conectivo denso que rodea el cartílago del pabellón auricular y proporciona su vascularización. En pediatría, se asocia a traumatismos, aunque puede presentarse de forma idiopática o tras laceraciones menores. Clínicamente, la característica clave es el respeto del lóbulo auricular, al carecer este de soporte cartilaginoso.

Caso clínico. Escolar de 7 años que consulta por inflamación súbita y dolorosa del pabellón auricular izquierdo sin asociar antecedente traumático ni infeccioso previo. Niega otalgia, otorrea ni fiebre. En la exploración física se objetiva protrusión auricular, edema y eritema del pabellón auricular, sin afectación del lóbulo. No se aprecia fluctuación a la palpación ni puerta de entrada evidente. La otoscopia es normal. En región retroauricular se objetiva una adenopatía de 1 × 1 cm, blanda, indolora y no adherida a planos profundos. Ante la sospecha de pericondritis idiopática, se pauta amoxicilina-clavulánico por vía oral y corticoide tópico durante 10 días, con resolución completa posterior.

Comentarios. Ante la inflamación cutánea auricular deben descartarse entidades con diferente evolución y tratamiento, como celulitis auricular, mastoiditis aguda y pseudoquiste auricular. El tratamiento empírico debe ajustarse a la etiopatogenia. Sin antecedente de perforación o traumatismo, donde la *Pseudomonas aeruginosa* es el principal agente, se indica amoxicilina-clavulánico para cubrir grampositivos. En caso de mala evolución o sospecha de *Pseudomonas*, se debe administrar ciprofloxacino. El diagnóstico precoz y el adecuado manejo es crítico para prevenir la necrosis cartilaginosa y secuelas estéticas permanentes («oreja de coliflor»).

Viernes 13 de noviembre • Salón Murcia

Pero... ¿esto también se infecta? ***Portillo Sanz L[1], Tejero Pastor L[1], Obregón Asenjo M[1], Crespo Estrada J[2], Clavijo Izquierdo M[1], Pérez Ortiz D[1], Simón Santos N[1], Vozmediano Antón C[1].*** *[1]Servicio de Pediatría; [2]Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La fístula preauricular es una malformación congénita benigna del tejido preauricular generalmente en región anterior del hélix, secundaria a alteraciones del desarrollo embrionario del pabellón auricular. Habitualmente es esporádica, aunque en 1/3 de los casos se ha descrito herencia autosómica dominante con penetrancia incompleta. Puede ser uni o bilateral, y asociarse a otras anomalías congénitas como el síndrome branquio-oto-renal. Aunque generalmente es asintomática, se ha relacionado con hipoacusia, y su complicación más relevante es la sobreinfección bacteriana.

Caso clínico. Niña de 5 años con antecedente de fístula preauricular derecha congénita que acude a Urgencias por inflamación en región preauricular derecha de 48 horas de evolución. Afebril, sin otra clínica asociada. A la exploración se objetiva bultoma eritematoso, edematoso y caliente en región adyacente a orificio compatible con fístula preauricular, doloroso a la palpación, de aproximadamente 1,5 cm de diámetro. No supuración. Se instaura antibioterapia oral con Amoxicilina-Clavulánico 50 mg/kg/día durante 7 días y antiinflamatorios pautados. A los 5 días reconsulta por ausencia de mejoría, objetivándose absceso en región preauricular derecha fluctuante a la palpación que se drena bajo sedación con salida de abundante contenido purulento. Se cambia antibioterapia a Cotrimoxazol oral con evolución posterior favorable en controles sucesivos por Cirugía Pediátrica.

Comentarios. Aunque suele ser asintomática, la fístula preauricular puede complicarse principalmente con sobreinfección local. El tratamiento incluye antibioterapia sistémica, pudiendo requerir drenaje en casos de abscesificación. La cirugía de extirpación completa del trayecto fistuloso se reserva para infecciones recurrentes, con el objetivo de reducir el riesgo de recidiva.

Pionefrosis en un lactante con síndrome de la unión pieloureteral bilateral: abordaje multidisciplinar y tratamiento mínimamente invasivo. ***González Castro R[1], Sumpsi Sánchez C[1], Parro Olmo P[1], Martín Pérez E[1], Molina Vazquez ME[2], Udaondo Cascante MA[2], Botía Martínez C[2], Puente Montes S[1].*** *[1]Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. [2]Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. Se presenta el caso de un lactante de tres meses con diagnóstico prenatal de dilatación pielocalicial bilateral, secundario a un síndrome de la unión pieloureteral diagnosticado postnatalmente, intervenido de pieloplastia y portador de nefrostomía.

Caso clínico (figuras 12A, 12B y 12C)**.** Consulta por fiebre, irritabilidad y rechazo de las tomas, llegándose al diagnóstico de pionefrosis derecha. El tratamiento antibiótico intravenoso y el drenaje eficaz mediante la nefrostomía permitieron una evolución favorable, con resolución clínica y normalización progresiva de los parámetros inflamatorios. Una vez erradicada la infección, se recanalizó la unión pieloureteral de manera conjunta por parte de los equipos de Cirugía Pediátrica y Radiología intervencionista.

Comentarios. Este caso subraya la importancia del seguimiento estrecho en pacientes con malformaciones urológicas congénitas, así como la necesidad de una actuación precoz y coordinada entre los servicios de Pediatría y Cirugía Pediátrica para prevenir secuelas renales a largo plazo.

Poliosis: un signo clínico relevante. ***Bujedo Muñoz A[1], Marrón Alonso M[1], Barbadillo Mariscal B[2], Angulo Sánchez V[1], Clavijo Izquierdo M[1], Matilla Sainz-Aja N[1], García Terrazas A[1], Portillo Sanz L[1].*** *[1]Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. [2]Centro de Salud José Luis Santamaría. Burgos.*

Introducción. La poliosis es la ausencia de melanina en el folículo piloso, lo que provoca el crecimiento de un mechón de pelo amelanótico. Este caso ilustra una etiología benigna de poliosis, y resalta la importancia del diagnóstico



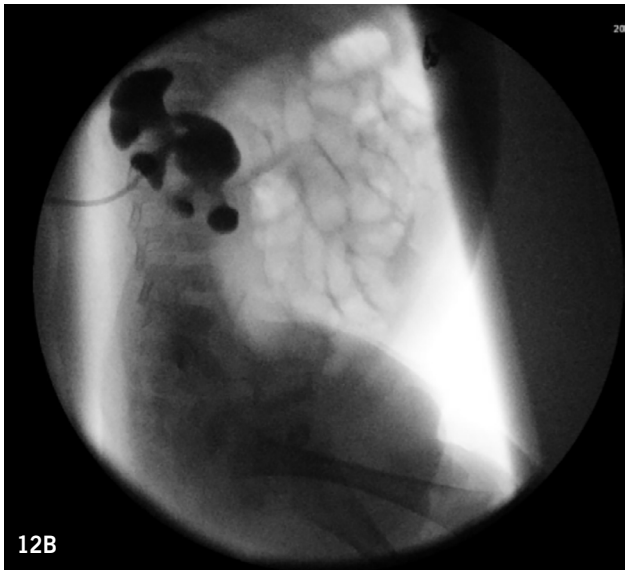




Figura 12. Pionefrosis.

diferencial para detectar precozmente aquellas patologías con mayor relevancia clínica.

Caso clínico. Niña de 11 años, que acude a consulta por la aparición de un mechón de cabello blanco en cuero cabelludo. Como antecedente refiere una lesión nodular en la misma localización sobre la que se formó una costra que retiró mediante tracción. Tras su resolución observó el crecimiento de cabello despigmentado. La exploración física mostró poliosis localizada, sin áreas de hipopigmentación cutánea ni otras lesiones dermatológicas asociadas. Se realizó un estudio analítico, que resultó anodino y se solicitó valoración por Dermatología. La ausencia de otros signos clínicos, y la relación temporal con un traumatismo local permitieron establecer el diagnóstico de poliosis postraumática.

Discusión. La etiología de la poliosis es muy variada, puede presentarse tanto en el contexto de diversos síndromes genéticos, como de enfermedades adquiridas. Constituye un signo clínico relevante, que requiere la realización de una correcta anamnesis y una valoración clínica sistemática, incluyendo exploración de piel y cuero cabelludo, y la identificación de signos sistémicos que orienten hacia una enfermedad subyacente. Las pruebas complementarias y las derivaciones deben individualizarse según los hallazgos clínicos. En este caso en particular reconocer la etiología benigna subyacente nos ayuda a orientar el diagnóstico y evitar pruebas innecesarias.

Profilaxis postexposición antirrábica en pacientes pediátricos en Cantabria. ***Rey Pérez O, López Fernández C.*** *Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivos. Describir los pacientes pediátricos que reciben profilaxis postexposición con vacuna antirrábica en Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes menores de 16 años que, por indicación de Salud Pública, recibieron profilaxis postexposición antirrábica en la Unidad de Urgencias pediátricas del HUMV desde 1/01/2021 a 30/08/2026. Se obtuvieron los registros de Farmacia de dispensación de vacuna antirrábica en este periodo y se revisaron las historias clínicas, incluyendo variables sociodemográficas, tipo de exposición, animal implicado y profilaxis administrada.

Resultados. 10 pacientes recibieron profilaxis durante este periodo, el 50% en el verano de 2026. El 70% fueron mujeres, con mediana de edad 10,5 años (RIC 8-14), todos inmunocompetentes. En cuanto al tipo de exposición, se registraron 6 mordeduras, 3 arañazos superficiales y 1 contacto con saliva; la mitad en extremidades superiores. El 70% ocurrieron en el extranjero relacionados con gatos (3), perros (2), monos (1) y ciervos (1); solo uno considerado categoría III (contacto con saliva en herida previa). En España, todos los casos (30%) se relacionaron con murciélagos. El 90% inició la profilaxis en el lugar del contacto, y el 70% en las primeras 24 horas. Además de la vacuna, 5 pacientes recibieron inmunoglobulina iv y 2 antibiótico. Todos completaron correctamente la pauta vacunal sin notificarse efectos adversos ni casos de rabia.

Conclusiones. El número de pacientes pediátricos con contactos de riesgo para rabia está aumentando, posiblemente debido a un cambio en los destinos turísticos. La profilaxis vacunal es segura y efectiva.

Prolapso transanal de pólipo en lactante: un reto en el diagnóstico diferencial de las lesiones anales en pediatría. ***Escribano Mateos I[1], Núñez Núñez M[1], Baldonedo García L[1], López-Castaño Álvarez-Barriada S[1], Sierra Muñoz A[1], Arredondo Montero J[2].*** *[1]Servicio de Pediatría; [2]Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de León. León.*

Introducción. Los pólipos juveniles colorrectales son lesiones benignas, habitualmente únicas y de localización preferentemente rectosigmoidea, cuya manifestación más frecuente es la rectorragia indolora. Sin embargo, el prolapso transanal de un pólipo constituye una forma de presentación infrecuente que puede dificultar y retrasar el diagnóstico, asociando complicaciones como auto-amputación y hemorragia.

Caso clínico. Se presenta el caso de una lactante de 12 meses, sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes, valorada en Urgencias en varias ocasiones por protrusión recurrente de una lesión mucosa transanal de semanas de evolución, inicialmente diagnosticada como prolapso rectal. Los episodios, relacionados con la defecación, aumentaron progresivamente asociando sangrado leve autolimitado. Entre episodios la exploración anal era normal. Ante la persistencia de la clínica, Cirugía Pediátrica objetivó una tumoración transanal de 1,5 cm, violácea, friable y ulcerada, dependiente de la mucosa rectal mediante un fino pedículo vascular. Ante la sospecha de pólipo rectal y el riesgo de auto-amputación y sangrado se realizó ligadura y exéresis completa de la lesión. La evolución posterior fue favorable, sin sangrados ni nuevos episodios de prolapso. El estudio anatomopatológico confirmó un pólipo juvenil sin cambios adenomatosos ni signos de malignidad.

Comentarios. El pólipo juvenil prolapsado debe considerarse ante un aparente prolapso rectal recurrente, especialmente si asocia sangrado. Su naturaleza intermitente dificulta el diagnóstico cuando la exploración es normal, siendo útil la

documentación fotográfica familiar. El conocimiento de esta entidad por el pediatra de Atención Primaria puede favorecer su identificación precoz. El estudio anatomopatológico resulta fundamental para caracterizar la lesión y descartar displasia.

Pseudobradicardia secundaria a extrasístoles auriculares en un recién nacido sano. ***Prieto Domínguez C, Pou Blázquez A, Pérez Ortiz D, Portillo Sanz L, Saiz Ortega V, Pérez Santaolalla E, Matilla Sainz-Aja N, Angulo Sánchez V.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. Las extrasístoles auriculares (EA) son arritmias supraventriculares frecuentes en el periodo neonatal. En ocasiones generan una pausa compensatoria que se traduce falsamente como un descenso de la frecuencia cardíaca en la monitorización, entidad conocida como pseudobradicardia. Aunque suelen ser benignas y transitorias, requieren descartar cardiopatías y causas secundarias como diselectrolitemias, disfunción tiroidea, procesos infecciosos, fármacos…

Caso clínico. Recién nacido a término de 3 días de vida que ingresa en Neonatología por deshidratación hipernatrémica moderada secundaria e hipoglucemia secundarias a ingesta subóptima. Durante la monitorización continua, se objetiva una pseudobradicardia de 85-90 lpm. El electrocardiograma de 12 derivaciones confirma un ritmo sinusal con EA frecuentes no conducidas, con intervalo PR y ejes normales. Se realiza ecocardiograma sin alteraciones estructurales ni funcionales. Se observa persistencia las extrasístoles a pesar de haber corregido la glucemia y las alteraciones hidroelectrolíticas por lo que se completa estudio ambulatorio. El Holter de 24 horas muestra un ritmo sinusal basal con extrasistolia auricular aislada frecuente (4% del registro) y frecuencia cardíaca media de 144 lpm, sin pausas patológicas. En el control cardiológico evolutivo, el paciente se mantiene asintomático, con desaparición de la arritmia en el electrocardiograma de control.

Comentarios. Las EA bloqueadas con pseudobradicardia en neonatos sanos representan habitualmente una variante benigna de la normalidad con excelente pronóstico. Es fundamental realizar un correcto diagnóstico diferencial mediante ECG, estudio metabólico y ecocardiografía para descartar patología estructural o sistémica. Dado su curso autolimitado, no precisan tratamiento farmacológico, siendo suficiente el seguimiento clínico cardiológico.

Quemadura química por extravasación en un neonato. ***López-Castaño Álvarez-Barriada S[1], Baldonedo García L[1], Escribano Mateos I[1], Núñez Núñez M[1], Sierra Muñoz A[1], Sánchez Pulido L[2], Arredondo Montero J[2].*** *[1]Servicio de Pediatría; [2]Servicio de Cirugía Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

Introducción. Las lesiones por extravasación se producen debido a la filtración involuntaria de líquido al espacio perivascular o subcutáneo. Los agentes que pueden generar lesiones por extravasación se dividen en citotóxicos y no citotóxicos. Estos a su vez se clasifican en vesicantes, irritantes y no vesicantes, en función del daño que puedan producir. La incidencia de este incidente en la población general oscila entre el 0,1-0,7%. En la población pediátrica esta cifra asciende a 11-58%.

Caso clínico (figuras 13A, 13B y 13C)**.** Varón de 72 horas de vida en tratamiento con gluconato cálcico al 10% (1 mEq/kg/día) por hipocalcemia neonatal precoz. Durante la perfusión se evidencia extravasación de la vía con drenaje por el punto de punción, edema, calor, rubor y molestias a la palpación a



Figura 13. Quemadura por extravasación.

nivel del dorso de la mano izquierda. Además, se observan tres zonas que parecen calcificaciones. No se aprecian flictenas ni secreciones. Se retira la vía y se inician curas locales con ácido hialurónico, linitul y masajes con vaselina o crema hidratante. Adecuada evolución, sin secuelas funcionales.

Comentarios. La extravasación es una complicación con efectos secundarios potencialmente graves. Su identificación precoz junto con los factores de riesgo es clave para disminuir la severidad del evento.

Reacciones postvacunales poco frecuentes: cuando las piernas cambian de color. ***Fernández Toledano B, Vilches Fraile S, García Juárez S, Carro del Amo J, García-Arroba Andrés A, Delgado Lafuente A, Bolívar Ruiz P.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. Las reacciones adversas tras la vacunación en Pediatría son frecuentes, siendo la mayoría leves y autolimitadas. Sin embargo, en algunos casos pueden generar alarma y motivar consultas urgentes, especialmente si se presentan de forma brusca y tienen un aspecto llamativo. El síndrome de las piernas decoloreadas *(discolored leg syndrome)* es un evento adverso poco frecuente descrito en lactantes tras la vacunación. Se caracteriza por una aparición súbita de coloración roja, azul o violácea en una o ambas piernas, y puede acompañarse de petequias, edema y llanto intenso o irritabilidad; con resolución rápida y espontánea.

Caso clínico (figuras 14A y 14B)**.** Presentamos a un paciente de 4 meses que acudió a Urgencias por edema y cambio de coloración de ambas extremidades inferiores e irritabilidad. Había recibido las vacunas correspondientes a su edad esa misma mañana. A la exploración presentaba coloración purpúrica con patrón reticular y edema sin fóvea en ambas piernas, buena perfusión con relleno capilar de 2 segundos, sin aparición de petequias. Resto de exploración normal con constantes estables. Tras 30 minutos de observación, presentó mejoría clínica, con desaparición de la coloración azulada, disminución del edema y menor irritabilidad. Se decidió el alta domiciliaria con analgesia.

Conclusión. El síndrome de las piernas decoloreadas es una manifestación infrecuente descrita tras la vacunación en lactantes, generalmente autolimitada. Debemos tener en cuenta esta y otras recciones que suceden después de las vacunas, ya que su reconocimiento suele ser clínico, y junto con una adecuada valoración del paciente y la exclusión de signos de alarma, podemos evitar pruebas complementarias y tratamientos innecesarios.

Rotura esplénica neonatal espontánea: un desafío diagnóstico y terapéutico. ***Villarreal Molina BM, Amat Valero S, Calvo Penín C, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca SE, Visconti Vivas RT, Pérez Costoya C, Álvarez Muñoz V.*** *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La rotura esplénica neonatal espontánea es una causa rara, pero potencialmente mortal, de hemorragia intraabdominal. Debe sospecharse incluso sin traumatismo evidente ni parto distócico. Se trata de un diagnóstico de exclusión, tras descartar trauma perinatal oculto, coagulopatía, infección, lesión vascular y tumor esplénico.



Figura 14. Reacción postvacunal.

Caso clínico. Recién nacida a término, con gestación, parto y periodo perinatal sin complicaciones, que a las 48 horas de vida presenta palidez, taquicardia y distensión abdominal. La analítica muestra anemia aguda grave, con hemoglobina de 6 g/dL. La ecografía identifica un bazo heterogéneo, hematoma periesplénico y hemoperitoneo abundante, compatibles con rotura esplénica. Tras la reanimación con hemoderivados, la paciente se estabiliza clínica y hemodinámicamente. El angio-TC confirmó un hematoma esplénico de 68 × 38 mm, sin sangrado activo ni lesiones subyacentes. Dada la estabilidad, se opta por tratamiento conservador, con evolución favorable, recuperación progresiva de la hemoglobina y sin precisar nuevas transfusiones. Las ecografías seriadas evidenciaron reabsorción gradual del hematoma y preservación del parénquima esplénico. El estudio etiológico fue negativo, confirmándose una rotura esplénica neonatal espontánea. Actualmente permanece asintomática, con seguimiento ecográfico.

Comentarios. La rotura esplénica debe incluirse en el diagnóstico diferencial de todo recién nacido con anemia aguda, distensión abdominal o inestabilidad hemodinámica, aun sin antecedentes traumáticos o factores predisponentes. En pacientes estables, el manejo conservador con vigilancia clínica, analítica y ecográfica puede favorecer la preservación esplénica. El deterioro hemodinámico, la hemorragia persistente o el descenso progresivo de hemoglobina requieren intervención urgente.

Toxicidad en forma de hipoglucemia en la quimioterapia de mantenimiento de leucemia linfobástica aguda (LLA). ***Almeida de Miranda G[1], Pérez Arnaiz L[1,2], Portugal Rodríguez R[1,3], Gabaldón Pastor D[1,3], Tejero Pastor L[1,2], Marrón Alonso M[1], García Terrazas A[1], Matilla Sainz-Aja N[1].*** *[1]Servicio de Pediatría; [2]Sección de Endocrinología Pediátrica; [3]Sección de Hemato-Oncología Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La hipoglucemia es una toxicidad reconocida, aunque poco habitual, de la mercaptopurina (6-MP), sobre todo durante el tratamiento de mantenimiento de la leucemia linfoblástica aguda (LLA); suele aparecer al amanecer o tras ayuno nocturno prolongado y puede ser cetósica, no necesariamente hiperinsulinémica.

Caso clínico. Paciente varón de 4 años diagnosticado de LLA-B, actualmente en ciclo de mantenimiento con asparraginasa, metotrexato y mercaptopurina que acude para tratamiento. En analítica previa a la administración de quimioterapia se observa hipoglucemia de 40 mg/dL (no valorada cetonemia, insulina 2,2, péptido C 0,4). Se revisan analíticas previas, valores límites de glucemia en otras ocasiones. No refieren sintomatología salvo cansancio matinal y un episodio aislado de sudoración profusa un día que se quedó dormido hasta las 12:00 h. Se comenta el caso con Endocrinología Pediátrica y se consensúa con los padres colocar sensor de glucosa para valorar la tendencia de glucemia intersticial y se recomienda evitar ayunos prolongados. En la descarga del lector se observan valores más bajos de glucemia de 55 mg/dL en torno a las 6-8 h de la mañana, pero no todos los días. No sintomatología asociada. Se recomienda continuar con las medidas higiénico-dietéticas y se retira sensor.

Comentarios. Acortar el período de ayuno nocturno, en lugar de modificar el horario de administración de 6-MP, resulta más efectivo en la prevención de la hipoglucemia. Si persiste la toxicidad, se debe considerar la reducción temporal de la dosis de 6-MP o una estrategia de asociación con alopurinol, ya que este fármaco reduce los niveles del metabolito resultante responsable de esta toxicidad.

Tumefacción articular sin artritis: paquidermodactilia, un diagnóstico a tener en cuenta. ***Martínez Pérez A[1], Martín Pérez E[1], Garces Más L[1], Muñoz López J[1], Viñas Vega V[1], Segovia Molina I[1,2].*** *[1]Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. [2]Centro de Salud Huerta del Rey. Área de salud Valladolid Oeste. Valladolid.*

Introducción. La paquidermodactilia es una forma poco frecuente y benigna de fibromatosis digital. Se caracteriza por un engrosamiento difuso y asintomático de los tejidos blandos en las caras laterales de las articulaciones interfalángicas proximales (IFP) de las manos. Su presentación puede simular una enfermedad inflamatoria articular, por lo que resulta importante conocer sus características clínicas para evitar el diagnóstico erróneo de artritis idiopática juvenil (AIJ).

Caso clínico. Paciente varón de 13 años, oriundo de Perú, derivado a consulta de Reumatología por tumefacción persistente de las articulaciones interfalángicas proximales (IFP) de ambas manos desde 2022, sin asociar dolor, rigidez matutina ni limitación funcional. No síntomas sistémicos asociados. En la exploración física destaca ensanchamiento de las articulaciones IFP de los dedos segundo, tercero y cuarto de ambas manos, con movilidad conservada y no limitada. La ecografía no muestra derrame articular ni signos de sinovitis en ninguno de los compartimentos. Ante los hallazgos clínicos descritos, se establece el diagnóstico de paquidermodactilia. Dada la estabilidad clínica y ausencia de repercusión funcional, se decidió el alta sin necesidad de seguimiento específico.

Comentarios. La paquidermodactilia debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la tumefacción digital persistente y asintomática durante la infancia y adolescencia. Por ello, es importante reconocer y tener en cuenta esta entidad para evitar exploraciones complementarias, innecesarias y costosas, ya que se trata de una entidad benigna que no precisa tratamiento. Además, permite tranquilizar al paciente y a la familia respecto a su carácter benigno y orientar adecuadamente el seguimiento.

Tumefacción parotídea en pediatría: importancia de la reevaluación clínica. ***Casado de Ávila R, Izquierdo García I, Anibarro Blanco E, Molano Corvo M, Cachón Salgado A, Bravo Paños M, López Nieto B, Gutiérrez Turrión AM.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. La tumefacción parotídea en Pediatría plantea un diagnóstico diferencial. Aunque la vacunación sistemática ha reducido la incidencia de parotiditis vírica, continúa formando parte del diagnóstico inicial. La progresión de los signos inflamatorios y la fiebre elevada deben hacer considerar otras etiologías, como la sialadenitis bacteriana.

Caso clínico (figuras 15A y 15B)**.** Escolar de 6 años, previamente sana y correctamente vacunada, que consulta por tumefacción submandibular derecha de 2 horas de evolución, asociada a fiebre de hasta 38°C y dudosa otalgia. Tres días después reconsulta por empeoramiento, con fiebre persistente y una temperatura máxima de 39,7°C. En la exploración destacaba una progresión de la inflamación respecto a la valoración inicial, con tumefacción e induración de la región parotídea derecha, eritema, aumento de temperatura y extensión hacia regiones cervical y submentoniana. Presentaba adenopatías submandibulares, sin supuración por el conducto de Stenon. Los reactantes de fase aguda estaban discretamente elevados, sin leucocitosis ni neutrofilia. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para detección del virus de la parotiditis fue negativa y la serología mostró inmunoglobulina M negativa e inmunoglobulina G positiva. Ante la evolución se consideró probable sialadenitis bacteriana. Se administró una dosis de amoxicilina-clavulánico intravenoso, continuándose por vía oral durante 10 días, con evolución favorable.





Figura 15. Tumefacción parotídea.

Comentarios. La progresión de una tumefacción parotídea, especialmente asociada a fiebre elevada y signos inflamatorios, debe motivar una reevaluación diagnóstica. Este caso destaca la importancia de integrar la evolución clínica, la exploración y los resultados microbiológicos para diferenciar una parotiditis vírica de una sialadenitis bacteriana y orientar el tratamiento.

Entre la vacuna y la infección: el reto diagnóstico del lactante febril. ***Paíno Roman M[1], Anibarro Blanco E[1], Rodríguez González A[2], Domínguez Villoria M[2], De La Calle Cabrera T[1].*** *[1]Hospital Clínico de Salamanca. Salamanca. [2]Centro de Salud Casto Prieto. Salamanca.*

Introducción. La fiebre en el lactante pequeño exige descartar una infección bacteriana invasiva (IBI). La vacunación reciente puede causarla, pero no excluye una infección concomitante. El papel de la procalcitonina (PCT) para estratificar este riesgo es incierto.

Caso clínico. Lactante varón de 2 meses, previamente sano, que acudió a Urgencias por fiebre de 39,1°C e irritabilidad de 3 horas de evolución, 12 horas después de recibir las vacunas pentavalente, antineumocócica y MenB. Presentaba buen estado general, exploración sin foco, leucocitos normales, proteína C reactiva (PCR) de 3,42 mg/dL, PCT de 1,10 ng/mL y sistemático de orina normal. Se recogieron cultivos, se inició cefotaxima intravenosa y permaneció ingresado hasta obtener los resultados. Presentó fiebre durante 12 horas, quedando posteriormente afebril y asintomático. Hemocultivo, urocultivo y panel viral fueron negativos. A las 36 horas persistían PCR de 3,41 mg/dL y PCT de 1,10 ng/

mL; al cuarto día descendieron a 0,48 mg/dL y 0,34 ng/mL, respectivamente. Fue dado de alta con diagnóstico de reacción vacunal. La literatura contempla teóricamente la elevación de marcadores inflamatorios tras la vacunación.

Conclusiones. La vacunación puede causar fiebre sin foco, pero en menores de 3 meses no excluye una IBI, cuyo riesgo depende del contexto clínico. La ausencia de otros síntomas, los cultivos negativos y el descenso de biomarcadores apoyaron una probable reacción vacunal sistémica. Se necesitan estudios sobre el papel de los reactantes de fase aguda (RFA) para diferenciar IBI de reacción vacunal.

Viernes 13 de noviembre • Salón Granada

Una cojera de origen inesperado. ***Segovia López SM, Corihuela Menéndez P, Valdés Vallejo L, González Polán L, Hernández Crespo T, Bueno Pardo S, González García J, Fernández Menéndez A.*** *Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias.*

Introducción. La osteomielitis sacra es una infección infrecuente en Pediatría, con manifestaciones inespecíficas como fiebre, dolor y cojera que dificultan su diagnóstico. Esta localización puede pasar desapercibida por la ausencia de signos inflamatorios locales y el dolor referido en regiones alejadas del foco infeccioso.

Caso clínico. Niña de 12 años, sin antecedentes de interés, que consulta por fiebre, cojera y dolor en muslo izquierdo que aumenta con los movimientos de cadera. 4 días antes había sufrido una quemadura en la mano izquierda. Presenta dolor a la palpación del muslo, sin eritema ni calor. La analítica muestra elevación de proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular, sin leucocitosis. El hemocultivo resulta positivo para *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina en las primeras 24 horas. Ante la bacteriemia y persistencia de la clínica, se realiza resonancia magnética, que evidencia edema óseo del ala sacra izquierda (S1-S2), con cambios inflamatorios de partes blandas intrapélvicas y mínima afectación del músculo piriforme, sin abscesos, compatible con osteomielitis sacra. Tras 4 días de cefazolina intravenosa, se cambia a cefadroxilo oral hasta completar 4 semanas de tratamiento, con evolución favorable.

Comentarios. La ausencia de signos inflamatorios locales o leucocitosis no excluye una infección profunda. Ante una bacteriemia por *Staphylococcus aureus* con clínica musculoesquelética, es fundamental buscar un foco infeccioso. La resonancia magnética permite localizar la lesión y valorar su extensión. En casos no complicados con evolución favorable, puede realizarse transición a antibioterapia oral para completar 3-4 semanas de tratamiento.

Uso de ketamina en sedoanalgesia pediátrica: eficacia y seguridad. ***Horjales Monteagudo S, Del Olmo Poza D, Escudero Cuesta L, Melnic Melnic D, Peláez Sánchez A, Rodríguez López A, López Fernández C, Gómez Arce A.*** *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

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

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo prospectivo de los procedimientos dolorosos realizados con ketamina entre septiembre 2024-septiembre 2026 en pacientes menores de 16 años. Se realizó una hoja de registro específica, cumplimentada durante la asistencia. Se analizaron variables demográficas, indicación, dosis, efectividad, eventos adversos, medidas de estabilización y destino al alta.

Resultados. Se incluyeron 108 pacientes, con una mediana de edad de 8 años (RIC 6-10). El 61,1% fueron varones y Agosto concentró el mayor porcentaje de procedimientos (19,4%). La principal indicación fue la reducción de fracturas desplazadas (92,6%). El 91,7% presentaba un triángulo de evaluación pediátrica estable, siendo el nivel de triaje 3 el más frecuente. El 65,7% recibió analgesia previa, principalmente fentanilo intranasal (48,1%). La dosis de ketamina fue 1 mg/kg en el 94,4%, precisando 5 pacientes dosis adicionales. La efectividad fue buena en el 80,6% y parcial en el 13,9%. Se registraron eventos adversos en el 17,6%, principalmente respiratorios (7,4%) y vómitos (5,6%). Ninguno requirió medidas de soporte avanzado. El 85,1% recibió el alta domiciliaria y el 14,7% ingresó por motivos no relacionados con la sedoanalgesia.

Conclusión. En nuestro estudio la ketamina mostró un buena efectividad y un perfil de seguridad favorable para procedimientos de sedoanalgesia. Los efectos adversos fueron escasos, sin precisar ninguno de ellos medidas de soporte avanzado.

Valor de las características clínicas en la diferenciación etiológica de la inflamación parotídea pediátrica. ***Carro del Amo J, Viñas Vega V, Fernández Toledano B, García-Arroba Andres A, García Juárez S, Salamanca Zarzuela B, González Arranz MJ.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Objetivo. Caracterizar la inflamación parotídea pediátrica y analizar los factores asociados al uso de antibioterapia.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes pediátricos con inflamación parotídea atendidos en un servicio de urgencias de un hospital terciario durante 30 meses.

Resultados. Se incluyeron 88 pacientes (edad media 80,9 ± 43,8 meses; 60,2% varones). La afectación fue unilateral en el 98,9%. El 27,3% presentó fiebre. El diagnóstico más frecuente fue parotiditis aguda (83,0%), seguido de parotiditis recurrente (12,5%). Se realizaron serologías en 47,7% de los casos, predominando la positividad aislada de IgG frente al virus de la parotiditis. La PCR para este virus fue negativa en todos los estudiados. La amilasa se determinó en 41 (media 394 U/L) y la proteína C reactiva (PCR) en 38 (25,3 mg/L). Se solicitó ecografía en el 21,6% de los casos. Recibieron antibioterapia 14 pacientes (15,9%), principalmente amoxicilina-clavulánico, y 3 (3,4%) precisaron ingreso. Los pacientes con dolor, fiebre o antibioterapia presentaron valores de PCR significativamente superiores ($p< 0,05$).No se observaron asociaciones entre edad, amilasa o estado vacunal y la presencia de fiebre o dolor, ni diferencias clínicas o analíticas entre los distintos diagnósticos.

Conclusiones. La inflamación parotídea pediátrica presentó un curso benigno, con predominio de cuadros unilaterales, baja tasa de ingreso, rentabilidad microbiológica baja y escasa antibioterapia. La PCR fue el marcador más asociado a la clínica y al uso de antibióticos. La similitud clínica y analítica entre los distintos diagnósticos dificultó el diagnóstico diferencial. La variabilidad en el estudio etiológico sugiere margen de mejora en la estandarización diagnóstica.

Valoración tras un traumatismo craneal: más allá de la evaluación neurológica. ***Posadilla Suárez P, López Pérez E, Navas Méndez de Andes F, Fernández Prieto A, Gutiérrez Porro X, Blanco González A, Andrés Andrés AG.*** *Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

Introducción. El traumatismo craneoencefálico (TCE) constituye un motivo frecuente de consulta en urgencias pediátricas. La mayoría de las veces una exploración neurológica normal conlleva una evolución favorable y escaso riesgo de complicaciones, pero determinados hallazgos clínicos sutiles pueden sugerir lesiones craneales subyacentes.

Caso clínico. Niña de 3 años que acude a urgencias tras una caída desde la cama con impacto en región occipital. Presenta en domicilio episodio de pérdida transitoria de visión de 30 segundos de duración, seguido de alteración de la coordinación durante 5 minutos, sin pérdida de conocimiento ni vómitos. A su llegada a urgencias destaca irritabilidad excesiva transitoria compatible con disfunción neurológica en el triángulo de evaluación pediátrica, sin focalidad neurológica ni otras alteraciones en la exploración inicial. Cuando se muestra más colaboradora, se completa la exploración con otoscopia bilateral, identificándose hemotímpano derecho. Ante la sospecha de fractura craneal, se realiza una TAC craneal que evidencia burbuja de gas en el seno sigmoideo derecho, compatible con fractura de las celdillas mastoideas. Ingresa para vigilancia clínica, con evolución posterior favorable sin complicaciones.

Comentario. El hemotímpano constituye un signo clínico relevante en el traumatismo craneoencefálico pediátrico, y su presencia se ha asociado en un 50% a fracturas del hueso temporal y de la base del cráneo. Este caso resalta la importancia de realizar una otoscopia minuciosa en la valoración inicial del TCE, ya que su identificación puede ser determinante para solicitar pruebas de neuroimagen en pacientes sin otros datos de alarma y con exploración neurológica normal.

Referencias bibliográficas:

– Lee D, Honrado C, Har-El G, Goldsmith A. Pediatric temporal bone fractures. Laryngoscope. 1998;108(6):816-21. https://doi.org/10.1097/00005537-199806000-00008.
– Algouneh A, Madou E, Gandhi K, Paradis J, Graham ME, Strychowsky J, Husein M, You P. Paediatric temporal bone fractures: a single centre experience. J Laryngol Otol. 2025;139(2):113-117. https://doi.org/10.1017/S0022215124001397.

Atención continuada en una Unidad de Cuidados Crónicos Complejos y Paliativos Pediátricos: experiencia inicial de un nuevo modelo asistencial. ***Hedrera Fernández A, García Howard M, Mata Zubillaga D, Pérez López L, Muñoz Lumbreras M, Fernández Montes R, Garrido García E, Concha Torre A.*** *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivo. Describir la actividad desarrollada desde la implantación de un programa de atención continuada para pacientes de una Unidad De Cuidados Crónicos Complejos y Paliativos Pediátricos.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de las asistencias realizadas entre marzo y septiembre de 2026 dentro del programa de atención continuada de la unidad y del resultado de las mismas (resolución telefónica, asistencia presencial domiciliaria o derivación hospitalaria). El programa se ofrece a todos los pacientes incluidos en la unidad (69 pacientes) y cuenta con un pediatra y una enfermera localizados, con atención telefónica y posibilidad de asistencia presencial en situaciones de final de vida.

Resultados. Se registraron 147 asistencias totales. Los meses con mayor actividad fueron abril y septiembre (31 consultas cada uno). La resolución fue exclusivamente telefónica en 124 ocasiones (84,4%). Veintitrés consultas (15,6%) requirieron valoración presencial, 12 en el domicilio (8,2%) y 11 en urgencias (7,5%), concentrándose la mayoría (17) en los tres primeros meses de funcionamiento. Durante el periodo analizado fallecieron cuatro pacientes, tres en domicilio y uno en el hospital. Los principales motivos de consulta fueron procesos infecciosos y respiratorios, así como incidencias relacionadas con dispositivos de nutrición y soporte respiratorio.

Conclusiones. Durante los primeros meses de implantación del programa se observó una elevada capacidad de resolución telefónica y una baja necesidad de asistencia presencial. La experiencia inicial sugiere una progresiva consolidación del recurso. Son necesarios estudios a más largo plazo para evaluar su impacto sobre indicadores clínicos y asistenciales, incluyendo ingresos evitados, satisfacción de las familias y reducción de desplazamientos.

Enfermedad de Norrie: características clínicas, genéticas y evolución. A propósito de dos casos. ***Domínguez Sevillano B[1], Rikeros Orozco EK[2], Gómez Cano MA[2], Sus Usero J[1], Arroyo Ruiz R[1,3], Prieto Matos P[1,3], Criado Muriel MC[1,3], Seidel VA[2].***
[1]Servicio de Pediatría; [3]Unidad de Diagnóstico Avanzado de Enfermedades Raras de Castilla y León (DIERCyL). Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. [2]Instituto de Genética Médica y Molecular. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Describir las características clínicas, genéticas y la evolución de dos hermanos varones con síndrome de Norrie.

Material y métodos. Estudio descriptivo de dos casos clínicos. Se revisaron los antecedentes familiares y personales, características oftalmológicas y de audición, desarrollo psicomotor y el estudio molecular del gen *NDP*.

Casos clínicos. ***Caso 1.*** Varón de 9 años, tercer hijo de padres sanos no consanguíneos. Se diagnosticó de síndrome de Norrie a los 7 meses, mediante un panel genético que incluía genes relacionado con patología ocular detectó una variante patogénica en *NDP* (NM_000266.4:c.313_314delG CinsTT;p.Ala105Leu), heredada de la madre. Presenta vitreorretinopatía exudativa, intervenida en tres ocasiones, con una visión residual del 10-15%. La audición es normal en los controles anuales de otorrinolaringología. Recibió atención temprana por retraso del desarrollo, con muy buena evolución.

Caso 2. Varón de 15 años con miopía magna (portador de gafas) e hipoacusia neurosensorial leve, sin alteraciones del neurodesarrollo. Se realizó secuenciación Sanger de la variante presente en el hermano, con estudio positivo. En cuanto a los antecedentes familiares, el abuelo materno y su hermano gemelo presentaban discapacidad visual, con audición conservada.

Conclusiones. Ante un varón con patología retiniana de inicio precoz y antecedentes familiares en rama materna debe sospecharse una enfermedad ligada al cromosoma X. Una misma variante puede dar fenotipos distintos en una familia: en este caso, el paciente conserva la audición y su hermano tiene hipoacusia. El estudio genético permite el consejo familiar, y el seguimiento debe ser multidisciplinar, asociando apoyo educativo adaptado.

Enfermedades olvidadas en un mundo globalizado. ***Angulo Sánchez V[1], Rodríguez Miguélez M[2], Dios Puebla ME[1], Bujedo Muñoz A[1], Moroso González P[1], Pérez Ortiz D[1], González García N[1], Vozmediano Antón C[1].*** *[1]Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. [2]Centro de Salud Los Comuneros. Burgos.*

Introducción. La causa prevenible más frecuente de hipotiroidismo a nivel mundial es el déficit de yodo. Actualmente, en nuestro país es anecdótico gracias a la yodación de la sal. Sin embargo, no debemos olvidarnos de ella debido a la situación actual de globalización. Los menores procedentes de zonas de conflicto bélico constituyen una población vulnerable a carencias nutricionales de micronutrientes, frecuentemente silentes en la edad pediátrica.

Caso clínico. Niño de 7 años en situación de acogida por conflicto bélico, sin antecedentes patológicos conocidos y completamente asintomático. Exploración normal. Se realiza analítica sanguínea en contexto de protocolo de acogida del niño inmigrante detectándose TSH elevada con T4 libre en límite junto con déficit de vitamina D y ferropenia. Procedimientos diagnósticos:

- Yoduria en miccion aislada y en orina de 24 h disminuida que correspondería a consumo insuficiente, deficiencia media.
- AS: Ac antitiroideos negativos.

Juicio clínico: probable hipotiroidismo secundario a déficit de yodo. *Tratamiento:* se inician suplementos orales de yodo 300 µg/día durante 2 meses. En siguiente analítica descenso de niveles de TSH.

Conclusión. En edad infantil un hipotiroidismo no detectado puede comprometer el rendimiento cognitivo. La globalización y el aumento de menores procedentes de zonas en conflicto obligan a mantener en mente diagnósticos poco habituales en nuestro entorno pero frecuentes a nivel mundial.

Hallazgo de múltiples anomalías congénitas: diagnóstico diferencial entre la asociación VACTERL y la pentalogía de Cantrell. ***Matilla Sainz-Aja N[1], Montaner Ramon A[2], Prieto Domínguez C[1], Pérez Ortiz D[1], González García N[1], Moroso González P[1], Bujedo Muñoz A[1], Angulo Sánchez V[1].*** *[1]Hospital Universitario de Burgos. Burgos. [2]Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Introducción. Las malformaciones congénitas múltiples plantean un reto diagnóstico debido al solapamiento fenotípico entre distintas entidades. La evaluación clínica y anatómica, junto con el estudio genético, permite orientar el diagnóstico etiológico.

Caso clínico. Recién nacido prematuro de 29+2 semanas de edad gestacional, segundo gemelo de una gestación monocorial-biamniótica, con antecedente materno de tratamiento quimioterápico. Se realizó cesárea urgente por bradicardia sostenida fetal. Presentaba restricción del crecimiento intrauterino tipo I y, al nacimiento, múltiples anomalías congénitas:

- Cardíaca: comunicación interventricular (CIV) muscular moderada.
- Óseas: hemivértebra lumbar, esternón prominente y bicorne, y malformación clavicular.
- Digestivas: atresia esofágica tipo III y onfalocele mínimo intraumbilical.
- Renales: dilatación pielocalicial bilateral.

El estudio genético inicial no ha identificado hallazgos concluyentes y la caracterización etiológica permanece pendiente. El hermano gemelo no presenta anomalías conocidas.

Comentarios y conclusiones. La coexistencia de anomalías vertebrales, cardíacas y traqueoesofágicas plantea la asociación VACTERL, con posible afectación renal asociada. Asimismo, la CIV, la alteración esternal y el onfalocele orientan hacia la consideración de una pentalogía de Cantrell, aunque no se han documentado defectos diafragmáticos ni pericárdicos. Este caso destaca la importancia de integrar los hallazgos fenotípicos y anatómicos para establecer un diagnóstico diferencial riguroso. La caracterización genética y la evaluación multidisciplinar serán fundamentales para completar el estudio etiológico.

La pediatría a través de 20 años de ciencia: evolución de las temáticas presentadas en las reuniones de la SCCALP. ***Viñas Vega V[1], López Muñoz J[1], Garcés Mas L[1], Martínez Pérez A[1], Martín Pérez E[1], Sumpsi Sánchez C[1], Fraile Astorga G[2], Salamanca Zarzuela B[1].*** *[1]Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. [2]Pediatría. Centro de Atención Primaria de Cuéllar. Cuéllar, Segovia.*

Objetivos. Analizar a través de los trabajos presentados en las reuniones de SCCALP los temas de interés científico pediátrico.

Material y métodos. Estudio descriptivo que incluye los trabajos presentados en las reuniones de la SCCALP en los últimos entre 2006-2025. Se recoge tipo de presentación, origen y temática.

Resultados. Se han presentado 4.171 trabajos (2.068 póster, 1.102 comunicaciones orales). Media trabajos/año es de 208 (máximo 358 en 2026, mínimo 79 en 2020). 2.467 casos clínicos, 365 series de casos y 1.628 estudios (1.192 retrospectivos, 224 transversales, 153 prospectivos, 12 ensayos clínicos, 6 metaanálisis y 37 revisiones). 1.649 son multicéntricos, en 109 han participado otros hospitales nacionales y en 13, internacionales. Las temáticas más representadas han sido patología infecciosa (n= 517 trabajos), neonatología (n= 492) y neurología (n= 399). La materia más frecuente de los casos clínicos es la infecciosa y en los estudios la neonatología. En el primer grupo el tema más recurrente han sido las infecciones bacterianas atípicas y en el segundo las malformaciones congénitas y las secundarias a patología materna. Atención primaria ha participado en 337 de los trabajos. Desde 2020 el porcentaje de casos clínicos ha aumentado (P< 0,05) suponiendo una media del 70%, y el porcentaje de estudios transversales y prospectivos también.

Conclusiones. los temas persistentemente más frecuentes son infecciones y neonatología. En el primer caso se presentan sobre todo casos clínicos. Salud mental y cuidados paliativos han aumentado su presencia en los últimos 5 años. El número de trabajos presentado y el porcentaje de estudios ha disminuido desde el 2020.

La sorpresa de la proteinuria: el síndrome del cascanueces más allá del dolor abdominal. ***Rodríguez Morán C, Cachon Salgado A, Casado de Ávila R, Escobar Hernaiz B, López Nieto B, Balbuena Mejias Y, Sus Usero J, Criado Muriel C.*** *Centro Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. Ante la detección de proteinuria persistente en la infancia, debe realizarse estudio con un amplio diagnóstico diferencial. El síndrome del cascanueces es una causa poco frecuente de proteinuria, y se define como una comprensión extrínseca de la vena renal izquierda entre la arteria aorta y la arteria mesentérica superior. La congestión vascular retrógrada puede producir alteraciones urinarias (proteinuria y hematuria, muy frecuentemente fluctuantes), dolor pélvico e incluso disfunción renal.

Caso clínico. Adolescente de 13 años, sin antecedentes médicos, con hallazgo incidental de proteinuria, en contexto

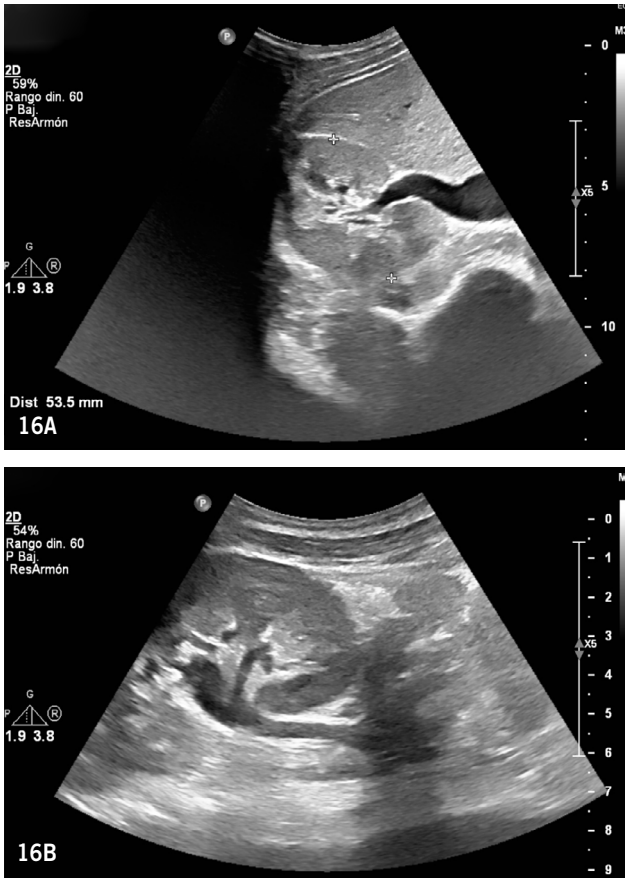


Figura 16. Proteinuria: síndrome del cascanueces.

de tira reactiva realizada por edema palpebral, que fue atribuido a celulitis septal con buena evolución. No presentó síntomas digestivos en ningún momento. Se confirma proteinuria en controles posteriores, con índice proteína-creatinina en orina muy variable (0,88-0,39), con presencia de albuminuria. En la analítica sanguínea, se confirma función renal normal. Se realiza estudio de autoinmunidad con resultado negativo, y función renal sin otras alteraciones. En ecografía abdominal (figuras 16A y 16B), se detecta disminución de calibre de la vena renal izquierda a nivel de la pinza aorto-mesentérica, en relación con Sd. del cascanueces. El paciente permanece estable y se mantiene en seguimiento, sin precisar tratamiento por el momento.

Conclusiones:

- La ecografía abdominal debe ser una de las pruebas diagnósticas en la valoración inicial de proteinuria.
- El síndrome del cascanueces puede ser una causa de proteinuria fluctuante, sobre todo en varones adolescentes. Es frecuente que la proteinuria sea postural, pero también puede no encontrarse relación clara con ortostatismo.
- La proteinuria persistente puede requerir tratamiento con IECAs.

Lo alarmante de las lesiones versus la benignidad del proceso. ***Gutiérrez Porro X[1], Sans Pérez L[2], López Pérez E[1], Posadilla Suárez P[1], Blanco González A[1], Fernández Prieto A[1], Andrés Andrés AG[1].*** *[1]Complejo Asistencial Universitario de León. León. [2]Hospital El Bierzo. Ponferrada, León.*

Introducción. Los exantemas en lactantes son una causa muy frecuente de consulta en urgencias pediátricas. La mayoría son de causa vírica, pero siempre hay que tener en mente otras etiologías de mayor gravedad como la anafilaxia o la sepsis meningocócica. Entre los considerados banales destacamos el edema hemorrágico agudo del lactante (EHAL): una vasculitis de pequeño vaso, muchas veces infradiagnosticada, que afecta a lactantes tras infecciones, administración de fármacos o vacunas. Se caracteriza por lesiones purpúricas y edematosas en zonas acras, sin afectación del estado general, que puede llegar a ser muy alarmante por la extensión y características de las lesiones.

Caso clínico. Lactante de 16 meses, sin antecedentes y vacunación al día, que acude por fiebre, cuadro catarral y aparición súbita de múltiples lesiones purpúricas palpables en extremidades, rostro y pabellones auriculares. Presenta edema doloroso en dorso de mano izquierda con flictena asociada. No afectación de mucosas. Constantes en rango y resto de exploración normal. Analítica sanguínea con elevación de reactantes de fase aguda y coagulación normal; hemocultivo y tira de orina negativos. Ante la llamativa expresividad clínica del cuadro con edema moderado y despegamiento cutáneo se decide ingreso para vigilancia clínica y tratamiento corticoideo. Permanece afebril, con excelente estado general y resolución clínica progresiva, sin complicaciones.

Comentarios. Presentamos este caso de EHAL para enfatizar que una llamativa afectación cutánea no siempre se asocia a gravedad. La sospecha clínica junto al buen estado general permite, en la mayoría de estos procesos, evitar pruebas complementarias y tratamientos innecesarios.

Neurofibromatosis tipo 1: variabilidad fenotípica en dos pacientes pediátricos. ***Matilla Sainz-Aja N, Melgosa Peña M, Navarro Abia V, Conejo Moreno D, Portugal Rodríguez R, Gabaldón Pastor D, Angulo Sánchez V, Almeida de Miranda G.*** *Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La neurofibromatosis tipo 1 (NF1) es una enfermedad genética multisistémica caracterizada por manifestaciones cutáneas, oftalmológicas, neurológicas y tumorales de expresividad variable. Su diagnóstico se basa en criterios clínicos y genéticos. Se presentan dos casos pediátricos con diferente expresión fenotípica y evolución clínica.

Casos clínicos. ***Caso 1.*** Adolescente de 12 años con diagnóstico de NF1 en su país de origen. Presenta manchas café con leche, nódulos de Lisch y glioma de la vía óptica asociado a pubertad precoz central, cumpliendo criterios clínicos diagnósticos de NF1. Residente en España desde los 10 años, permanece pendiente de confirmación genética. Mantiene un neurodesarrollo adecuado y seguimiento multidisciplinar por Neuropediatría, Dermatología, Oftalmología y Oncología. Ha recibido tratamiento con vinblastina semanal durante 70 semanas, con estabilidad radiológica del glioma.

Caso 2. Niña de 5 años con diagnóstico clínico y genético de NF1. Presenta manchas café con leche y efélides axilares. Existen antecedentes familiares de NF1 por rama materna, aunque el estudio genético materno no identifica la variante familiar. Permanece en seguimiento por Oftalmología y Neuropediatría, sin manifestaciones clínicas relevantes adicionales hasta la fecha.

Comentarios. La NF1 presenta una expresividad fenotípica variable y manifestaciones cuya aparición y evolución difieren entre pacientes. Estos dos casos ilustran un espectro clínico que abarca desde la afectación tumoral con repercusión endocrinológica hasta un fenotipo predominantemente cutáneo. El seguimiento multidisciplinar individualizado es fundamental, con especial atención a la vigilancia oftalmológica durante la infancia para detectar precozmente posibles complicaciones, como los gliomas de la vía óptica.

Más allá del fenotipo: una pista genética en el metabolismo de los ácidos biliares. ***García Mier C[1], Melnic Melnic D[1], Recio González M1, Camacho Saez B[1], Peláez Sánchez A[1], Sierra Pedraja E[1], Díaz González A[2], Palacios Sánchez M[1].*** *[1]Servicio de Pediatría y sus áreas específicas, Servicio de Digestivo; [2]Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La hipertransaminasemia persistente en la infancia requiere una evaluación etiológica sistemática. Cuando el estudio convencional es negativo, el análisis genético puede orientar hacia enfermedades metabólicas infrecuentes.

Caso clínico. Niño de 10 años con elevación persistente de aspartato aminotransferasa y alanina aminotransferasa desde noviembre de 2024, sin síntomas, ictericia ni hepatomegalia. La gamma-glutamiltransferasa y la bilirrubina se mantuvieron normales, y la ecografía abdominal no mostró alteraciones. El estudio etiológico, incluidas serologías de virus hepatotropos, ceruloplasmina y alfa-1-antitripsina, no identificó una causa. Se detectaron anticuerpos antimúsculo liso a título 1:80, con inmunoglobulina G normal. Las transaminasas fluctuaron, con valores máximos de alanina aminotransferasa de 153 U/L y aspartato aminotransferasa de 86 U/L. El panel genético identificó en homocigosis la variante probablemente patogénica c.673C>T (p.Arg225Trp) en ACOX2, considerada compatible con un trastorno hereditario relacionado con la síntesis de ácidos biliares. Se solicitaron ácidos biliares séricos y estudio de segregación familiar, y se inició el tratamiento con ácido ursodesoxicólico.

Comentarios. Este caso destaca que una hipertransaminasemia persistente aislada, con gamma-glutamiltransferasa normal y ecografía sin alteraciones, puede justificar ampliar el estudio hacia causas genéticas cuando la evaluación inicial no es concluyente. El hallazgo molecular orienta el diagnóstico, cuya caracterización se encuentra pendiente de completar con los estudios bioquímicos y familiares.

Neutropenia autoinmune en pediatría: estudio sobre la asociación con el fenotipo eritrocitario Duffy. ***Fernández Herrera MC[1], Escobar Fernández L[1], Pérez Gutiérrez ME[1], González García H[1], Martín Alonso MDC[2], González Fraile I[2], Romero del Hombrebueno Gómez del Pulgar Y[1], Fraile Manzano MI[1].*** *[1]Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. [2]Centro de Hemoterapia y Hemodonación Castilla y León Valladolid.*

Introducción. La neutropenia es un hallazgo frecuente en la infancia. El diagnóstico diferencial es amplio, siendo dos de las entidades más frecuentes la neutropenia autoinmune y la neutropenia étnica benigna. En la primera encontraremos anticuerpos antineutrófilo mientras que en la segunda es característico el fenotipo eritrocitario Duffy doble negativo. Ambas son entidades diferenciadas, sin embargo, hemos detectado en nuestra muestra pacientes con anticuerpos antineutrófilo y fenotipo eritrocitario Duffy doble negativo. Dicha asociación no está descrita en la literatura, por lo que se planteó este estudio. *Objetivo principal:* 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. Se han estudiado 154 pacientes pediátricos con neutropenia autoinmune, analizando diferentes variables y características, así como el antígeno eritrocitario Duffy (40%), que fue doble negativo en el 22%. Paralelamente se estudiaron donantes sanos con fenotipo eritrocitario Duffy doble negativo.

Conclusiones. Son necesarios más estudios que analicen la relación de la neutropenia autoinmune y el antígeno eritrocitario Duffy.

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

Primera experiencia de donación en asistolia controlada en un paciente pediátrico en un hospital de tercer nivel. ***Villa Álvarez M[1], García Howard M[1], Pérez López L[1], Hedrera Fernández A[1], Muñoz Lumbreras M[1], Astola Hidalgo I[2], Muñoz Hernández MB[1], Concha Torre A[1].*** *[1]Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. [2]Coordinador Autonómico de Trasplantes del Principado de Asturias.*

Introducción. La donación en asistolia controlada (DAC) pediátrica plantea retos clínicos, éticos y organizativos. Presentamos la primera experiencia de DAC pediátrica en nuestro centro, realizada en un paciente afecto de leucodistrofia metacromática (LDM), una enfermedad neurodegenerativa que no constituye, por sí sola, una contraindicación absoluta para la donación.

Caso clínico. Se presenta el caso de un varón diagnosticado de LDM a los dos años, en seguimiento por la unidad de Cuidados Crónicos Complejos y Paliativos Pediátricos (UCCPP) con dependencia completa para actividades básicas, gastrostomía e insuficiencia respiratoria crónica con ventilación no invasiva domiciliaria. A los 10 años, tras una infección respiratoria presentó deterioro progresivo e insuficiencia respiratoria grave, identificándose una situación irreversible de final de vida. La familia había expresado previamente su deseo de donar órganos, por lo que se coordinó el traslado hospitalario, manteniendo la atención centrada en el paciente y su familia. Ingresó en Cuidados Intensivos Pediátricos y se planificó la retirada de las medidas de soporte vital, realizada en quirófano con acompañamiento familiar. Tras certificar el fallecimiento, se efectuó una DAC tipo III de Maastricht obteniendo corazón, hígado y riñones. La evolución inicial fue favorable en los cuatro receptores, según la información disponible.

Conclusiones. La DAC pediátrica puede considerarse en pacientes seleccionados con enfermedades irreversibles en situación de final de vida. Determinadas enfermedades de origen metabólico como la LDM no excluyen la donación, que requiere una valoración individualizada. La planificación anticipada y la coordinación multidisciplinar permiten integrar la donación respetando las decisiones clínicas y familiares.

Reconocimiento precoz del síndrome de CLAPO: a propósito de un caso. ***Visconti Vivas RT, Enriquez Zarabozo EM, Vega Mata N, Calvo Penin C, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca SE, Villarreal Molina BM, Álvarez Muñoz V.*** *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El síndrome de CLAPO es una entidad rara caracterizada por malformación capilar del labio inferior, malformación linfática facial-cervical, asimetría facial o de extremidades y sobrecrecimiento parcial/generalizado. Está asociado a mutaciones somáticas del gen PIK3CA. La malformación capilar del labio inferior, parece ser una característica constante y casi patognomónica.

Caso clínico (figuras 17A, 17B y 17C)**.** Recién nacido varón a término, ecografías prenatales normales. Valorado

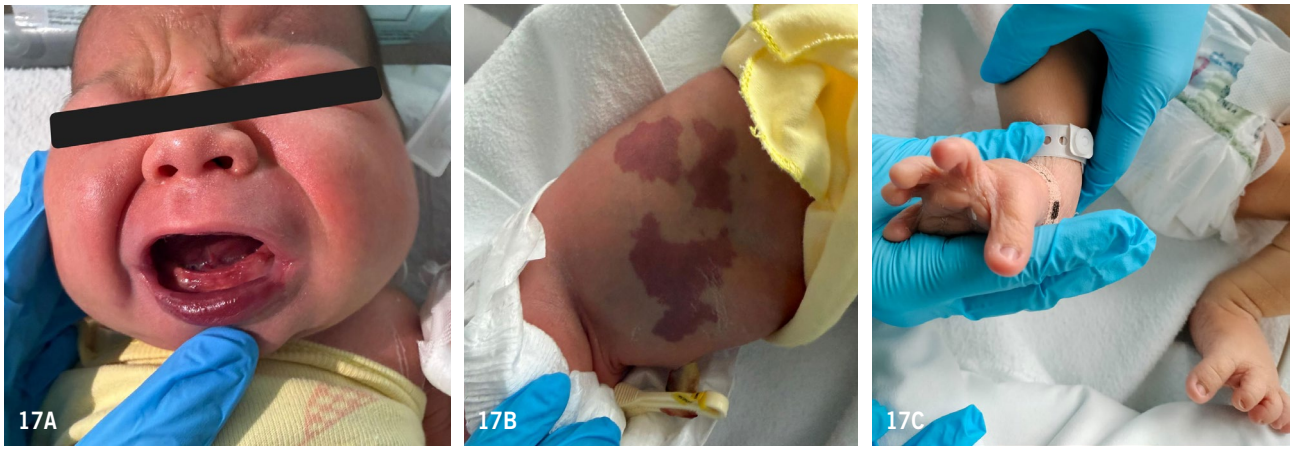


Figura 17. Quemadura por extravasación.

a las 16 horas de vida por malformaciones vasculares. Exploración: malformación capilar en labio inferior que se extendía más allá del bermellón hasta la encía inferior, malformación sublingual violácea posible veno-linfática, asimetría facial por aumento de volumen en mejilla izquierda y quiste palpable en mejilla derecha de probable malformación linfática, malformaciones capilares frontal izquierda y tres troncular es de patrón geográfico, y sandal gap bilateral. Presentó estridor inspiratorio progresivo, sin requerir soporte; tras ecografía y tomografía cervical se derivó a Centro Nacional de Referencia. RM cervical: malformación facio-cervical transespacial bilateral, de predominio derecho y probablemente linfática macroquística. Broncoscopia: compresión hipofaríngea derecha y epiglotis en omega. Se inició rapamicina oral al día 13 de vida, ajustando dosis según niveles sanguíneos, con buena tolerancia y mejoría de síntomas. A las 10 semanas de seguimiento, condición estable, con aparente disminución de malformación malar derecha.

Conclusiones. Una malformación capilar extensa del labio inferior en un neonato debe hacer sospechar síndrome CLAPO y orientar la búsqueda de malformación linfática cervical asociada, por su posible compromiso de la vía aérea. El reconocimiento y el manejo multidisciplinar permiten valorar tratamiento precoz; en este caso, rapamicina.

Síndrome de Alport en edad pediátrica. ***Ortega Macías M[1], Puente Montes S[1], Delgado Lafuente A[1], Campo Fernández MN[1], Vilches Fraile S[1], Arnelas Gil L[1], Fekete López E[1], Garrote Adrados JA[2].*** *[1]Servicio de Pediatría; [2]Servicio de Análisis clínicos. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Objetivos. Describir las características clínicas, genéticas y evolutivas de una serie de pacientes pediátricos con síndrome de Alport seguidos en un hospital terciario.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes menores de 14 años con diagnóstico de síndrome de Alport en seguimiento por nefrología pediátrica, entre 2017 y 2026. Se recogieron variables demográficas, antecedentes familiares, manifestaciones renales y extrarrenales, hallazgos genéticos, tratamiento y evolución clínica.

Resultados. Se incluyeron 7 pacientes, de los cuales 4 eran varones, con una mediana de edad al diagnóstico de 6 años. La forma de presentación más frecuente fue la hematuria microscópica persistente, presente en 5 casos, seguida de hematuria macroscópica en 1 caso y proteinuria al diagnóstico en otro. Fueron diagnosticados mediante cribado familiar 2 de ellos. El diagnóstico molecular identificó variantes patogénicas en COL4A5 en 3 pacientes, COL4A3 en otros 3 y COL4A4 en 1. Durante el seguimiento, todos mantuvieron un filtrado glomerular conservado. Las manifestaciones extrarrenales fueron infrecuentes, detectándose hipoacusia neurosensorial en 1 paciente y ausencia de alteraciones oftalmológicas relevantes. Se inició tratamiento nefroprotector con inhibidores del sistema renina-angiotensina en 3 pacientes, asociándose dapagliflozina en 2 de ellos.

Conclusiones. El síndrome de Alport muestra una notable heterogeneidad clínica y genética en edad pediátrica. La hematuria persistente es la principal forma de presentación, mientras que las manifestaciones extrarrenales son poco frecuentes en fases iniciales. El diagnóstico genético permite una confirmación precoz de la enfermedad, facilita la caracterización del patrón hereditario y favorece la instauración temprana de estrategias de nefroprotección y seguimiento individualizado.

Síndrome de Arboleda-Tham: descripción de un caso clínico. ***Valdés Vallejo L, González Polán L, Segovia López SM, Álvarez Blanco E, De Juan Vázquez D, Corihuela Menéndez P, Pardo de la Vega R.*** *Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias.*

Introducción. El avance en las técnicas de diagnóstico genético permite la identificación de nuevos síndromes clínicos. Presentamos un caso de una entidad muy infrecuente hasta el momento actual.

Caso clínico. Varón nacido de gestación a término, controlada y sin incidencias. Parto eutócico, ingresa en Neonatología por dificultad respiratoria, hipertonía y criptorquidia bilateral, así como fenotipo peculiar (micrognatia, labio superior fino). Presenta retraso global del desarrollo psicomotor desde los primeros meses de vida con evolución a discapacidad intelectual, marcha con componente atáxico y escasa intención comunicativa. Los estudios complementarios resultaron normales (electroencefalograma, resonancia magnética nuclear encefálica, cariotipo, CGH-array). A los 11 años de edad asocia epilepsia focal, a tratamiento con oxcarbazepina y buen control de crisis. Se solicita exoma clínico, con detección de variante patogénica en gen KAT6A compatible con síndrome de Arboleda-Tahm (MIM#616268). Se realiza valoración cardiológica con resultado normal como estudio de extensión ante el hallazgo genético.

Comentarios. La actualización periódica de las pruebas genéticas en pacientes seleccionados permite nuevos diagnósticos que ofrecen grandes ventajas para el paciente, evita pruebas complementarias innecesarias y favorece detectar complicaciones de forma precoz.

Síndrome de CHARGE: diagnóstico genético ante un fenotipo neonatal multisistémico. ***Matilla Sainz-Aja N[1], Silva Paredes J[2], Recalde Tabar A[1], Bujedo Muñoz A[1], Moroso González P[1], Portillo Sanz L[1], Vozmediano Anton C[1], González García N[1].*** *[1]Hospital Universitario de Burgos. Burgos. [2]Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona.*

Introducción. El síndrome de CHARGE es una enfermedad genética poco frecuente, asociada principalmente a variantes patogénicas en el gen *CHD7*. Se caracteriza por una gran variabilidad fenotípica y por anomalías congénitas que afectan a múltiples órganos y sistemas. El reconocimiento del patrón malformativo, junto con el estudio genético, resulta fundamental para establecer el diagnóstico y orientar el seguimiento.

Caso clínico. Recién nacido pretérmino de 34 semanas de edad gestacional, con orejas pequeñas de implantación baja y pliegue nucal. Presenta una cardiopatía congénita compleja, con fisiología univentricular, canal auriculoventricular común con aurícula casi única, insuficiencia valvular grave y atresia pulmonar. Asocia múltiples anomalías del sistema nervioso central, entre ellas ausencia de cócleas y bulbos olfatorios, hemorragia intraventricular, hipoplasia del cuerpo calloso y alteraciones cerebelosas. Presenta además atresia esofágica tipo III, traqueomalacia, ectasia calicial izquierda, criptorquidia bilateral y hernia inguinal izquierda. La asociación de anomalías cardíacas, neurológicas, respiratorias, digestivas y genitourinarias, junto con los hallazgos dismórficos, motivó el estudio genético, que identificó una variante *de novo* en el gen *CHD7*, compatible con el diagnóstico de síndrome de CHARGE.

Comentarios y conclusiones. El síndrome de CHARGE debe considerarse ante la presencia de malformaciones congénitas que afectan a múltiples sistemas, especialmente cuando se asocian anomalías cardíacas, craneofaciales, neurológicas y de la vía aerodigestiva. Este caso ilustra la utilidad del estudio genético para establecer una etiología común ante un fenotipo malformativo complejo. La identificación precoz permite planificar un abordaje multidisciplinar y adaptar el seguimiento a las necesidades individuales del paciente.

Síndrome Raynaud-Claes. A propósito de un caso. ***González García N[1], Navarro Abia V[2], Conejo Moreno D[2], Recalde Tabar A[1], Vozmediano Antón C[1], García Terrazas A[1], Marrón Alonso M[1], Clavijo Izquierdo ME[1].*** *[1]Servicio de Pediatría; [2]Servicio de Neuropediatría Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El síndrome de Raynaud-Claes es un trastorno del neurodesarrollo poco frecuente (con una prevalencia mundial de < 1/1.000.000), ligado al cromosoma X, causado por variantes patógenas en el gen *CLCN4*. Se caracteriza por discapacidad intelectual, epilepsia, trastornos del lenguaje, déficits motores, estereotipias y anomalías estructurales cerebrales. Se ha descrito algún caso con CK elevada.

Caso clínico. Varón de 9 años, con antecedente de prematuridad (34 semanas) y adopción nacional. Abuelo materno con antecedente de crisis febriles. En seguimiento por Neuropediatría y Psiquiatría por macrocefalia, crisis febriles y trastorno de conducta (que precisa tratamiento psicofarmacológico) en probable relación a trauma infantil y apego inseguro. Las analíticas mostraron leve hiperckemia asintomática (300-350 UI/L). El estudio de neuroimagen fue anodino. Se amplió el estudio mediante secuenciación del genoma completo, llegando al diagnóstico de Síndrome de Raynaud-Claes asociado a variante truncante patogénica en el gen *CLCN4*. Estas variantes de pérdida de función, sobretodo en hemicigosis, se asocian a fenotipos más expresivos incluyendo crisis febriles prolongadas/atípicas, macrocefalia, retraso del desarrollo y alteraciones conductuales. Encajando el fenotipo del paciente con lo previamente descrito.

Comentario. A pesar de tener un antecedente psicosocial y biográfico que puede justificar parte de la clínica, es importante intentar profundizar en el estudio para tratar de encajar todos los datos del paciente. Destacamos la importancia del seguimiento y coordinación multidisciplinar para mejorar la caracterización clínica y solicitar los estudios pertinentes.

Tengo un higroma, ¿y si se complica? ***Acuña Álvarez M, Bayón Garrido A, Matías del Pozo V, Sánchez Mínguez A, Pindado Velázquez M, Martín Pérez-Barjola J, Rosales Fernández A, García González I.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Objetivos. Un higroma quístico o malformación linfática es una anomalía vascular congénita de bajo flujo poco frecuente. El objetivo es describir las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de cuatro casos diagnosticadas en el período prenatal y neonatal.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de cuatro pacientes diagnosticados en el período prenatal y neonatal, seguidas en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Se recogieron antecedentes perinatales, momento del diagnóstico, localización y extensión de las lesiones, pruebas de imagen, complicaciones, estudio molecular, tratamiento y evolución clínica.

Resultados. Se incluyeron cuatro pacientes. Dos diagnosticados mediante ecografía prenatal durante el tercer trimes-

tre y dos en período neonatal. Ninguna lesión se identificó en la ecografía morfológica de la semana 20. Predominó la localización cervical, con un caso de afectación glútea y otro de extensión cervicoaxilar. Todos se diagnosticaron mediante ecografía y tres precisaron de resonancia magnética complementaria. Como complicaciones, las lesiones cervicales diagnosticadas prenatalmente presentaban riesgo de compromiso de la vía aérea, por lo que se programó cesárea electiva. Otra complicación fue la sobreinfección en un caso. El manejo de las lesiones cervicales incluyó observación y escleroterapia, con drenaje en caso de sobreinfección. El paciente con afectación glútea precisó dos resecciones quirúrgicas y, tras identificación de mutación en *PIK3CA*, se incluye en ensayo con Alpelisib.

Conclusiones. Las malformaciones linfáticas presentan importancia por sus posibles complicaciones, siendo la ecografía la prueba diagnóstica inicial. El diagnóstico prenatal facilita la planificación perinatal y la prevención de complicaciones. El tratamiento debe individualizarse según evolución.

Un pequeño mentón, un gran desafío: secuencia de Pierre Robin. ***Gómez Menduiña J, Moriana Rio N, Rosales Fernández A, Sánchez Mengíbar H, Bayón Garrido A, García González I, Matías del Pozo V, Muñoz Cabrera VP.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. La secuencia de Pierre Robin (SPR) es una anomalía congénita caracterizada por micrognatia/retrognatia, glosoptosis y obstrucción de la vía aérea superior, frecuentemente asociada a fisura palatina. Puede causar compromiso respiratorio y dificultades alimentarias neonatales, requiriendo valoración precoz y multidisciplinar.

Descripción del caso. Recién nacido varón a término, con bajo peso para la edad gestacional. Gestación con polihidramnios severo y sospecha ecográfica de micrognatia, con cariotipo y exoma dirigido normales. Parto con ventosa, Apgar 8/7. A los minutos presentó distrés respiratorio que precisó CPAP. Se objetivaron micrognatia, glosoptosis y fisura palatina amplia. La fibroscopia mostró paladar corto, ausencia de úvula, coanas permeables y laringe normal. El estudio de malformaciones asociadas fue negativo. Tras cinco días en UCIP, pasó a neonatología. Presentó episodios de disconfort y desaturación, resueltos con contención y decúbito lateral. La alimentación oral con biberón adaptado fracasó por fatiga e incoordinación succión-deglución-respiración, precisando sonda nasogástrica y estimulación oral. Cirugía maxilofacial recomendó manejo conservador, posponiendo la intervención. Al mes reingresó por vómitos, irritabilidad, hiperextensión cervical y rechazo alimentario. El tratamiento antirreflujo mejoró la tolerancia. Ante el estancamiento ponderal, se instauró fórmula hipercalórica. Fue dado de alta a los dos meses con alimentación por sonda nasogástrica mediante bomba.

Discusión. En la SPR, el pronóstico neonatal depende del control respiratorio y nutricional. Este caso evidencia la utilidad del manejo conservador. La ausencia de malformaciones y el estudio genético normal sugieren una forma aislada. El polihidramnios podría reflejar alteraciones de la deglución fetal, sin establecer relación con la quimioterapia materna. Es fundamental el seguimiento multidisciplinar.

Escoliosis congénita: presentación de un caso. ***Dios Puebla ME[1], Prieto Arce M[2], Marrón Alonso M[1], González García N[1], Simón Santos N[1], Vozmediano Antón C[1], Portillo Sanz L[1], Moroso González P[1].*** *[1]Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. [2]Servicio de Pediatría. Centro de Salud Las Huelgas. Burgos.*

Introducción. La escoliosis congénita es consecuencia de malformaciones vertebrales durante la embriogénesis. Su incidencia es 0,5-1/1.000 nacidos vivos y representa alrededor del 10% de las escoliosis.

Caso clínico. Lactante mujer de 11 meses que consulta en Atención Primaria por deformidad en espalda no progresiva, en zona lumbar izquierda, de 3 meses de evolución. Permanecía asintomática, con adecuado desarrollo ponderoestatural y psicomotor. Antecedentes: recién nacida a término con diagnóstico prenatal de ectopia renal derecha, confirmada mediante ecografía postnatal, localizándose dicho riñón en región pélvica y de menor tamaño respecto al izquierdo. En la exploración destacaba escoliosis dorsolumbar de convexidad izquierda y asimetría de pliegues posteriores de muslos (figura 18A). No presentaba limitación de movilidad de caderas ni dismetría de miembros inferiores. Tono, fuerza y exploración neurológica normales. La radiografía de columna mostró alteración morfológica del cuerpo vertebral L2 compatible con hemivértebra izquierda aparentemente fusionada, condicionando escoliosis dorsolumbar (figura 18B). La resonancia magnética confirmó anomalía de formación en L2 con ángulo de Cobb de 30°, vértebra en mariposa D9, fusión de 8º y 9º arcos costales posteriores izquierdos y lumbarización de S1, además de una vértebra supernumeraria cervical o dorsal. Se evidenció nuevamente ectopia renal derecha. Ecocardiograma sin alteraciones. Se decidió seguimiento clínico y radiológico periódico en unidad especializada, valorándose posible corrección quirúrgica según evolución.

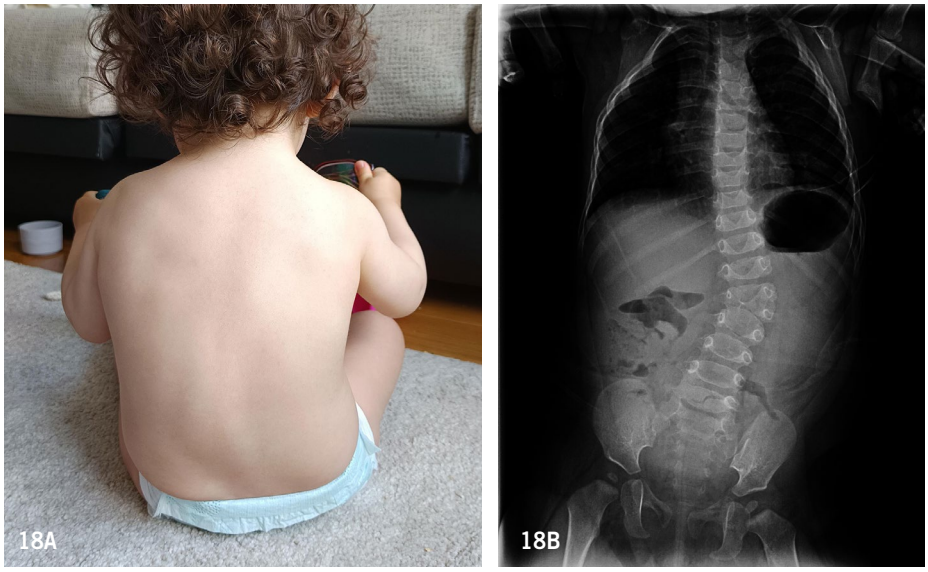


Figura 18. Escoliosis congénita.

Comentarios. La escoliosis congénita puede asociarse a otras malformaciones renales, espinales y cardiacas. El diagnóstico precoz permite identificar anomalías asociadas, valorar la gravedad y establecer seguimiento. El tratamiento debe individualizarse según progresión de la curva y riesgo de deformidad estructural.

Más allá de una caries: el desafío de las infecciones orofaciales en pediatría. ***Cachón Salgado A, López Nieto B, García Sánchez M, Balbuena Mejías Y, González González MM, González Calderón O, De la Calle Cabrera T, López Ávila FJ.*** *Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. La salud bucodental en pediatría está estrechamente relacionada con los hábitos de vida y el nivel socioeconómico familiar. En el paciente pediátrico, la mayoría de las infecciones a nivel orofacial tienen origen odontogénico y uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de estas infecciones es la caries dental. Generalmente se trata de problemas localmente autolimitados; aunque en ocasiones la infección progresa, convirtiendo en necesario el tratamiento sistémico para el control de la infección.

Caso clínico. Escolar de 7 años con antecedentes de caries en múltiples piezas dentales que acude a Urgencias por cuadro de dolor dental de dos semanas de evolución, asociado a fiebre e inflamación de la región maxilar izquierda de inicio hace 24 horas. Se realiza una ecografía urgente que confirma hallazgos compatibles con absceso odontogénico, por lo que se decide ingreso para drenaje e inicio de antibioterapia intravenosa con amoxicilina-clavulánico. A pesar de mejoría del estado general, persiste tumefacción y dolor a la palpación de la zona maxilar izquierda por lo que el segundo día de ingreso se asocia metronidazol y metilprednisolona intravenosos. Se aisla *Streptococcus intermedium* sensible a betalactámicos en la muestra extraída del absceso. Se decide alta el cuarto día de ingreso por evolución favorable.

Comentarios. En las infecciones odontogénicas localizadas, sin signos de extensión ni afectación sistémica, el abordaje inicial no precisa uso de antibioterapia, basta con medidas locales. Así mismo, ante signos de propagación es necesario el tratamiento sistémico y el abordaje quirúrgico para el control del foco infeccioso.

Foramen magno: el protagonista silencioso. ***Fraile Manzano MI[1], Fernández de la Mano S[1], Sánchez Mengíbar H[1], Moriana Río N[1], Melero González A[2], Utiel Monsálvez E[3], Bahíllo Curieses MP[4], Infante López ME[5].*** *[1]Servicio de Pediatría; [2]Sección de Neurología Pediátrica; [3]Servicio de Neurocirugía; [4]Sección de Endocrinología Pediátrica; [5]Sección de Neonatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. La acondroplasia es una enfermedad poco frecuente, aun así, es la más frecuente dentro de las displasias óseas. Dentro de las posibles complicaciones, la estenosis de foramen magno es una de las más relevantes, incrementando el riesgo de muerte súbita.

Caso clínico. Paciente recién nacida con diagnóstico prenatal de acondroplasia con la variante patogénica FGFR3 NM_000142.5: c. 1138G> A p. (Gly380Arg). Parto pre-

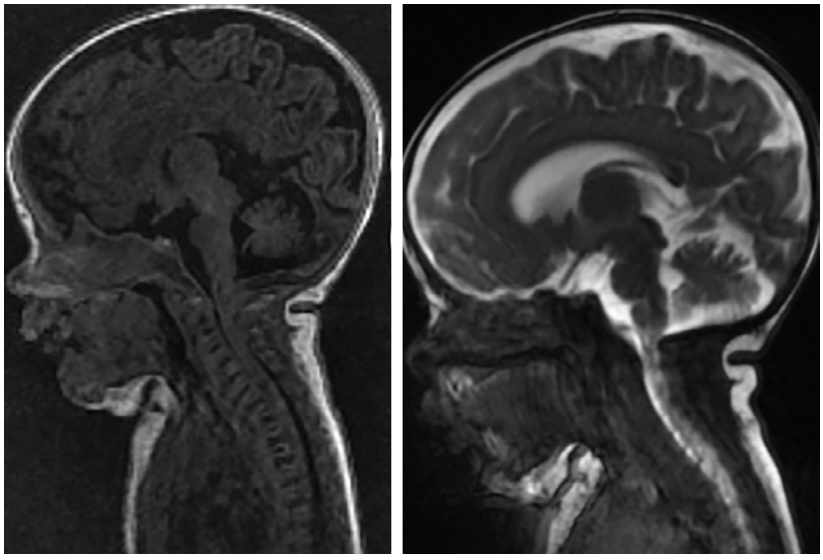


Figura 19. Resonancia magnética cerebral donde se observa una estenosis del foramen magno grado 3.

término con cesárea urgente a las 35+1 semanas de edad gestacional (EG) por sospecha de corioamnionitis y registro cardiotocográfico patológico. Durante el ingreso destaca fenotipo peculiar (macrocefalia, frente abombada, raíz nasal plana) e hipotonía axial. Se realiza polisomnografía en la que se registran apneas centrales con repercusión clínica (desaturación significativa con rápida recuperación). En la resonancia magnética cerebral, se observa una estenosis del foramen magno grado 3 (figura 19). Por ello, en consenso con neurocirugía, se decide la realización de craniectomía a los 44 días de vida con laminectomía C1-2 con descompresión. Repetida la polisomnografía a los 65 días de vida, reducción significativa de las apneas centrales. Dada de alta a los 73 días de vida con monitor de apneas y seguimiento ambulatorio multidisciplinar: neonatología, neurología, neurocirugía, traumatología y endocrinología infantil. Actualmente, en tratamiento con vosoritida sin complicaciones relevantes.

Conclusiones. La estenosis de foramen magno supone una de las complicaciones más graves dentro del síndrome acondroplásico. Precisa de una coordinación y abordaje multidisciplinar para mejora de calidad de vida y disminución de la morbimortalidad.

Dientes que engañan: pérdida de esmalte y el espejismo de la sífilis congénita. ***Andrés Blanco L, García Calvo E, Domínguez Sevillano B, Ureña Buch E, Montejo Marcos B, Casado de Ávila R, Seijo Rodríguez J, García Ugarte B.*** *Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. La sífilis congénita es una infección causada por Treponema pallidum transmitida de la madre al feto por vía transplacentaria. Entre sus manifestaciones tardías destacan los dientes de Hutchinson, caracterizados por incisivos permanentes con forma de destornillador, borde incisal estrecho y escotadura central. Esta alteración se produce por una interferencia en el desarrollo del germen dentario durante la odontogénesis, afectando principalmente la formación del esmalte.

Caso clínico. Paciente de 18 meses que consulta por tos. En la exploración presenta buen estado general, auscultación pulmonar normal y rinorrea escasa. Durante la valoración de la cavidad oral se observan alteraciones morfológicas dentarias compatibles inicialmente con dientes de Hutchinson. Ante este hallazgo se plantea el diagnóstico diferencial con sífilis congénita. Sin embargo, la anamnesis no revela antecedentes maternos de infección ni datos clínicos sugestivos de la tríada de Hutchinson. Se consideran otras causas de defectos dentarios, como hipoplasia del esmalte, hipomineralización y amelogénesis imperfecta. La valoración clínica concluye que las alteraciones observadas son compatibles con un trastorno del desarrollo del esmalte sin evidencia de sífilis congénita.

Conclusiones. Los dientes de Hutchinson constituyen un signo clásico de sífilis congénita tardía, pero no son patognomónicos. Su presencia requiere una evaluación clínica completa y un adecuado diagnóstico diferencial con otras anomalías del desarrollo dental. En el caso presentado, la apariencia sugestiva de incisivos de Hutchinson correspondía en realidad a una alteración del esmalte. El diagnóstico definitivo debe basarse en la correlación entre hallazgos clínicos, antecedentes y pruebas complementarias, evitando atribuir de forma automática estas alteraciones dentarias a la sífilis congénita.

Disfunción velofaríngea tras proceso infeccioso faringoamigdalar en pediatría: a propósito de un caso. ***Posadilla Suárez P, Blanco González A, González Guerrero C, Fernández Prieto A, López Pérez E, Gutiérrez Porro X, Neira Arcilla MM.*** *Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

Introducción. La rinolalia entendida como una alteración de la resonancia de la voz, y la regurgitación nasal de líquidos durante la deglución son manifestaciones poco frecuentes en la práctica clínica pediátrica. Su aparición conjunta puede orientar hacia distintas alteraciones anatómicas o funcionales, lo que hace necesaria una evaluación cuidadosa para determinar su origen.

Caso clínico. Niña de 4 años que consulta por voz hipernasal de 24 horas de evolución, asociada desde hace unas horas a regurgitación nasal de líquidos durante la ingesta. No presenta disfagia ni dificultad respiratoria. Como antecedente reciente había presentado una faringoamigdalitis estreptocócica tratada con antibioterapia, cuyo ciclo había finalizado esa misma semana. En la exploración física se observa hiperemia faríngea sin exudados ni otras lesiones, con simetría de ambos pilares amigdalinos y úvula centrada con leve mucosidad en cavum. La rinoscopia anterior muestra cornetes nasales hipertóficos sin rinorrea espesa. Ante episodio de regurgitación nasal objetivado en Urgencias, se solicita valoración por Otorrinolaringología, que confirma los hallazgos descritos. No es posible completar el estudio mediante nasofibroscopia debido a la escasa colaboración de la paciente.

Comentario. La asociación de voz hipernasal y regurgitación nasal debe hacer considerar una posible disfunción velofaríngea aguda. Suele ser una entidad de etiología idiopática y autolimitada. Sin embargo, aunque se ha descrito su aparición tras procesos infecciosos es necesario considerar otras posibles etiologías y realizar un seguimiento clínico que permita valorar la evolución y descartar causas subyacentes

En la piel del paciente. ***Álvarez Velázquez S, Pindado Velázquez M, Fraile Manzano MI, Acuña Álvarez M, Barrio Alonso MDLP, Sánchez Mengíbar H, Rosales Fernández A, Alfaro González M.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. La dermatitis atópica grave pediátrica constituye un reto terapéutico cuando existe una respuesta insuficiente al tratamiento convencional. Las actualizaciones de las guías europeas de 2025 y estadounidenses de 2026 incorporan nuevos algoritmos que permiten individualizar el tratamiento.

Caso clínico. Varón de 12 años, asiático, con dermatitis atópica grave y antecedente de ingreso por dermatitis atópica con sobreinfección cutánea. Ingresa en la actualidad por brote extenso, con prurito y limitación funcional por dolor. El índice de área y gravedad del eccema (EASI) fue de 50 puntos. Ante el control insuficiente con tratamientos previos (emolientes junto a antihistamínicos, corticoides tópicos, inhibidores de la calcineurina y ciclosporina), se inician ciclos con dupilumab, manteniendo ciclosporina como terapia puente hasta el inicio de respuesta. La evolución mostró una mejoría parcial (descenso del EASI a 22 puntos), lo que podría relacionarse, entre otros factores, por el desvío inmunológico hacia Th17 característico de etnia asiática. Es por ello que el paciente podría beneficiarse del tratamiento con inhibidores de la JAK.

Comentarios. Los corticoides tópicos y los inhibidores de la calcineurina son fundamentales en el control inicial de la enfermedad junto a emolientes y la educación familiar y del paciente, mientras que los fármacos biológicos y los inhibidores JAK representan actualmente un importante pilar en el abordaje de la enfermedad moderada o grave no controlada. Este caso ilustra la necesidad de individualizar el tratamiento y considerar las distintas opciones terapéuticas actuales según la respuesta clínica y las características del paciente.

Infecciones de piel y partes blandas por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) en población pediátrica. ***Laguna García A[1,3], Cases Bernardo A[1,3], Calle Miguel L[1,4], Mártinez Expósito O[2,5].*** *[1]Área de Gestión Clínica de la Infancia y la Adolescencia; [2]Área de Gestión Clínica del Laboratorio de Medicina; [3]Médicos internos residentes de Pediatría. [4]Facultativo especialista de área de Pediatría; [5]Facultativo especialista de área de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Los objetivos de este estudio son conocer la tasa de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) en infecciones de piel y tejidos blandos (IPTB) en población pediátrica, sus características clínicas y principales resistencias antibióticas.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas de los niños (0-13 años) con aislamiento de SARM en muestras de exudado/absceso cutáneo registradas en el laboratorio de Microbiología durante 2025.

Resultados. Se contabilizaron 21 aislamientos de SARM en 217 muestras de exudado/absceso cutáneo por *S. aureus* (tasa 10,1%), con un total de 18 pacientes con datos clínicos de IPTB (61,1% varones, mediana de edad 4,8 años [RIQ 1,04-10,50]). Un 16,7% eran de procedencia extranjera. Las localizaciones de las infecciones fueron: extremidades (27,8%), periné (22,2%), tronco (22,2%), cabeza-cuello (16,7%). Nueve (50%) pacientes presentaron formas abscesificadas y en 8 se produjo drenaje espontáneo o quirúrgico. Quince (83,3%) pacientes recibieron antibioterapia empírica: 8 de manera tópica (adecuada en 6), 11 sistémica (dirigida a SARM en un caso). Tras el antibiograma, se realizó cambio de antibioterapia en 5 (27,8%). Respecto a la evolución, 16,7% pacientes requirieron ingreso hospitalario, 11,1% nueva consulta por mala evolución y 22,2% recurrencia. Se detectaron resistencias a clindamicina, mupirocina y ácido fusídico en el 27,8%, 27,8% y 5,6% de los casos respectivamente. No se detectaron resistencias a trimetoprim-sulfametoxazol.

Conclusiones. La tasa de IPTB por SARM se mantiene baja en nuestro medio. Es característica la formación de abscesos cutáneos. Estas IPTB suelen requerir un cambio de la antibioterapia, siendo trimetoprim-sulfametoxazol una opción adecuada.

Lo has visto muchas veces, pero ¿sabrías ponerle nombre? Dermatitis friccional liquenoide. ***Angulo Sánchez V[1], Hortigüela Saeta MM[2], Moroso González P[1], Almeida de Miranda G[1], Dios Puebla ME[1], Simón Santos N[1], Bujedo Muñoz A[1], Pérez Ortiz D[1].*** *[1]Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. [2]Centro de Salud José Luis Santamaría. Burgos.*

Introducción. La dermatitis friccional liquenoide o prurigo estival de Sutton se trata de una dermatosis benigna autolimitada característica de la infancia. Se trata de lesiones papuloss pequeñas, planas, del mismo color que el resto de la piel o rosadas que aparecen en superficies de extensión: codos, rodillas y dorso de manos. Aparecen característicamente en primavera y verano en niños de entre 4 a 12 años. Suele ser más predominante en varones con antecedente personal de dermatitis atópica. El diagnóstico es puramente clínico basándose en la morfología y distribución, sin requerir más pruebas complementarias. Es autolimitada y únicamente requiere tratamiento sintomático.

Caso clínico. Niña de 5 años sin antecedentes personales de interés que consulta a finales de agosto por aparición de lesiones pruriginosas en rodillas y codos. Refieren que le sucedió algo similar el verano pasado. En la exploración presenta lesiones papulosas, levemente hipocrómicas de milímetros de diámetro agrupadas en zonas de extensión (figura 20). Inicialmente manejo conservador y posteriormente con corticoterapia y antihistamínico por persistencia del prurito con desaparición de las lesiones.



Figura 20. Lesiones papulosas, levemente hipocrómicas, de milímetros de diámetro, agrupadas en zonas de extensión.

Conclusión. Conocer adecuadamente dicha patología permite evitar pruebas complemetarias y derivaciones innecesarias. Es importante transmitir a la familia la benignidad del cuadro y su carácter autolimitado.

No siempre es escabiosis: diagnóstico diferencial del prurito familiar. ***Angulo Sánchez V[1], Hortigüela Saeta MM[2], Matilla Sainz-Aja N[1], Vozmediano Antón C[1], Simón Santos N[1], Almeida de Miranda G[1], González García N[1], Moroso González P[1].*** *[1]Hospital Universitario de Burgos. Burgos. [2]Centro de Salud José Luis Santamaría. Burgos.*

Introducción. Los conocidos como ácaros de la cosecha son unos parásitos que forman parte de la familia *Trombiculidae* y que suelen encontrarse en zonas de maleza. Las larvas de estos parásitos pueden producir picaduras que se presentan en forma de pápulas eritematosas muy pruriginosas, a veces vesiculosas, especialmente en zonas de ropa ajustada (cintura, tobillos, axilas, ingles). Suelen producirse principalmente a finales de verano y principios de otoño. El diagnóstico es clínico y el tratamiento es sintomático.

Caso clínico. Familia compuesta por 4 miembros (ambos progenitores, niño de 3 años y lactante de 18 meses) que

consultan a finales de verano por aparición simultánea de lesiones papulosas pruriginosas de agrupación lineal. Refieren que en las 48 h previas habían estado en la ribera del río entre la maleza recolectando frutos silvestres. Las lesiones se localizaban en zonas no expuestas pero coincidentes con las partes ajustadas de la ropa (zona inframamaria bilateral en la madre, cintura a la altura del pantalón en los varones). Ante sospecha de picadura por ácaros de la cosecha se inicia tratamiento sintomático con antihistamínico con resolución de las lesiones.

Conclusiones. Debe tenerse en cuenta este posible diagnóstico ante lesiones características y una exposición ambiental plausible, sobre todo en convivientes que lo presenta de manera simultánea. El tratamiento es sintomático ya que el parásito se desprende una vez alimentado. Sin embargo, no debemos olvidarnos otras dermatosis como puede ser la escabiosis.

Síndrome del niño bronceado: ¿es necesario suspender la fototerapia? ***Clavijo Izquierdo ME[1], Almeida de Miranda G[1], García Terrazas A[1], Matilla Sainz Aja N[1], Angulo Sánchez V[1], Pou Blázquez A[2], Saiz Ortega V[2], Bustamante Hervas C[2].***
[1]Servicio de Pediatría; [2]Sección de Neonatología, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.

Introducción. El síndrome del niño bronceado (SDB) se caracteriza por una pigmentación gris-parduzca de la piel secundaria a fototerapia. Su fisiopatología no está aclarada. Se recomienda suspender la fototerapia y descartar colestasis.

Caso clínico. Recién nacida pretérmino de 34+2 semanas y 1.950 g, no otros antecedentes. A las 16 horas de vida presenta ictericia con bilirrubina total (Bt) de 9 mg/dL. Se inicia fototerapia simple. Grupos sanguíneos: materno ORh+, RNPT: A Rh+, Coombs directo: Negativo. Hb 18,1 g/dL y Hto 55,7%. La Bt máxima es de 19 mg/dL. Tras 10 días de fototerapia aparece una coloración grisácea leve en el tórax. Ante rebote de hiperbilirrubinemia y valorar riesgo-beneficio, se decide reiniciar la fototerapia. Se mantiene hasta los 16 días de vida (Bt 11,2 mg/dL), sin progresión de la lesión. Se descarta colestasis (bilirrubina directa y ecografía abdominal normales). Ante ictericia prolongada ampliamos estudio, con resultados normales: anticuerpos irregulares anti-A, CMV, cribado infeccioso, función tiroidea, frotis sanguíneo y G6PD. Recibe lactancia mixta y después materna exclusiva, con ganancia ponderal adecuada. Alta a los 19 días de vida (Bt 14,4 mg/dL) sin alteraciones cutáneas y continúa de esta forma en control a los 23 días (Bt 11,6 mg/dL).

Comentarios. Aportamos dos aspectos relevantes. Primero, el SDB puede aparecer sin colestasis. Segundo, aunque se suele recomendar suspender la fototerapia, mantenerla mientras persistía su indicación no empeoró la pigmentación. Lo prioritario es controlar la hiperbilirrubinemia y descartar colestasis.

Una línea en la pierna que pica. ***Bello Martínez B.*** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Palencia Rural.*

Introducción. La dermatitis atópica (DA) es la enfermedad inflamatoria cutánea crónica más frecuente en la infancia y representa un verdadero desafío por el importante impacto en la calidad de vida de los niños y sus familias. En ocasiones se asocia a otros procesos dermatológicos, como en nuestra paciente.

Caso clínico. Niña de 7 años en consulta: "tengo una línea en la pierna que me pica". Exploración física (figura 21): banda lineal en muslo y pierna izquierda que sigue la distribución de las líneas de Blaschko, con lesiones papulosas, marronáceas, sobre un fondo hipopigmentado, bastante pruriginosas. Antecedentes personales: dermatitis atópica leve bien controlada. Iniciamos tratamiento con corticoides tópicos y antihistamínicos orales. Dermatología: líquen estriado, tratamiento con inhibidores de la calcineurina.

Comentarios:

- El líquen estriado es una dermatosis adquirida y autolimitada. Ocurre con mayor frecuencia en niños de 5-15 años, y se puede manifestar desde el primer mes de vida a la edad adulta. No existe predominio por el sexo, aunque algunos estudios reflejan mayor incidencia en el sexo femenino.
- Clínicamente se caracteriza por numerosas pápulas pequeñas, blanquecinas o eritematosas, de superficie plana y aspecto liquenoide que se agrupan de forma lineal siguiendo las líneas de Blaschko. El exantema suele ser unilateral, afectando en la mayoría de los casos a las extremidades.



Figura 21. Banda lineal en muslo izquierdo que sigue la distribución de las líneas de Blaschko, con lesiones papulosas, marronáceas, sobre un fondo hipopigmentado.

- El diagnóstico es clínico.
- Entidad con buen pronóstico, benigna y autolimitada, que no precisa tratamiento. Pudiendo persistir una hipopigmentación residual durante años.

Esofagitis cáustica, alternativas ante una mala evolución. ***Barturen Negro I, Crespo Estrada J, Ferlini Fuembuena RL, Alonso Arroyo V, Ros Briones R, Monje Fuente S, Ayuso González LD, Ortega Escudero M.*** *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La ingesta de cáusticos en la infancia puede provocar lesiones esofágicas graves y evolucionar hacia la formación de estenosis cicatriciales y disfagia.

Caso clínico. Niña de 22 meses que presenta ingesta accidental de lavavajillas industrial, a la que se le realiza endoscopia a las 24 horas, evidenciándose una esofagitis cáustica grado IIB de Zargar. En la endoscopia de control a las tres semanas de la ingesta, se observa una estenosis esofágica a 15cm de arcada dentaria, por lo que se decide dilatación neumática. La paciente comienza con sialorrea y dificultad a la ingesta de sólidos a las tres semanas, por lo que se realiza nueva dilatación. Ante la recidiva clínica en los meses posteriores, se opta por dilataciones esofágicas periódicas cada 4-8 semanas y budesonida deglutida. Se realizan siete dilataciones en total alcanzando diámetros de hasta 15 mm. Durante una de las intervenciones, la paciente presenta una pequeña perforación esofágica contenida que precisa colocación de sonda nasogástrica y nutrición parenteral durante una semana, con resolución posterior confirmada mediante esofagograma. Actualmente permanece con tolerancia oral completa y ausencia de nuevos episodios de impactación, con seguimiento en consultas.

Comentarios. La evolución tórpida de una esofagitis cáustica puede beneficiarse de un programa de dilataciones seriadas, pudiendo adelantarse con estas a los síntomas. Aunque no existen suficientes estudios que demuestren evidencia científica, la budesonida deglutida podría tener utilidad como tratamiento concomitante.

Importancia de la biopsia del bulbo duodenal. ***Expósito de Mena H, Gutiérrez Moreno M, Rupérez Peña SM, Jiménez Saucedo MP, Pérez Benito M, Jiménez Martín AM, De Pedro del Valle S, Rubio Rodríguez F.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.*

Objetivos. La enfermedad celíaca ultracorta (ECU) constituye una forma de presentación caracterizada por lesiones histológicas confinadas al bulbo duodenal (D1), con preservación de la mucosa duodenal distal (D2). Esta distribución dificulta el diagnóstico si estudiamos solo biopsias distales. Nuestro objetivo es caracterizar a los pacientes con ECU y evaluar la utilidad diagnóstica de las biopsias D1.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de casos diagnosticados desde la implantación de endoscopias digestivas pediátricas en hospital de 2º nivel. Registramos datos clínicos, analíticos, serológicos (Ac antitransglutaminasa IgA (ATG), Ac antiendomisio IgA (AEM)) e histológicos (biopsias por separado de D1 y D2).

Resultados. Desde junio del 2026 de 10 endoscopias realizadas por sospecha de EC, 3 (30%) presentaron afectación aislada del bulbo. Se tratan de 2/3 mujeres, edad media 11,67 ± 0,58 años. Demora diagnóstica mediana 19 meses (9 a 36 meses). Dos pacientes presentan niveles de ATG de 13 y 16 U/L respectivamente, con EMA negativos en todos. El tercer paciente solamente presenta positividad de los anticuerpos antigliadina. El HLA de los 3 es DQ2 y todos presentan en D1 atrofia vellositaria aislada (MARSH 3A). Realizan dieta libre de gluten estricta, obteniendo una buena respuesta clínica similar a la celiaquía convencional.

Conclusiones. La ECU representa una variante frecuente de la enfermedad (30% en esta serie). Perfil de pacientes mayores (> 10 años) con títulos bajos de ATG2 y AEM negativos, asociados a HLA-DQ2. La toma sistemática de biopsias del bulbo es imprescindible, ya que su omisión habría supuesto la pérdida diagnóstica de un tercio de nuestra muestra.

Más allá del hígado: disferlinopatía como causa de hipertransaminasemia en una niña deportista. ***Angulo Sánchez V, Conejo Moreno D, Fernández Valderrama A, Navarro Abia V, Pérez Santaolalla E, Torres Mariño C, Simón Santos N, Dios Puebla ME.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. las disferlinopatías son miopatías con herencia autosómica recesiva y expresividad variable. En pediatría el diagnóstico puede verse dificultado por el inicio asintomático en el que únicamente se ve elevación de las transaminasas por lo que puede confundirse con una hepatopatía.

Caso clínico. Niña de 13 años asintomática y deportista de alto rendimient. Único antecedente abdominalgia ocasional. En control rutinario por su Pediatra se detecta hipertransaminasemia (GPT hasta 207 UI/L). Inicialmente se presupone origen viral por lo que se repite a los meses analítica ampliando estudio con virus hepatotrópos (negativos). Sin embargo

presenta elevación de CK entre 4.568 y 6.537 UI/L, por lo que se deriva gastroenterología pediátrica donde se descarta origen hepático y autoinmune. Se realiza ecografía abdominal normal y valoración por cardiología también normal. Desde neuropediatría se descarta enfermedad de Pompe y distrofinopatía. A pesar de encontrarse asintomática en el electromiograma se detecta afectación miopática leve de miembros superiores. Se solicita exoma en el que se identificaron dos variantes en DYSF en heterocigosis compuesta (c.4387+2T>G y c.3184C>A), una heredada de cada progenitor. Se derivó a neuromuscular y se indicó estudio de CK a los hermanos.

Conclusiones. Ante hiperCKemia con hipertransaminasemia, debe considerarse el origen muscular a la para que se amplíar el estudio hepático. El exoma permitió identificar una disferlinopatía antes de la aparición de debilidad, facilitando el seguimiento neuromuscular, el estudio familiar y el consejo genético. La hiperCKemia asintomática en rango distrófico en pediatría debe motivar un estudio genético dirigido, aunque la clínica sea mínima.

Una causa poco común de disfagia a líquidos: hendidura laríngea. ***Escobar Hernaiz B[1], Sus Usero J[1], Izquierdo García I[1], Balbuena Mejías Y[1], Garzón Guiteria MT[1], Benito González F[1], Expósito de Mena H[2], Torres Peral R[1].*** *[1]Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. [2]Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.*

Introducción. La disfagia a líquidos en pediatría requiere un amplio diagnóstico diferencial que incluye trastornos neurológicos, alteraciones funcionales de la deglución, reflujo gastroesofágico, parálisis de cuerdas vocales y malformaciones congénitas de la vía aérea superior. Entre estas últimas, la hendidura laríngea (HL) es una entidad poco frecuente cuyo diagnóstico implica un alto grado de sospecha.

Caso clínico (figura 22)**.** Niña de 4 años remitida por tos y atragantamiento intermitentes con la ingesta de líquidos desde el nacimiento, sin síntomas con otras consistencias. Entre sus antecedentes destaca asma y 3 ingresos hospitalarios por infecciones respiratorias, uno de ellos grave. El desarrollo psicomotor era normal. El test volumen-viscosidad mostró tos con consistencia líquida partir de 5 mL, sin desaturación, cianosis ni distrés respiratorio. La nasofibroscopia realizada en su centro de origen muestra una laringe de configuración y movilidad normal. En nuestro centro, ante la sospecha diagnóstica de HL, se realizó laringoscopia rígida con palpación interaritenoidea, identificándose una solución de continuidad de la mucosa interaritenoidea que alcanzaba el plano glótico, compatible con HL tipo I. La videofluoroscopia de la deglución confirmó una alteración de la seguridad durante la fase laríngea con líquido, observándose paso de contraste por el segmento posterior de la laringe no presentando alteraciones con consistencia néctar.

Conclusión. La HL debe considerarse ante niños con disfagia selectiva a líquidos con infecciones respiratorias recurrentes y desarrollo neurológico normal. Su diagnóstico requiere un abordaje multidisciplinar con un alto índice de sospecha, teniendo en cuenta que una nasofibroscopia normal no descarta su presencia.

Diagnóstico diferencial de las amenorreas primarias: atresia vaginal. ***Villarreal Molina BM, Vega Mata N, Enríquez Zarabozo EM, Duplá Parugues B, Hortelano Romero E, Olarte Ingaroca SE, Crehuet Gramatyka D, Álvarez Muñoz V.*** *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La amenorrea primaria se define como la ausencia de menarquia a los 15 años, con o sin desarrollo de caracteres sexuales secundarios, o a los 13 años cuando no existen signos de pubertad; también debe estudiarse si no aparece tres años después de la telarquia. Sus causas incluyen alteraciones anatómicas congénitas, disgenesia gonadal, trastornos centrales y enfermedades endocrino-metabólicas.

Caso clínico. Niña de 11 años en seguimiento por Endocrinología por telarquia precoz a los 6 años y portadora de

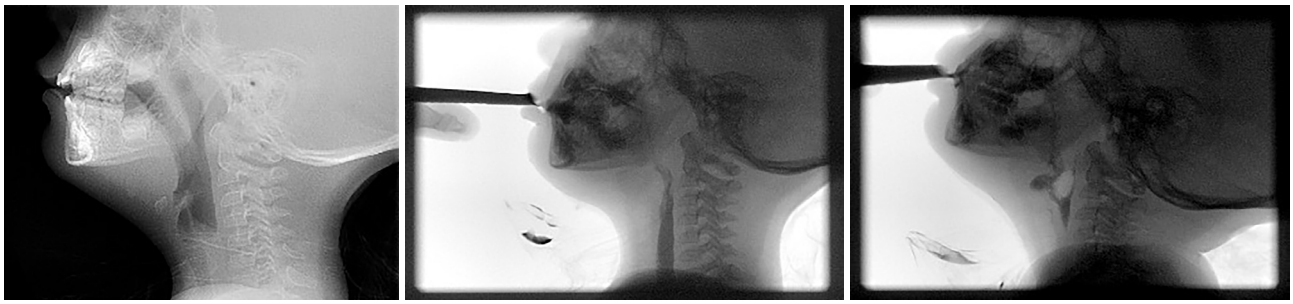


Figura 22. Disfagia a líquidos.

una microduplicación 2p15-p12. Presenta dolor abdominal de dos meses de evolución, vómitos y pérdida de peso. La ecografía abdominal mostró hematocolpos. Ante la sospecha de himen imperforado, se realizó exploración quirúrgica; sin embargo, no se observó abombamiento himeneal y se constató ausencia del introito vaginal. La resonancia magnética confirmó una atresia vaginal distal de 43 mm. Se realizó vaginoplastia en colaboración con Ginecología, con buena evolución y alta al tercer día. En el seguimiento se realizan exploraciones bajo sedación en las que se detecta una zona estenótica en la cicatriz quirúrgica, que se están tratando mediante dilataciones. Actualmente mantiene seguimiento conjunto por ambos servicios.

Comentarios. La atresia vaginal congénita debe considerarse ante amenorrea primaria, dolor pélvico cíclico o hematocolpos, especialmente cuando los caracteres sexuales secundarios están conservados. La resonancia magnética es especialmente útil cuando la exploración física no permite diferenciar el himen imperforado de una atresia vaginal distal. El diagnóstico precoz, la planificación quirúrgica individualizada y el seguimiento prolongado son fundamentales para preservar los resultados anatómicos, funcionales y reproductivos.

Diagnóstico diferencial de las masas cervicales benignas: costilla cervical. ***Pulito González M, Castro García-Montesinos T, López Fernández C, Sánchez Gabin A, Bernardo García C.*** *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La costilla cervical es una costilla supernumeraria que se origina de la apófisis transversa de la séptima vértebra cervical y termina articulada con la primera costilla, o libre en el tejido del cuello. Es la anomalía costal más frecuente, afecta sobretodo a mujeres. El diagnóstico puede casual en una prueba de imagen, o por síntomas (dolor en relación con el síndrome del desfiladero torácico).

Caso clínico. Niña de 3 años que acude a urgencias derivada de Atención Primaria por bultoma supraclavicular de unos 5 días de evolución. Afebril en todo momento. No clínica infecciosa activa ni pasada. No síntomas cardinales de lesión maligna. A la exploración física se objetiva bultoma cervical derecho bajo de consistencia muy dura, pétrea, mal delimitado. No doloroso a la palpación. No datos flogóticos acompañantes. No adenopatías a otros niveles. Hueco supraclavicular impresiona de libre. Resto de la exploración física anodina. Ante la sospecha diagnóstica tras exploración se solicita radiografía cervical en la que se informa de costilla cervical derecha, que emerge de la vértebra C7, y neoarticula con la primera costilla ipsilateral. En el lado contralateral se observa también la presencia de una costilla cervical que emerge de C7 izquierda.

Comentarios finales. La costilla cervical puede suponer gran angustia ya que su exploración puede ocasionar una falsa asociación con las características de una masa cervical maligna. Su conocimiento y una adecuada exploración física permite un correcto enfoque diagnóstico. Igualmente el tratamiento es conservador en la mayoría de casos salvo aquellos sintomáticos en los que la intervención quirúrgica estaría indicada.

Diarrea por *Cryptosporidium*: revisión de dos casos. ***Sánchez Mengíbar H, Pindado Velázquez M, Fernández de la Mano S, Fraile Manzano MI, Gómez Menduiña J, Bartolomé Cano ML, Bartolomé Albistegui MJ, Pradillos Serna JM.*** *Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Objetivo. Analizar el abordaje terapéutico de la diarrea por *Cryptosporidium* mediante la descripción de dos casos clínicos pediátricos con diferentes estrategias de tratamiento.

Material y métodos. La primera paciente, de 8 años, apendicectomizada los 3 días previos (ileítis, sin signos de apendicitis), con abdominalgia, diarrea de 4 días, y fiebre. En el coprocultivo creció *Cryptosporidium* spp., tratándose con paromomicina. La segunda paciente, de 12 años, con mosaicismo de Turner y neurofibromatosis 1, ingresó por deshidratación, diarrea abundante de un día, fiebre y pérdida ponderal de 5,6%. El coprocultivo identificó *Cryptosporidium* spp. y *Salmonella* spp., tratándose esta última con ceftriaxona.

Resultados. En el primer caso, la intervención previa por abdominalgia, el antecedente de infección por *Cryptosporidium* el año previo, y la persistencia de síntomas, motivaron tratar con paromomicina, resolviéndose la abdominalgia posteriormente. En la segunda, la decisión de tratar la *Salmonella* fue el elevado número de deposiciones. Ante mejoría del número de deposiciones, se dio de alta al tercer día con amoxicilina. En esta paciente no se trató *Cryptosporidium* al haber otra causa de la diarrea, no tener factores de riesgo y mejoría de la evolución.

Conclusiones. La criptosporidiosis es una infección parasitaria que en la infancia puede provocar diarrea persistente y afectar al estado nutricional, especialmente, inmunodeprimidos. En inmunocompetentes, suele ser asintomática o presentar síntomas digestivos leves, con evolución favorable sin tratamiento específico. Estos casos destacan la importancia de individualizar el tratamiento según la evolución clínica, los factores de riesgo y la presencia de coinfecciones.

Cambios en la composición corporal durante la hospitalización por trastornos de la conducta alimentaria en pacientes pediátricos. ***Mesa Lombardero E[1], Martínez García C[2], Cabeza Antuña A[2], Salcedo Fresneda O[3], Jiménez Treviño S[2], Suárez González M[2], González Jiménez D[2], Díaz Martín JJ[2].*** *[1]Pediatría. Centro de Salud Pola de Lena. Pola de Lena, Asturias. [2]AGC Infancia y Adolescencia, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. [3]Servicio de Pediatría. Hospital Vital Álvarez Buylla. Mieres, Asturias.*

Objetivos. Evaluar los cambios somatométricos y de composición corporal entre ingreso y alta en pacientes pediátricos con trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Material y métodos. Estudio observacional, prospectivo en pacientes ≤ 14 años hospitalizados por TCA en un hospital terciario (marzo 2025 - julio 2026). Se midieron peso, talla, composición corporal y ángulo de fase (AF) mediante bioimpedanciometría al ingreso y alta.

Resultados. Se incluyeron 10 pacientes (80% mujeres) edad media 12,6 años. El 54,5% precisó alimentación por sonda. Se observó un incremento significativo del peso (mediana 35,3 vs 39 kg al alta, p= 0,001) y de índice de masa corporal (IMC) (Z de –1,59 a –1,12; p= 0,0029). Aumentaron las medianas de masa grasa (MG) (4,6 a 5,9 kg; p= 0,0059) y masa magra (28,8 a 32,2 kg; p= 0,001). La proporción de agua corporal total disminuyó del 75,9% al 71,2% (p= 0,002). No se observaron cambios significativos en el AF (5,4 a 5, p= 0,3516). Se observaron correlaciones positivas entre los incrementos al alta de peso (ρ= 0,6804, p= 0,0236) e IMC (ρ= 0,7016; p= 0,0185) con el de masa celular y entre el incremento de Z-peso con MG (ρ= 0,6515; p= 0,0322). Se observaron correlaciones negativas entre porcentaje de agua e IMC (ρ= –0,7091; p= 0,0170) y Z-peso (ρ= –0,6364; p= 0,0375).

Conclusiones. El soporte nutricional mejoró significativamente la composición corporal en los casos de TCA que precisaron ingreso. La ganancia ponderal se asoció al aumento de masa celular, y a disminución del% agua corporal. La incorporación de métodos de valoración morfofuncional aporta mayor objetividad en el tratamiento de estos pacientes.

Primeros resultados del cribado de diabetes tipo 1 en un hospital de nivel 2. ***Rupérez Peña SM, Gutiérrez Moreno M, Expósito de Mena H, Jiménez Martín AM, Jiménez Saucedo MP, Pérez Benito M, De Pedro del Valle S, Ruiz-Ayúcar de la Vega I.*** *Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.*

Introducción. Estamos asistiendo a un cambio de paradigma en torno a la diabetes mellitus tipo 1 (DM1). La aparición de los inmunomoduladores dirigidos a modificar el curso de la enfermedad antes de su instauración nos obliga a un abordaje diferente de la misma. El primer inmunomodulador para la DM1 se aprueba en EEUU en 2022 y por la UE en enero de 2026. Las sociedades SEE, SEEN y SED publican un documento de consenso para realizar cribado de DM1 en personas de riesgo. La detección de la diabetes en un estadio inicial permite informar a la familia del curso de la enfermedad evitando notablemente el debut con cetoacidosis. El cribado se realiza mediante la determinación de los autoanticuerpos pancreáticos: anti-insulina, anti-receptor del zinc T8A, anti-glutamatodescarboxilasa y anti-tirosinquinasa.

Resultados. En nuestro hospital hemos puesto en marcha dicha iniciativa y hemos obtenido los siguientes resultados: en el periodo de enero a septiembre de 2026 se han cribado un total de 65 pacientes, de los cuales el 43,1% eran hermanos de DM1, el 29,2%hijos de DM1 y el 26,2% celíacos con HLA de riesgo. Se ha cribado un paciente con hipotiroidismo autoinmune. Por grupos de edad: 21,5% mayores de 14 años, 27,7% entre 11 y 13 años, 24,6% entre 7 y 10 años y 26,2% entre 3 y 6 años. Se han obtenido 3 resultados positivos, 2 de ellos un solo autoanticuerpo y el tercero, 2 autoanticuerpos positivos.

Conclusiones. Hemos obtenido solo un caso en estadio 1, al que realizaremos seguimiento. Destacar la buena acogida que ha tenido la propuesta de realización del cribado de DM1 tanto en los familiares como en el grupo de celíacos.

Crecimiento de los prematuros de muy bajo peso al nacimiento durante su ingreso neonatal. ***De la Vega Morán I[1], Ramírez Amandi M[2], Portos Fernández A[2], López Cudeiro P[1], Cases Bernardo A[1], Suárez Rodríguez M[1], González López C[1], Solís Sánchez G[1].*** *[1]Servicio de Neonatología, AGC Infancia y Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. [2]Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo. Oviedo.*

Objetivos. Describir como crecen los recién nacidos menores de 1.500 g al nacimiento, durante su ingreso neonatal en el Hospital Universitario Central de Asturias. Comparar si el crecimiento extrauterino es igual para los neonatos de bajo peso (BPEG) que para los de peso adecuado para su edad gestacional (PAEG).

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de todos los menores de 1.500 g ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Universitario Central de Asturias, entre 1 de enero de 2004

y el 31 de diciembre de 2023. Se estudia el crecimiento a corto plazo (durante su ingreso) con distintos parámetros.

Resultados. Analizamos 858 casos (53% varones y 47% mujeres). La edad gestacional media al nacimiento fue de 29,6 semanas y el peso medio fue de 1.114 g. En la relación peso y edad gestacional, 596 casos (69,5%) eran PAEG, 246 (28,7%) eran BPEG y 16 casos (1,9%) eran grandes para su edad gestacional. De los 858 casos iniciales, 152 fallecieron antes del alta (17,7%). De los supervivientes, 490 casos (70,1%) presentaban restricción del crecimiento extrauterino transversal (RCEU, menos de p10 al alta). La comparación entre decenios objetivó un descenso del 77,1% al 60,2% (p< 0,001) de los RCEU al alta.

Conclusiones. A pesar de los cuidados postnatales, se observó hipocrecimiento al alta en un porcentaje no despreciable de casos. Una proporción relevante de neonatos con PAEG al nacimiento pasó a clasificarse como bajo peso para su edad corregida al alta.

Crecimiento de prematuros de muy bajo peso al nacer hasta los dos años. ***Mora Lozano S[1], Rodríguez Weruaga A[2], Kuhnen Rodríguez de Los Ríos E[2], Villar Sanz C[2], Laguna García A[1], De la Vega Morán I[1], González López C[1], Solís Sánchez G[1].*** *[1]Servicio de Neonatología, AGC Infancia y Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. [2]Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo. Oviedo.*

Introducción. El crecimiento de los recién nacidos (RN) menores de 1.500 g depende de diversos factores perinatales y somatométricos.

Objetivo: Describir el crecimiento a los dos años de los RN < 1.500 g en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), comparar los pequeños para la edad gestacional (BPEG) con los adecuados para la edad gestacional (PAEG) y analizar su evolución en dos décadas.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de RN < 1.500 g ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del HUCA entre 2002 y 2022, registrados en SEN-1500. Se analizaron medidas al nacimiento, al alta y a los dos años, así como factores asociados al crecimiento.

Resultados. Se incluyeron 545 RN (48,1% mujeres), con edad gestacional media de 29,9 semanas y peso medio de 1.157 g; 241 (44,2%) eran BPEG. A los dos años, 81 (14,9%) presentaban peso inferior a –2 DE, 88 (16,2%) longitud inferior a –2 DE, 18 (3,3%) perímetro craneal inferior a –2 DE y 51 (9,4%) IMC inferior a –2 DE. En 2012-2022 mejoraron los resultados neonatales, con menos complicaciones y mayor proporción de peso adecuado al alta, sin diferencias significativas en el crecimiento a los dos años.

Conclusión. La mayoría de los RN < 1.500 g presentan crecimiento recuperador a los dos años. El peso al nacimiento parece predecir mejor el crecimiento que la clasificación según el peso para la edad gestacional. La mejoría neonatal en las dos últimas décadas podría reflejar el impacto positivo de los avances en el manejo perinatal.

Cuando el parto deja huella: una década de parálisis braquial neonatal. ***Gómez Menduiña J, Redondo Aparicio S, Romero del Hombrebueno Gómez del Pulgar Y, Álvarez Velázquez S, Martín Pérez-Barjola J, Fernández González S, Morales Moreno AJ, Aldana Villamañán N.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Objetivos. Analizar la incidencia, factores de riesgo perinatales, características clínicas, manejo, complicaciones y evolución de las parálisis braquiales neonatales diagnosticadas entre 2015-2025 en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas maternas y neonatales. Se incluyeron 12.131 recién nacidos.

Resultados. Se identificaron 17 casos (incidencia: 1,3/1.000 nacidos vivos). Todos fueron partos vaginales con presentación cefálica; el 41,2% fueron instrumentales (57,1% ventosa, 14,3% fórceps y 28,6% ambos). Los principales factores fueron peso por encima del percentil 90 (41,2%), edad materna > 35 años (35,3%), expulsivo prolongado (35,3%), distocia de hombros (29,5%), diabetes gestacional (17,6%) y obesidad materna (11,8%). La afectación fue derecha en el 53%, izquierda en el 40% y bilateral en el 7%. El diagnóstico fue clínico en todos los casos y se realizó electromiografía en dos (11,7%). El 88,2% recibió tratamiento conservador y el 5,9% cabestrillo. El 88,2% fue valorado por Rehabilitación; el 35,3% inició fisioterapia intrahospitalaria y el 70,5% extrahospitalaria. Cinco pacientes (29,4%) fueron valorados por Cirugía Plástica y uno (5,9%) precisó cirugía. El 70,5% no presentó complicaciones; se observaron fractura clavicular ipsilateral (11,8%), fractura clavicular ipsilateral y humeral contralateral (5,9%) y escoliosis lumbar (5,9%). Un paciente (5,9%) falleció por encefalopatía hipóxico-isquémica. La recuperación fue completa en el 70,5%; dos pacientes (11,7%) continúan en rehabilitación y en el 17,8% no se dispone de seguimiento.

Conclusiones. La parálisis braquial neonatal mantiene una incidencia relevante. La mayoría de los casos evolucionaron favorablemente con manejo conservador y rehabilitación, siendo excepcional la necesidad de cirugía.

Infección neonatal fulminante por virus herpes simple: un reto diagnóstico. ***Mora Lozano S, Lareu Vidal S, Méndez Pérez L, De la Vega Morán I, Rodríguez Noriega Béjar L, Laguna García A, Montero Díaz N, Fernández García A.*** *Servicio de Neonatología. AGC Infancia y Adolescencia. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Ante una sospecha de sepsis vertical, la etiología bacteriana ocupa habitualmente un lugar prioritario en el diagnóstico diferencial. No obstante, otras causas infecciosas pueden producir cuadros graves de rápida progresión.

Caso clínico. Recién nacido varón a término. Embarazo y parto sin incidencias. Tras un episodio inicial de taquipnea transitoria presenta de nuevo dificultad respiratoria, quejido y mala coloración a las 27 horas de vida. Se traslada desde Hospital de origen a nuestra UCIN iniciándose antibioterapia intravenosa y con soporte ventilatorio no invasivo. La elevación de reactantes de fase aguda y la evolución respiratoria orientaron hacia una sepsis con posible neumonía bilateral bacteriana asociada. Desarrolla insuficiencia respiratoria hipoxémica grave que precisa intubación, optimización de parámetros de ventilación convencional e intento de ventilación de alta frecuencia, con mala respuesta. Asocia hipertensión pulmonar grave, tratada con óxido nítrico inhalado y soporte vasoactivo (adrenalina, dobutamina, vasopresina y noradrenalina) y corticoides, con respuesta insuficiente. Ante shock obstructivo refractario, se contacta con centro de referencia para valoración de oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO), falleciendo antes de la llegada del equipo. 48 horas después, se diagnostica una primoinfección materna por virus herpes simple 1 (VHS-1). El análisis retrospectivo de muestras neonatales confirmó VHS-1 en aspirado traqueal y sangre.

Comentarios. La infección neonatal por VHS puede presentar una evolución rápidamente progresiva y simular otras causas de sepsis o insuficiencia respiratoria. Este caso invita a reflexionar sobre cuándo considerar una etiología vírica en el diagnóstico diferencial de los cuadros neonatales graves.

Luxación congénita bilateral de rodilla: el valor de la exploración neonatal. ***Blanco González A, Herreras Martínez A, López Pérez E, Gutiérrez Porro X, Posadilla Suárez P, Fernández Prieto A, Navas Méndez de Andes F, Terroba Seara S.*** *Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León.*

Introducción. La luxación congénita bilateral de rodilla es una malformación musculoesquelética infrecuente que supone un reto diagnóstico en el periodo neonatal. Se caracteriza por la hiperextensión de la articulación de la rodilla presente al nacimiento. Su baja incidencia y su asociación con otras anomalías congénitas hacen de esta entidad un diagnóstico relevante en la valoración del recién nacido con deformidades articulares.

Caso clínico. Recién nacido varón a término, sin antecedentes obstétricos de interés, que presenta al nacimiento deformidad en genu recurvatum bilateral, compatible con luxación congénita bilateral de rodilla. El resto de la exploración física resulta normal, sin presentar otras anomalías musculoesqueléticas asociadas, y articulaciones coxofemorales estables sin evidencia de displasia. Tras valoración por Traumatología, se procede a reducción e inmovilización bilateral con férulas cruropédicas, con seguimiento en consulta de ortopedia infantil. Nueve días más tarde se retiraron las inmovilizaciones, objetivándose movilidad completa de ambas rodillas y caderas. Ante la evolución clínica favorable y la recuperación funcional completa, se decidió no continuar con la inmovilización.

Comentarios. La luxación congénita bilateral de rodilla es una entidad infrecuente que requiere una valoración precoz para establecer el tratamiento ortopédico más adecuado.La afectación bilateral es una presentación clínica relevante por su posible asociación con otras anomalías congénitas, por lo que la exploración musculoesquelética del recién nacido resulta esencial para su identificación y para descartar malformaciones asociadas. Es importante establecer un tratamiento precoz en las primeras 24-48 horas de vida, habitualmente conservador mediante colocación de yesos, para favorecer una evolución funcional satisfactoria y optimizar los resultados a largo plazo.

Malformación congénita de la mano en el neonato: más allá de la sindactilia. ***Marrón Alonso M, Vozmediano Antón C, Recalde Tabar A, Arnaez Solis J, Aja García M, Bustamante Hervás C, Clavijo Izquierdo M, Dios Puebla M.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. Las anomalías congénitas de la mano, por fallo de formación o disrupción, plantean un reto diagnóstico. Su clasificación clínico-radiológica permite descartar asociaciones sindrómicas y orientar el pronóstico funcional.

Caso clínico. Neonato sin antecedentes familiares de interés, embarazo controlado y normoevolutivo, ecografías prenatales normales. Parto vaginal eutócico en la semana 40 de gestación. Adecuada adaptación perinatal. Cribado auditivo superado. A la exploración presenta anomalía unilateral de mano derecha con fusión-agrupamiento del 2º, 3er y 4º dedo (figura 23):

- 1er y 5º dedo relativamente conservados (con uña).
- 2º, 3er y 4º dedo muñones (con uñas) pequeños, redondeados y agrupados, bien epitelizados.



Figura 23. Malformación congénita de la mano.

- Mano de menor tamaño que contralateral, antebrazo y brazo de longitud normal.

No anillos de constricción, surcos ni linfedema en extremidad. Pies y pared torácica de morfología normal, pectoral mayor presente y pliegues axilares simétricos. No otros rasgos dismórficos claros (leve retrognatia y filtrum amplio), no alteraciones en cuero cabelludo. Exploración neurológica normal. Se realiza radiografía de extremidad derecha (húmero, cúbito y radio normales, carpo con 5-6 huesos tubulares, elementos óseos relativamente conservados de 1er y 5º dedo, ausencia o marcada hipoplasia de metacarpianos de 2º, 3er y 4º dedo con solo osificaciones rudimentarias en muñones distales) y despistaje de otras posibles malformaciones asociadas mediante ecografía abdominal y cerebral y ecocardiograma; sin hallazgos patológicos.

Comentario. Se valoraron bridas amnióticas, mano hendida típica y síndrome de Poland. La hipótesis que mejor explica el conjunto de hallazgos es la simbraquidactilia: anomalía unilateral y esporádica, con hipoplasia limitada a la mano, deficiencia de radios centrales con bordes preservados (patrón "en U") y muñones rudimentarios.

Más allá de una lesión cutánea neonatal. ***Rosales Fernández A[1], Gómez Menduiña J[1], Acuña Álvarez M[1], Pindado Velázquez M[1], Muñoz Cabrera VP[2], Pino Vázquez A[2], Infante López ME[2], Sánchez Mínguez A[2].*** *[1]Servicio de Pediatría; [2]Servicio de Neonatología Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. La necrosis grasa subcutánea neonatal es una paniculitis lobulillar infrecuente, asociada a traumatismo, asfixia perinatal o hipotermia terapéutica. Aunque suele ser autolimitada, puede complicarse con hipercalcemia, hipertrigliceridemia o trombocitopenia, por lo que requiere vigilancia analítica.

Caso clínico. Recién nacida a término y macrosómica, tras distocia de hombros de diez minutos, asistolia al nacimiento y encefalopatía hipóxico-isquémica moderada, que precisó reanimación avanzada e hipotermia terapéutica. A las 18 horas presentó una lesión eritematosa, indurada y dolorosa en axila izquierda, con extensión hasta el quinto día. Ante la sospecha de celulitis, recibió antibioterapia empírica con vancomicina. La ecografía cutánea evidenció una paniculitis postraumática con escasa vascularización, hallazgo sugestivo de necrosis grasa subcutánea, que permitió retirar antibiótico. Durante la primera semana, la calcemia aumentó progresivamente hasta 1,5 mmol/L de calcio iónico y 10,9 mg/dL de calcio sérico. Ante esta tendencia, pese a permanecer asintomática, se inició hiperhidratación intravenosa y furosemida, con descenso progresivo de la calcemia y función renal conservada al día 13. Al alta, el calcio iónico era de 1,29 mmol/L, sin nefrocalcinosis en la ecografía abdominal de control.

Comentarios. Debe sospecharse necrosis grasa subcutánea ante placas o nódulos indurados en neonatos con antecedentes de asfixia, traumatismo o hipotermia. La ecografía puede orientar el diagnóstico diferencial y detectar complicaciones renales. La hipercalcemia puede aparecer tardíamente, incluso tras una calcemia inicial normal; por ello, se recomienda monitorizar el calcio y la función renal y mantener seguimiento para detectar recurrencias. El reconocimiento precoz permite anticipar complicaciones.

Microftalmia neonatal: el valor de la reevaluación clínica en la detección de malformaciones congénitas. ***Clavijo Izquierdo ME[1], Almeida de Miranda G[1], Portillo Sanz L[1], Bujedo Muñoz A[1], Marrón Alonso M[1], Recalde Tabar A[1], García Terrazas A[1], Bustamante Hervas CL[2].*** *[1]Servicio de Pediatría; [2]Servicio de Pediatría, Sección de Neonatología. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. Las malformaciones oculares congénitas pueden pasar inadvertidas cuando sus manifestaciones externas son sutiles. La microftalmia es poco frecuente y suele ser menos común su presentación unilateral. Puede estar asociada con frecuencia a coloboma de distinta localización.

Caso clínico. Recién nacido a término (37+4 SG), masculino. Producto de embarazo gemelar bicorial bioamniótico. Sin otro antecedente de interés. Ingresa a unidad neonatal por distrés respiratorio inmediato al nacimiento, precisan-

do soporte respiratorio. Permanece hospitalizado durante 7 días por bradicardia y desaturación. En las exploraciones físicas: asimetría ocular leve que había pasado inadvertida en las valoraciones iniciales, no leucocoria, reflejo rojo bilateral. Este hallazgo motivo la valoración por oftalmología que objetivó una asimetría marcada papilar en el fondo de ojo. La resonancia craneal y de órbitas mostró diámetro anteroposterior de globo derecho: 18 mm y de globo izquierdo:16 mm con coloboma del nervio óptico. El estudio de CMV fue negativo. La ecografía renal no mostró anomalía estructural. Se inició oclusión ocular durante una hora diaria y seguimiento conjunto por pediatría y oftalmología.

Comentario. La discreta expresión externa de la microftalmía puede dificultar su reconocimiento neonatal. En este caso, las exploraciones seriadas permitieron identificar una asimetría inicialmente inadvertida y orientar el diagnóstico de microftalmía con coloboma. La colaboración entre pediatría y oftalmología resulta fundamental para evaluar posibles anomalías asociadas e instaurar medidas precoces dirigidas a prevenir la ambliopía y optimizar el potencial visual.

Sepsis neonatal por estreptococo del grupo B: cuando la prevención no es una opción. ***López Nieto B, Cachón Salgado A, Anibarro Blanco E, Gutiérrez Turrión AM, López Ávila FJ, González González MM, González Calderón O, De la Calle Cabrera MT.*** *Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. La colonización del tracto genitourinario o gastrointestinal por estreptococo del grupo B (EGB) afecta hasta un tercio de las mujeres sanas. Este patógeno puede transmitirse al recién nacido, causando infecciones graves como sepsis, meningitis o neumonía. El cribado en el tercer trimestre de embarazo y la profilaxis antibiótica intraparto (PAI) han reducido la incidencia de sepsis neonatal precoz, pero no de sepsis neonatal tardía, que es la que aparece entre los 7 y los 89 días de vida.

Caso clínico. Lactante de 1 mes y 15 días que ingresa en planta por fiebre sin focalidad y elevación de reactantes de fase aguda para antibioterapia intravenosa empírica con ceftriaxona y ampicilina. Antecedentes de embarazo no controlado, rotura de membranas de 96 horas y exudado rectovaginal intraparto positivo para EGB, recibiendo PAI completa. Parto a término sin complicaciones. Diagnóstico posnatal de síndrome polimalformativo (agenesia de cuerpo calloso con ventriculomegalia, fisura palatina completa y ano anterior). El hemocultivo se positiviza en las primeras horas para *Streptococcus agalactiae* sensible a ampicilina, que se administra en monoterapia como tratamiento dirigido durante 11 días. Cultivo de líquido cefalorraquídeo y urocultivo negativos. Buena evolución clínica y analítica durante el ingreso, con hemocultivo de control negativo.

Comentarios. La PAI no es un método de prevención eficaz de la sepsis neonatal tardía por EGB. Se requieren métodos alternativos para la prevención de esta entidad, como la vacuna glicoconjugada hexavalente para la inmunización materna, que está en fase de ensayo clínico y aún no se encuentra aprobada.

Ventilación NAVA en el recién nacido prematuro extremo: ¿ventaja fisiológica o beneficio clínico? ***Matilla Sainz-Aja N[1], Estomba Aramburu L[2], Comuñas Gomez JJ[3], Angulo Sánchez V[1], Prieto Domínguez C[1], Marron Alonso M[1], Moroso González P[1], Recalde Tabar A[1].*** *[1]Hospital Universitario de Burgos. Burgos. [2]Hospital Universitari de Terrasa. Terrassa, Barcelona. [3]Hopital Universitario Vall d'Hebron.*

Introducción. La ventilación asistida ajustada neuronalmente (NAVA) sincroniza el soporte ventilatorio con la actividad eléctrica diafragmática, detectada mediante una sonda esofagogástrica con electrodos. Esta modalidad mejora la sincronía paciente-respirador y reduce las presiones inspiratorias. Además, presenta resultados prometedores como estrategia de soporte tras la extubación, aunque la evidencia sobre otros resultados clínicos es limitada.

Caso clínico. ***Caso 1:*** Recién nacida prematura 23+4 semanas de edad gestacional, que precisó intubación al nacimiento y ventilación de alta frecuencia por insuficiencia respiratoria. Tras tratamiento corticoideo para facilitar extubación se inició NAVA invasiva a los 18 días de vida. Se consiguió la extubación 24 horas después, con adecuada sincronía y sin necesidad de reintubación.

Caso 2: Recién nacido prematuro 24 semanas de edad gestacional, que precisó intubación en sala de partos y ventilación de alta frecuencia por hipercapnia progresiva y presiones pulmonares altas. Tras tratamiento corticoideo para facilitar extubación se inició NAVA invasiva a los 18 días de vida. 11 días después se realizó la extubación, con buena adaptación y sin necesidad de reintubación.

Comentarios. En ambos pacientes, la estrategia ventilatoria basada en NAVA permitió una transición satisfactoria hacia la extubación, sin fracaso que requiriese intubación. Estos resultados son alentadores, aunque el reducido número de casos y la ausencia de comparación con otras modalidades impiden establecer una superioridad clínica. Son necesarios estudios de mayor evidencia científica que evalúen su impacto sobre los resultados Clínicos neonatales a corto y largo plazo.

Destapando el misterio tras la irritabilidad: lactante con malformación linfática intestinal, a propósito de un caso. ***Fraile Manzano MI[1], Romero Hombrebueno Gómez del Pulgar Y[1], Rondón Martínez CV[2], Pindado Velázquez M[1], Gómez Menduiña J[1], Barrio Alonso MP[1], Molina Vázquez ME[3], Benito Gutiérrez M[4].*** *[1]Servicio de Pediatría; [3]Servicio de Cirugía Pediátrica; [4]Sección Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. [2]Hospital El Bierzo. Ponferrada, León.*

Introducción. La irritabilidad es un motivo frecuente de consulta. La inespecificidad de este síntoma requiere abordaje estructurado y exploración sistematizada para enfocar el diagnóstico diferencial. La palpación abdominal dolorosa y la distensión obligan a descartar la presencia de abdomen agudo por su potencial gravedad y necesidad de abordaje quirúrgico precoz.

Caso clínico. Lactante varón de 3 meses sin antecedentes de interés salvo una infección respiratoria reciente. Acude a urgencias por irritabilidad y fiebre de hasta 39°C con hiporexia. Presenta regular estado general, taquicardia, mala perfusión, sin respuesta a la expansión de volumen, distensión abdominal, e irritabilidad con escasa interacción, por lo que ingresa en la unidad de cuidados intensivos. En la analítica inicial destaca elevación de la procalcitonina (6,03 ng/mL), sin leucocitosis e hiperlactatemia (5,7 mmol/L). La ecografía inicial muestra abundante líquido intraperitoneal con alteración de la pared intestinal. En la radiografía no se visualiza gas distal. Se decide la realización de laparotomía exploratoria, objetivándose infiltración intestinal completa por áreas quísticas con líquido peritoneal de características quilosas (triglicéridos 852 mg/Dl), sugiriendo el diagnóstico de peritonitis por ascitis quilosa por probable malformación linfática. Se instaura antibioterapia de amplio espectro (cefotaxima, vancomicina y metronidazol) durante 8 días, nutrición parenteral inicial con nutrición enteral con fórmula enriquecida en triglicéridos de cadena media (MCT). Posteriormente presenta buena tolerancia, sin nuevos cuadros abdominales ni sistémicos.

Comentarios. Las causas de ascitis quilosa son diversas y dependen del grupo etario. Incluyen malformaciones, traumatismos y obstrucciones linfáticas El enfoque terapéutico primario es conservador con cambios dietéticos priorizando MCT.

Sábado 14 de noviembre • Salón Murcia

Caracterización clínica y genética del trastorno del neurodesarrollo asociado a variantes en el gen *TRIO*: serie multicéntrica. ***Villa Álvarez M[1], Hedrera Fernández A[1], Fernández Menéndez A[2], Rodríguez Fernández C[3], Conejo Moreno D[4], Álvarez Martínez MV[1].*** *[1]Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. [2]Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias. [3]Complejo Asistencial Universitario de León. León. [4]Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Objetivos. Las variantes patogénicas en el gen *TRIO* se asocian a trastornos del neurodesarrollo (TRIO-NDD), descritos como trastorno del desarrollo intelectual autosómico dominante tipo 44 con microcefalia (OMIM617061; pérdida de función) o tipo 63 con macrocefalia (OMIM618825; ganancia de función). Nuestro objetivo fue caracterizar el fenotipo clínico y las variantes genéticas de pacientes pediátricos con TRIO-NDD.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo, multicéntrico y retrospectivo de pacientes con variantes patogénicas en *TRIO* en Asturias, Cantabria y Castilla y León. Se realizó un análisis descriptivo de variables clínicas, genéticas y neurorradiológicas.

Resultados. Se identificaron cinco varones (edad mediana: 8,5 años; rango: 4,7-11,8), portadores de cuatro variantes *nonsense* y una variante del sitio de empalme en el gen *TRIO*, todas compatibles con pérdida de función; dos *de novo*, dos heredadas y una de origen desconocido. Todos presentaban microcefalia (perímetro cefálico mediano: –2,31 DE), afectación cognitiva leve (cociente intelectual mediano: 75; rango: 72-81) y retraso del lenguaje expresivo. Todos adquirieron marcha autónoma (mediana: 16 meses; rango: 12-17,5), aunque cuatro mostraban dificultades de motricidad fina. Se observaron dificultades atencionales en tres pacientes y autismo en uno. Los pabellones auriculares prominentes constituyeron el rasgo dismórfico más frecuente (cuatro pacientes), seguidos de micrognatia (dos) y braquicefalia (dos). La resonancia magnética craneal mostró alteraciones en tres pacientes, incluyendo quistes aracnoideos, megacisterna magna, ventriculomegalia e hipoplasia vermiana.

Conclusiones. las variantes con pérdida de función de *TRIO* se asocian a un fenotipo caracterizado por microcefalia, afectación cognitiva y del lenguaje, dismorfias menores y alteraciones de la motricidad fina, con expresividad clínica variable.

Resultados preliminares del rendimiento diagnóstico de estudios de exoma pediátrico para orientar estrategias diagnósticas avanzadas. ***Sus Usero J[1], Urbano Ruiz C[2], Arroyo Ruiz R[1], Justel Rodríguez M[1], Criado Muriel C[1], Lorenzo Hernández SM[1], Pérez Carbonero L[1], Prieto Matos P[1].*** *[1]Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. [2]Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.*

Introducción. El diagnóstico molecular de las enfermedades raras continúa siendo un reto clínico. Incluso con técnicas como el exoma completo, un porcentaje importante de pacientes no tienen diagnóstico genético concluyente. Como fase inicial de un proyecto de estrategias diagnósticas avanzadas, se evalúa el rendimiento diagnóstico del exoma en los primeros 1138 casos pediátricos revisados.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes menores de 18 años con sospecha de enfermedad genética a los que se ha realizado exoma en la Unidad de Diagnóstico Avanzado de Enfermedades Raras de Castilla y León (DiERCyL) de 2018 a 2026. En esta primera fase se revisan los exomas realizados, identificando casos con diagnóstico molecular concluyente y caracterizando sus hallazgos genéticos.

Resultados. De los 2990 exomas realizados se han revisado hasta ahora 1138. Se han excluido 83 por haberse realizado en familiares y 11 por mayores de 18 años u otras causas. Se incluyeron 1044 casos índice, procedentes de todos los hospitales de la comunidad, el 58,9% (615) eran varones, y tenían una edad media de 6,9 ± 4,8 años. Tenían diagnóstico molecular 449 pacientes (42,8%), habiendo sido realizado el diagnóstico por exoma en el 40,8% (426) y en 23 por otras pruebas (20 con genoma y 3 con otras técnicas).

Conclusiones. El análisis de los diagnósticos mediante exoma forma el primer paso de este proyecto. El abordaje posterior de los casos no concluyentes permitirá explorar estrategias complementarias, incluyendo la reevaluación de los datos genómicos y técnicas avanzadas, para incrementar el rendimiento diagnóstico y reducir la odisea diagnóstica.

Esta comunicación forma parte de una beca de investigación de FESV.

"Se le caen los párpados": síndrome miasténico congénito en etapa de lactante. ***Almeida de Miranda G[1], Portillo Sanz L[1], Muñoz Albillos MS[1], Conejo Moreno D[1], Arroyo Ruiz R[2,3], Paíno Román M[2], Angulo Sánchez V[1], Prieto Domínguez C[1], Clavijo Izquierdo ME[1].*** *[1]Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos. [2]Servicio de Pediatría; [3]Unidad de Diagnóstico de Enfermedades Raras de Castilla y León. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. Los síndromes miasténicos congénitos (SMC) son alteraciones en la transmisión neuromuscular secundarias a defectos localizados en las proteínas que intervienen en la integridad y en el funcionamiento de la placa motora. La sintomatología puede ser episódica e inespecífica.

Caso clínico. Niña, 12 meses, sin antecedentes personales de interés salvo ingreso en UCIP a los 2 meses de vida por bronquiolitis, derivada a la consulta de Neuropediatría porque desde hace unos meses refieren que "se le caen los párpados a lo largo del día" y presenta disfagia para líquidos. Antecedente de retraso en adquisición de sostén cefálico. En exploración destaca boca en carpa, filtrum amplio, oftalmoparesia, ptosis de predominio derecho y tendencia a hiperextensión cervical. En la familia hay consanguinidad lejana y refieren casos de SMC en mujeres de rama paterna; tiene 2 hermanos varones sanos, y su madre tiene esclerosis múltiple. Un mes después precisa ingreso por mal manejo secreciones en contexto infeccioso. Ante sospecha de SMC por deficiencia de acetilcolina se tramita estudio genético y se solicitan interconsultas a diferentes especialistas. El estudio genético detecta variante en gen *CHRNE* en homocigosis, confirmando diagnóstico de sospecha. Se realiza estudio de progenitores (ambos portadores) y se indica continuar seguimiento multidisciplinar.

Comentarios. El tratamiento de los SMC es sintomático y varía en función del subtipo que padezca el paciente. Se debe realizar el diagnóstico genético siempre que sea posible, ya que la selección terapéutica dirigida al genotipo y la evitación de fármacos potencialmente perjudiciales son fundamentales para optimizar los resultados clínicos.

Un reto diagnóstico y terapéutico: estatus epiléptico superrefractario criptogénico. ***Clavijo Izquierdo ME, Dios Puebla ME, Pérez Ortiz D, Prieto Domínguez C, Gómez Sánchez E, Navarro Abia V, Gómez Saez F, Conejo Moreno D.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El estatus epiléptico (EE) constituye una emergencia neurológica con importante morbimortalidad.

Caso clínico. Varón, 10 años, sin antecedentes de interés. Derivado tras episodio de desconexión del medio con clonías generalizadas de 2 minutos de duración, con posterior somnolencia. 48 horas previas, presenta rinolalia con sensación febril no termometrada. A su llegada examen físico y pruebas complementarias sin hallazgos relevantes. Ingresa en planta para observación, donde presenta una nueva crisis generalizada de segundos de duración, con posterior fluctuación de nivel de conciencia y conducta. Se decide ingreso en UCIP. Se inicia protocolo de EE de forma progresiva a dosis variables (midazolam, levetiracetam, lacosamida, brivaracetam y valproico), sin conseguir control de crisis. Estudios sistemáticos iniciales no fueron concluyentes (descartando infección, metabólico, estructural), excepto vEEG que muestra estatus eléctrico (y crisis frecuentes). Se inicia tratamiento inmunomodulador a las 48 horas de ingreso con inmunoglobulinas (2 g/kg en 2 días) y megabolos de metilprednisolona (30 g/kg/día-3 días),

sin mejoría por lo que se realiza plasmaféresis (4 sesiones). Se trata de un paciente en estatus epiléptico superrefractario, que cumple criterios de FIRES. A las 2 semanas se inicia tratamiento compasivo con Anakinra (niveles basales de anti-IL1 en rango) con clara mejoría clínico-electrica (exploración anodina al alta, tras 45 días de ingreso).

Comentario. El caso evidencia el reto diagnóstico-terapéutico de un EE criptogénico. Alcanzar la etiología es deseable pero no debe retrasar un adecuado abordaje terapéutico. La evolución descrita no permite atribuir causalidad a una intervención concreta, pero se logró el objetivo prioritario: la mejoría del paciente.

Cuando la radiografía no explica la cojera: enfermedad de Legg-Calvé-Perthes. ***Molano Corvo M[1], Martín Ruano A[2], Bravo Paños M[1], Gutiérrez Turrión AM[1], Anibarro Blanco E[1], Casado de Ávila R[1], Cachón Salgado A[1], López Nieto B[1].*** *[1] Residente de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. [2]Adjunto de Pediatría. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca.*

Introducción. La enfermedad de Legg-Calvé-Perthes es una osteonecrosis avascular idiopática de la cabeza femoral que afecta principalmente a niños de 4 a 10 años. Su presentación inespecífica y la normalidad de las radiografías iniciales pueden dificultar el diagnóstico precoz.

Caso clínico. Varón de 3 años que consulta por cojera y dolor en la cara anterior del muslo derecho de una semana de evolución, sin antecedente traumático ni clínica infecciosa. La exploración inicial fue normal, orientándose el diagnóstico hacia una sinovitis transitoria de cadera. Diez días después reapareció la clínica y se realizó una radiografía sin hallazgos significativos. Tras tres meses asintomático, presentó un nuevo episodio de cojera, objetivándose limitación de la abducción y de la rotación interna de la cadera derecha. Fue derivado a Traumatología y, tras seguimiento clínico-radiológico, la resonancia magnética confirmó una enfermedad de Legg-Calvé-Perthes derecha, grado B de la clasificación de Herring. Se indicó tratamiento conservador, evitando actividades de impacto y con analgesia según necesidad. Tras más de tres años de seguimiento, permanece asintomático, con marcha normal y remodelación radiológica con un índice de cobertura del 90%.

Comentarios. La enfermedad de Legg-Calvé-Perthes debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la cojera persistente o recurrente, incluso en niños menores de la edad habitual de presentación y con radiografías inicialmente normales. La reevaluación clínica seriada y las pruebas radiológicas, ante una evolución desfavorable, permiten favorecer el diagnóstico precoz.

Cuando un accidente te puede salvar la vida. Hidatidosis pulmonar: a propósito de un caso. ***Crespo Estrada J, Barturen Negro I, Ferlini Fuembuena RL, Monje Fuente S, Ros Briones R, Alonso Arroyo V, Ayuso González LD, Ortega Escudero M.*** *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. La hidatidosis es una infección provocada por el parásito *Echinococcus granulosus* y que en más del 90% de los casos se presenta en forma de quistes hidatídicos hepáticos o pulmonares. Tienen un crecimiento lento y suelen tardar en producir clínica varios años, por lo que supone un reto diagnóstico.

Caso clínico. Niña de 7 años procedente de Marruecos con hallazgo incidental de aumento de densidad en lóbulo inferior derecho en radiografía de tórax tras accidente de tráfico. Se realiza TAC tóraco-abdominal objetivándose una lesión de 6,3 × 4,8 × 6,7 compatible con quiste hidatídico, además de otro quiste milimétrico en el hígado. Se pauta albendazol profiláctico desde 15 días antes de la cirugía. La niña no presenta clínica hasta la intervención. Se realiza extirpación quirúrgica del quiste con preservación del parénquima pulmonar y aplicando abundante suero salino hipertónico como agente escolicida. Permanece en UCI pediátrica sin presentar complicaciones y es dada de alta una semana después del procedimiento, manteniendo el tratamiento con albendazol hasta 1 mes más tarde. Ahora mismo se encuentra en seguimiento en consultas de Cirugía pediátrica manteniéndose asintomática hasta el día de hoy.

Comentarios. El quiste hidatídico en la pediatría es una entidad excepcional y por ello hay que tener un alto índice de sospecha diagnóstica. La opción terapéutica recomendada es la combinación de tratamiento farmacológico antiparasitario con albendazol o praziquantel y cirugía, en la medida de lo posible, conservadora.

Cuando un traumatismo no lo explica todo. ***Pindado Velázquez M, Galbán de Marcos E, Sánchez Mengibar H, Fraile Manzano MI, Álvarez Velázquez S, Alfaro González M, Nieto Sánchez RM, Barrio Alonso MP.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. El traumatismo constituye una causa frecuente de dolor musculoesquelético en Urgencias Pediátricas. Sin embargo, la asociación de síntomas sistémicos o signos inflamatorios locales debe hacer replantear el diagnóstico inicial y considerar etiologías alternativas al propio traumatismo.

Caso clínico. Paciente de 8 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes, que acude a Urgencias Pediátricas por dolor, impotencia funcional y eritema del tobillo izquierdo tras traumatismo directo tres días antes, asociado edema y calor local en la exploración física; además de fiebre de hasta 39,1°C que había sido valorada el día anterior sin foco aparente. En la analítica destacaban proteína C reactiva de 70,5 mg/L y velocidad de sedimentación globular de 70 mm/h. La radiografía no mostró alteraciones óseas. La ecografía evidenció una colección subperióstica en la metáfisis distal del peroné sugestiva de absceso. La resonancia magnética confirmó una colección subperióstica, asociada a cambios inflamatorios de partes blandas, sin signos concluyentes de osteomielitis aguda. Se realizó drenaje quirúrgico, obteniéndose material purulento cuyo cultivo aisló *Staphylococcus aureus*. Recibió antibioterapia intravenosa con cefazolina, posteriormente sustituida por amoxicilina-clavulánico oral, con evolución clínica favorable.

Comentarios. La presencia de fiebre y signos inflamatorios locales tras un traumatismo aparentemente banal debe hacer cuestionar que el traumatismo sea la causa de toda la clínica. La coexistencia de síntomas sistémicos y locales puede orientar hacia una etiología infecciosa y justificar la ampliación del estudio. En este caso, la identificación de una colección subperióstica y su drenaje precoz permitieron establecer el diagnóstico y orientar el tratamiento.

Cuando una marcha inestable cambia el rumbo. ***Pindado Velázquez M[1], Fraile Manzano MI[1], Redondo Aparicio S[1], Acuña Álvarez M[1], Rosales Fernández A[1], Vázquez Martín S[2], Melero González A[2], García Saseta P[3].*** *[1]Servicio de Pediatría; [2]Servicio de Neurología Pediátrica; [3]Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. La presentación de eventos neurológicos agudos en la edad pediátrica puede ser inespecífica, dificultando su reconocimiento. La aparición de signos focales obliga a mantener un alto índice de sospecha y completar una valoración dirigida.

Caso clínico. Niña de 2 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes, que acude a Urgencias de su hospital de referencia por aparición brusca de marcha inestable, con desviación hacia la derecha. La tomografía computarizada craneal sin contraste no muestra alteraciones, orientándose inicialmente el cuadro como una posible ataxia postinfecciosa. Ante la progresión clínica, con rechazo de la marcha, sedestación inestable, pérdida de fuerza en la extremidad superior derecha y desviación de la comisura bucal hacia la izquierda, se traslada a nuestro hospital, donde se activa código ictus. La angiotomografía muestra una interrupción del paso de contraste en el segmento P2-P3 de la arteria cerebral posterior izquierda, de significado incierto. La tomografía de perfusión evidencia hipoperfusión occipital izquierda sugestiva de penumbra isquémica. La resonancia magnética confirma un infarto talámico izquierdo e hipoperfusión occipitoparietal izquierda sin infarto establecido, con hallazgos sugestivos de disección arterial. Se inicia tratamiento antiagregante con ácido acetilsalicílico, con evolución neurológica favorable y recuperación progresiva de los déficits.

Comentarios. La aparición brusca de síntomas neurológicos focales en la infancia debe hacer considerar un evento cerebrovascular, incluso ante una presentación inespecífica y una tomografía inicial sin alteraciones. La progresión de los déficits y la activación precoz del código ictus permitieron completar el estudio, identificar la lesión isquémica y establecer un tratamiento.

De la alteración de la marcha al diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré: un patrón de debilidad proximal en la infancia. ***Álvarez Velázquez S, Redondo Aparicio S, García Saseta P, Vázquez Martín S, Pindado Velázquez M, Bayón Garrido A, Fernández de la Mano S, Alfaro González M.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. El síndrome de Guillain-Barré suele manifestarse con debilidad progresiva de predominio distal y ascendente. La afectación predominantemente proximal, con relativa preservación distal, constituye una presentación menos habitual que puede dificultar su reconocimiento, especialmente cuando los síntomas aparecen tras un traumatismo.

Caso clínico. Niña de 5 años, previamente sana, que consultó por dolor en miembros inferiores y dificultad para caminar tras una caída accidental por unas escaleras. En los días siguientes presentó empeoramiento progresivo de la marcha, caídas frecuentes y dificultad para incorporarse del suelo y subir escalones. La exploración evidenció debilidad de predominio proximal en miembros inferiores, especialmente en la cintura pelviana (fuerza 3/5), con preservación relativa de la musculatura distal (4+/5 en dorsiflexores y 5/5 en flexores plantares y peroneos). Presentaba reflejos rotulianos y aquíleos abolidos, con reflejos de miembros superiores conservados. La tomografía computerizada craneal y la resonancia magnética medular no mostraron alteraciones relevantes. El líquido cefalorraquídeo presentó disociación albuminocitológica (proteínas de 85 mg/dL y un leucocito/µL), y el estudio neurofisiológico mostró afectación motora generalizada con bloqueos de conducción de intensidad moderada. Recibió inmunoglobulina intravenosa a 400 mg/kg/día durante cinco días, con mejoría clínica hasta la práctica resolución.

Comentarios. El predominio proximal de la debilidad, con relativa preservación distal, constituye una presentación menos habitual que puede dificultar el reconocimiento del síndrome de Guillain-Barré. La arreflexia en miembros inferiores y la integración de los hallazgos neurofisiológicos y del líquido cefalorraquídeo fueron claves para orientar el diagnóstico e instaurar el tratamiento.

De la piel a las manos: síndrome de Buschke-Ollendorff. ***Martín Pérez E[1], García Juárez S[1], Fekete López E[1], Hernández Valles A[2], Parro Olmo P[1], Salamanca Zarzuela B[1], González Márquez PI[2], Bolivar Ruiz P[1].*** *[1]Servicio de Pediatría; [2]Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. Los nevus del tejido conectivo (NTC) son lesiones cutáneas que pueden aparecer como hallazgo único o como manifestación clínica inicial para el diagnóstico del síndrome de Buschke-Ollendorff (SBO). El SBO es una genodermatosis benigna de herencia autosómica dominante causada por mutaciones en el gen *LEMD3* (12q14). Se caracteriza por la asociación de elastomas/colagenomas y osteopoiquilosis (displasia ósea esclerosante asintomática), por lo que el hallazgo cutáneo puede guiarnos al despistaje de lesiones óseas (o viceversa).

Caso clínico (figuras 24A, 24B y 24C)**.** Varón de 11 años derivado desde Dermatología tras el diagnóstico histopatológico de NTC, por presentar bultomas papulosos congénitos no dolorosos (< 1 cm) en muslos y espalda. Como antecedentes presentaba una válvula aórtica bicúspide y sospecha de agregación familiar (madre y hermana con lesiones similares). Se realizan radiografías de manos, pies y pelvis, revelando múltiples focos de osteoesclerosis bien delimitados compatibles con osteopoiquilosis. El exoma dirigido confirmó una variante patogénica en heterocigosis en *LEMD3*.

Comentarios. El síndrome de Buschke-Ollendorf es una condición benigna de excelente pronóstico, que no precisa un manejo específico y solo realizará tratamiento sintomático

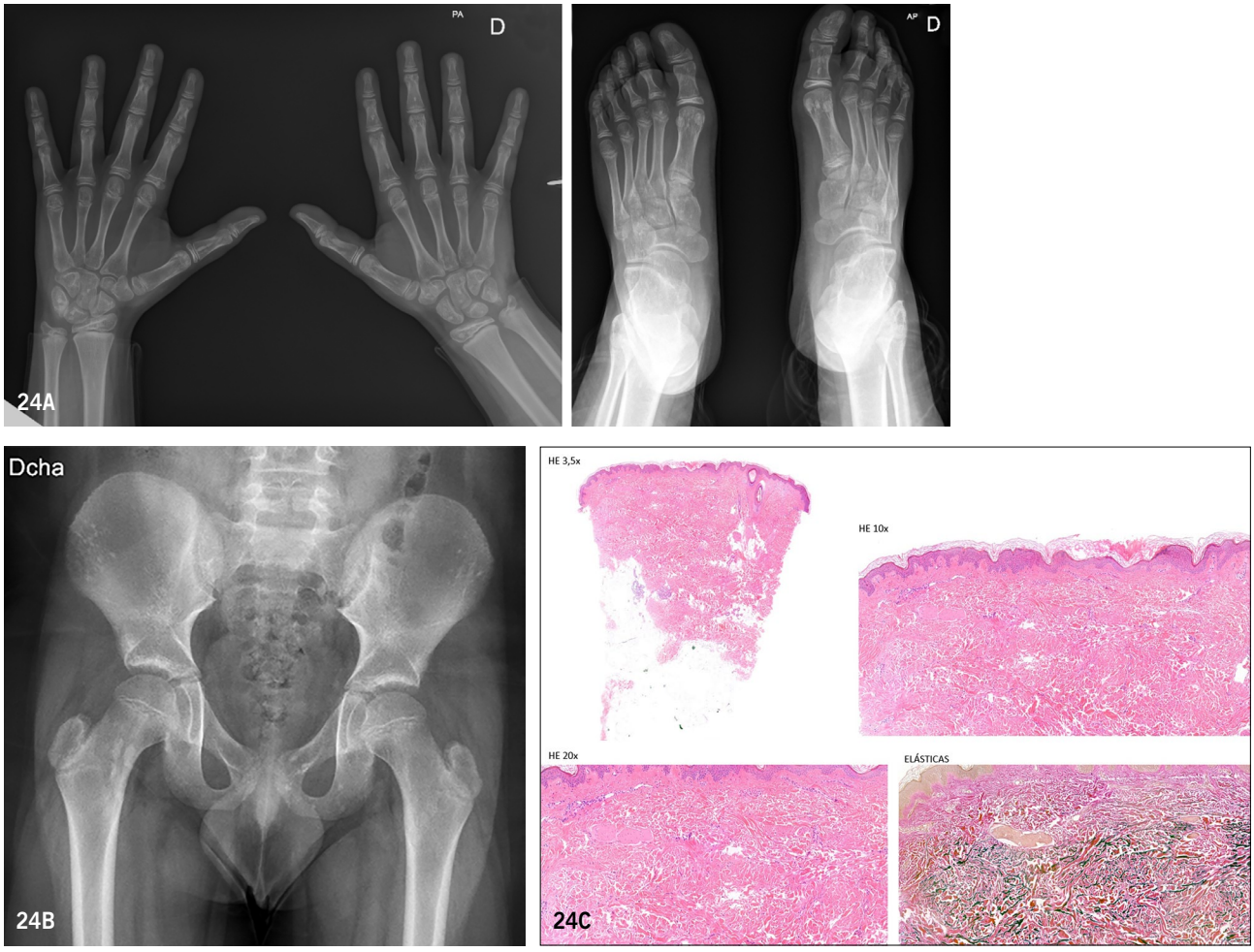


Figura 24. Síndrome de Buschke-Ollendorff. Radiografía de las manos y pies (A) y de la pelvis (B). C) Nevus (AP).

analgésico en caso de dolores osteoarticulares. Sin embargo, el diagnóstico es clave para evitar alarma y exploraciones invasivas ante el posible diagnóstico diferencial que puede surgir entre la osteopoiquilosis y metástasis osteoblásticas o neoplasias óseas. Asimismo, aunque el diagnóstico es clínico-radiológico, la detección de la variante en *LEMD3* confirma la sospecha y permite el consejo genético familiar.

De la piel al cerebro: esclerosis tuberosa y disociación clínico-radiológica. ***Redondo Aparicio S, Gomez Menduiña J, García González I, Martín Pérez-Barjola J, Rosales Fernández A, Álvarez Velázquez S, Acuña Álvarez M, Vázquez Martín S.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Introducción. La esclerosis tuberosa es una enfermedad genética multisistémica caracterizada por el desarrollo de hamartomas en distintos órganos. La afectación neurológica presenta gran variabilidad clínica, siendo el estudio cerebral fundamental incluso en pacientes asintomáticos. Las manifestaciones cutáneas constituyen, asimismo, una herramienta clave para la sospecha diagnóstica.

Caso clínico. Paciente de siete años derivado a Neuropediatría desde Dermatología por angiofibromas faciales y máculas acrómicas. El estudio genético confirmó una deleción heterocigota patogénica que afecta a los exones 1-10 del gen TSC2. El estudio parental confirmó el carácter de novo de la variante. El desarrollo psicomotor y el rendimiento escolar eran adecuados, sin antecedentes de crisis epilépticas ni regresión del desarrollo. La exploración neurológica era globalmente normal, salvo hiperreflexia generalizada y clonus agotable bilateral, sin focalidad ni espasticidad. El electroencefalograma inicial en vigilia no mostró actividad epileptiforme. La resonancia magnética cerebral evidenció múltiples túberes córtico-subcorticales, nódulos subependimarios bilaterales y hamartomas periventriculares, sin evidencia de astrocitoma subependimario de células gigantes. Se indicó seguimiento neurológico y electroencefalográfico, sin indicación de tratamiento antiepiléptico inicial.

Conclusiones. Este caso destaca la importancia de reconocer las manifestaciones dermatológicas como clave para sospechar enfermedades neurocutáneas y orientar su diagnóstico. Asimismo, evidencia la posible discordancia entre la carga lesional cerebral y la expresión clínica, con afectación radiológica extensa en un paciente sin crisis epilépticas ni repercusión aparente sobre el desarrollo. Estos hallazgos subrayan la necesidad de una evaluación multidisciplinar y un seguimiento neurológico individualizado, incluso en pacientes clínicamente asintomáticos.

Del exoma a la prevención, un hallazgo con repercusión familiar. ***Simón Santos N, Moroso González P, Navarro Abia V, Portugal Rodríguez R, Recalde Tabar A, Clavijo Izquierdo ME, Portillo Sanz L, Marrón Alonso M.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El gen *BRCA2* está involucrado en el proceso de formación de proteínas que reparan daños en el ADN. Las personas que heredan ciertas variantes patogénicas poseen un riesgo incrementado de desarrollar ciertos cánceres, sobretodo de mama, ovario, próstata y páncreas. No obstante, dado que el correcto funcionamiento del gen *BRCA2* es necesario para una neurogénesis normal, las mutaciones en el mismo podrían relacionarse en algunos casos con alteraciones del neurodesarrollo.

Caso clínico. Niño de 11 años, sin antecedentes preperinatales de interés, con diagnóstico de trastorno del espectro autista grado 2 para la comunicación social y grado 3 para comportamientos restringidos y repetitivos. Además cursa con microcefalia, con estudio de neuroimagen anodino. En este contexto se amplía el estudio etiológico con exoma, que muestra una variante patogénica en el gen *BRCA2*. Esta variante no se considera como causal por sí sola de su clínica, pero revisando los antecedentes familiares destacan: abuela materna cáncer de mama, bisabuela materna cáncer de mama y ovario. En este contexto la madre del niño (de 30 años de edad, sana en la actualidad) fue remitida a consulta de oncología de consejo genético, ha entrado en programa de seguimiento y se ha propuesto realizar mastectomía bilateral para reducir el riesgo de cáncer. Nuestro paciente será remitido a dicha consulta a la edad de 18 años.

Conclusión. En ocasiones los estudios genéticos no son informativos para nuestro objetivo inicial, pero los hallazgos incidentales en ocasiones pueden ayudar a prevenir/diagnosticar precozmente otras patologías no relacionadas con la clínica cardinal.

Demandas asistenciales generadas por dispositivos en una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos. ***Fekete López E, Delgado Lafuente A, Ortega Macías M, Vilches Fraile S, Agüera Martín C, López González L, García Miralles LC, Cano Garcinuño A.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción y objetivos. En las unidades de cuidados paliativos pediátricos existen un porcentaje elevado de pacientes con soporte tecnológico. Los objetivos del estudio fueron describir las demandas asistenciales generadas por

dispositivos de los pacientes de una unidad de cuidados paliativos pediátricos.

Métodos. Estudio observacional y retrospectivo, en el que se recopilaron datos clínicos y demográficos de los pacientes de una unidad de cuidados paliativos pediátricos de un hospital de tercer nivel, entre 1/11/2023-1/11/2025.

Resultados. Se identificaron 42 pacientes, de edad mediana 9.7 años, 57% mujeres. El 85% de pacientes presentaban algún tipo de soporte tecnológico. Se recopilaron 58 dispositivos, siendo el soporte más frecuente nutricional 60% (gastrostomía 48%, sonda gástrica 10%, ileostomía 1%), seguido de soporte respiratorio 32% (ventilación no invasiva (VNI) 22%, oxigenoterapia 3%, oxígeno de alto flujo 3% y traqueostomía 3%) y soporte neurológico 7% (bombas de baclofeno y derivaciones ventriculares). Se recogieron 155 demandas asistenciales, correspondientes a 529 consultas totales. Los tipos de demanda asistencial fueron generadas por mantenimiento/revisión del dispositivo (22%), educación/resolución de dudas (22%), infecciones (13%), averías/mal funcionamiento (10%), renovación material (9,6%), accidentes (9%) y lesiones (8.3%). Los dispositivos que generaron más demanda asistencial fueron los nutricionales: gastrostomías (62%) y sondas gástricas (12%).

Conclusiones. Los niños dependientes de tecnologías suponen un porcentaje elevado de los pacientes en las unidades de cuidados paliativos pediátricos. Estos pacientes presentan dispositivos principalmente de tipo nutricional, seguidas de tipo respiratorio, los cuales generan un porcentaje elevado de demandas asistenciales, que principalmente se deben al mantenimiento de los mismos y educación en su manejo.

¿Adenopatía o glándula salival? Utilidad de la ecografía en la masa cervical pediátrica. ***Blanco Rodríguez P, Anibarro Blanco E, Martín Galán E, González Fernández I, Cebrián Soria P, Paino Román M, Izquierdo García I, Mendoza Sánchez MC.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. Las tumoraciones cervicales son un motivo de consulta frecuente en pediatría, mayoritariamente de causa inflamatoria, congénita o benigna, aunque obligan a descartar procesos neoplásicos. La exploración física es fundamental para orientar el diagnóstico, apoyándose con frecuencia en la ecografía. La submaxilitis es la inflamación de la glándula submandibular, cuya presentación puede solaparse con otras entidades cervicales y condiciona el diagnóstico diferencial.

Caso clínico. Varón de 10 años que consulta por tumefacción en región submandibular derecha de varias horas de evolución. No refiere pérdida de peso ni sudoración nocturna, afebril, no otra sintomatología. No antecedentes epidémicos, personales ni familiares de interés. Presenta buen estado general, en la exploración destaca una masa firme en región submandibular, dolorosa, no móvil, borra el ángulo mandibular. También asocia microadenopatías laterocervicales bilaterales. Se plantea el diagnóstico diferencial con parotiditis y con conglomerado de adenopatías reactivas. En la analítica destaca leve aumento de marcadores inflamatorios, se solicita una ecografía con hallazgos compatibles con submaxilitis derecha y adenopatías reactivas. Ante el buen estado general del paciente, la ausencia de fiebre y los datos analíticos se decide instaurar tratamiento conservador con antiinflamatorios e hidratación abundante, con mejoría posterior.

Comentarios. El diagnóstico diferencial de las masas cervicales en pediatría es amplio e incluye entidades menos frecuentes como la patología de las glándulas salivales. La ecografía es la prueba de imagen de elección inicialmente, permitiendo orientar el diagnóstico. La submaxilitis puede simular una adenopatía cervical o una parotiditis; su identificación permite diferenciarla y orientar un tratamiento conservador.

¿Celulitis o eritema nodoso? Cuando la exploración cambia el diagnóstico. ***García Calvo E, Andrés Blanco L, Domínguez Sevillano B, Montejo Marcos B, Caballero Ramos J, Anibarro Blanco E, Seijo Rodríguez J, García Ugarte B.*** *Sección de Urgencias pediátricas. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.*

Introducción. El eritema nodoso es la paniculitis más frecuente en la edad pediátrica. Se caracteriza por la aparición de nódulos inflamatorios dolorosos, habitualmente bilaterales y localizados en la región pretibial. Aunque suele ser autolimitado, requiere un estudio etiológico dirigido, siendo las infecciones por *Streptococcus pyogenes* y *Mycoplasma pneumoniae* causas reconocidas. Su presentación puede confundirse con procesos infecciosos cutáneos como la celulitis.

Caso clínico. Escolar de 9 años que consulta por aparición de eritema, dolor e inflamación pretibial bilateral de 24 horas de evolución, sin fiebre, traumatismo ni picadura reciente. Refería episodio similar un mes antes, autolimitado, así como tos irritativa y odinofagia en la semana previa. A la exploración presentaba dos nódulos eritemato-violáceos pretibiales bilaterales, indurados, calientes y dolorosos a la



Figura 25. Nódulos eritemato-violáceos pretibiales bilaterales.

palpación, sin puerta de entrada ni otras lesiones cutáneas (figura 25). Se realizó estudio complementario con analítica, sistemático de orina, estudio microbiológico y pruebas etiológicas. El test rápido para *Streptococcus pyogenes* fue positivo, orientando inicialmente a eritema nodoso secundario a infección estreptocócica. Se instauró tratamiento con amoxicilina y medidas antiinflamatorias. En el seguimiento posterior, el Quantiferón resultó negativo y la serología mostró inmunoglobulina M positiva para *Mycoplasma pneumoniae*, sugiriendo asociación infecciosa reciente.

Comentarios. El diagnóstico diferencial incluye celulitis, picaduras, vasculitis, traumatismos y otras paniculitis. La bilateralidad, ausencia de puerta de entrada, buen estado general y lesiones nodulares pretibiales orientaron hacia eritema nodoso. Este caso resalta la importancia de reconocer sus características clínicas y realizar una búsqueda etiológica dirigida para evitar diagnósticos erróneos y tratamientos innecesarios.

¿Es realmente una leishmaniasis? Cruce de señales inmunes. ***Fuentes Morantes L, Echeverria Briones V, Borges Rivas Y, Rodríguez Ramos A, Del Villar Guerra P, Varela Pérez P, Camacho Moral E, Valladares Díaz A.*** *Complejo Asistencial Universitario de Segovia. Segovia.*

Introducción. La adenopatía supraclavicular en Pediatría constituye un signo de alarma. Requiere una valoración cuidadosa y diagnóstico diferencial amplio, incluyendo etiología maligna. Resultados serológicos discordantes pueden dificultar el diagnóstico diferencial.

Casos clínicos. Se presentan dos casos atendidos con dos semanas de diferencia, que consultaron por adenopatía supraclavicular.

Caso 1. Varón de 12 años, adenopatía supraclavicular de 20 días de evolución, dura, adherida, dolorosa, asociando adenopatías cervicales. No respuesta a tratamiento antiinflamatorio y antibiótico. Hemograma, frotis y bioquímica normales. Ecografía: adenopatía desestructurada. Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastínico superior. TAC: conglomerado de adenopatías mediastínicas y supraclaviculares. Serología: anticuerpos totales frente a Leishmania positivos, IgG e IgM negativas. Biopsia ganglionar: linfoma de Hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular.

Caso 2. Mujer de 12 años, adenopatías supraclaviculares bilaterales de 7 días de evolución, pétreas, dolorosas, adheridas a planos profundos. Hemograma, frotis y bioquímica normales, salvo PCR 72,6mg/L (normaliza tras tratamiento antiinflamatorio y antibiótico). Ecografía: adenopatía supraclavicular derecha desestructurada. Rx tórax: normal. Serología: anticuerpos totales frente a Leishmania positivos, IgG e IgM negativas. Biopsia ganglionar: linfoma de Hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular.

Ambos fueron remitidos para tratamiento en centros de referencia.

Conclusiones. Aunque las adenopatías en Pediatría son frecuentemente de origen infeccioso, la localización supraclavicular y determinadas características clínicas obligan a considerar etiología maligna. La positividad de anticuerpos frente a *Leishmania* (ELISA), con inmunofluorescencia indirecta negativa, supuso un hallazgo discordante que dificultó la orientación diagnóstica inicial. Estos casos destacan la importancia de interpretar los resultados serológicos en contexto clínico e individualizar el estudio diagnóstico según características y evolución de las adenopatías.

¿Papiledema o pseudopapiledema? Drusas como trampa diagnóstica en urgencias pediátricas. ***Moroso González P[1], Conejo Moreno D[1], Navarro Abia V[1], Tello Fernández A[2], Melgosa Peña M[1], Santamaría Sanz PI[1], Marrón Alonso M[1], García Terrazas A[1].*** *[1]Servicio de Pediatría; [2]Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El hallazgo de edema de papila bilateral es un signo de hipertensión intracraneal (HTIC). Sin embargo, en niños, estudios indican que el 76-84% de sospechas de papiledema son benignas como, pseudopapiledema por drusas (depósitos de proteínas y calcio en la cabeza del nervio óptico), presentes en el 0,4% de la población pediátrica. Presentamos dos casos con distinto abordaje.

Casos clínicos. ***Caso 1.*** Niña, 8 años, en seguimiento por neuropediatría por cefaleas recurrentes, derivada a urgencia por papiledema bilateral en oftalmoscopia, con exploración neurológica anodina y sin diplopía ni disminución de agudeza visual. Se decide ingreso para estudio. Neuroimagen anodina, presión de apertura de LCR de 11 cmH_2O, descartándose HTIC. Se realiza ecografía B, observándose drusas en el nervio óptico.

Caso 2. Niño, 6 años, en seguimiento por ANA+, derivado a urgencias por edema de papila bilateral en oftalmoscopia. Refiere cefaleas intermitentes sin exploración neurológica ni visual patológica. Se realiza directamente ecografía B, observándose drusas en el nervio óptico.

En ambos casos se concluye diagnóstico de pseudopapiledema por drusas.

Comentarios. El pseudopapiledema es clave en el diagnóstico diferencial del edema de papila. En pediatría, las drusas suelen estar enterradas, generando una sobreelevación del nervio óptico indiferenciada por oftalmoscopia. La ecografía B es una prueba no invasiva y útil para detectarlas. La cefalea aislada no discrimina, y la ausencia de signos de alarma (vómitos, diplopía, pérdida visual…) reduce la probabilidad de HTIC. Ante un niño asintomático, nos debemos preguntar ¿es realmente un papiledema?, individualizar el estudio y reevaluar la papila evita pruebas invasivas.

5Q14.3: el pequeño tramo del cromosoma 5 que lo cambia todo. ***Recalde Tabar A, Prieto Domínguez C, Navarro Abia V, Moroso González P, Almeida de Miranda G, Dios Puebla ME, Clavijo Izquierdo ME, Pérez Ortiz D.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El síndrome de microdeleción 5q14.3 está causado por alteraciones genéticas que afectan al gen *MEF2C*. Se caracteriza por discapacidad intelectual, retraso del lenguaje, movimientos estereotipados y epilepsia. Suelen asociar dimorfismo facial variable. Pueden asociar también otras anomalías como hipoplasia de cuerpo calloso, sindactilia o estrabismo. El diagnóstico suele ser tardío por la inespecificidad de la clínica.

Caso clínico. Niña, 4 años, en seguimiento por retraso psicomotor, hipotonía, estereotipias manuales y endotropía. Al año de vida presentó dos crisis en contexto de fiebre y una crisis generalizada afebril. Electroencefalograma con actividad basal lentificada y anomalías agudas centrales, por lo que se inició tratamiento con levetiracetam. Realizada resonancia magnética cerebral en la que se descartaron anomalías asociadas. El estudio metabólico fue anodino. El genético inicial incluyó cariotipo, X frágil y CGH array 180K, normales. Sin embargo, al realizar la secuenciación del genoma se identificó en heterocigosis y de novo la deleción patogénica de aproximadamente 465kb que abarca las coordenadas Chr5:88,823,226-89,288,753 (hg38), que incluía la deleción del exón 1 codificante del gen *MEF2C* asociado al síndrome de microdeleción 5q14.3 con herencia autosómica dominante.

Conclusiones. El síndrome de microdeleción 5q14.3 es una entidad poco frecuente. Para su diagnóstico son necesarias pruebas genéticas. En nuestro caso, el estudio genético inicial no fue concluyente y la deleción pudo identificarse mediante secuenciación del genoma. Por ello, un estudio convencional negativo no descarta una causa genética: ante un fenotipo sugestivo, conviene recurrir a técnicas más amplias que ayuden a esclarecer la etiología.

A propósito de un caso: causas de hipertensión pulmonar en el recién nacido. ***Pulito González M, Gutiérrez Pascual D, Torre González T, Vilanova Fernández S, Sancho Gutiérrez R, Garde Basas J, Del Olmo Poza D, Orizaola Ingelmo A.*** *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La hipertensión pulmonar persistente del recién nacido es una entidad clínica caracterizada por una presión persistentemente elevada de la arteria pulmonar durante la transición feto-natal

Caso clínico. RNAT (41+1 semanas) y PAEG (3.650 g), nacido tras cesárea urgente por RCTG sospechoso/EVP/Oligoamnios. Inicia distrés respiratorio a los 10 minutos de vida (FiO_2 max.30%). Se traslada a unidad neonatal iniciándose soporte con CPAP (PEEP 6). Desaparición de trabajo respiratorio con persistencia de hipoxemia por lo que a las 6h de vida se desescala soporte a GNAF. Se realiza radiografía de tórax y valoración cardiológica con hallazgos de HTPP moderada. Días después continúa necesitando soporte con GNAF y FiO_2 35-50%. A los 13ddv disminución de necesidades de FiO_2 y mejoría ecocardiográfica (desaparición de datos de HTP) desescalándose soporte, tras lo cual reinicio de clínica precisando recolocación del mismo. Se repite radiografía de tórax, cambiándose pauta de alimentación a fórmula hipercalórica e iniciándose diuréticos orales. Se contacta con Neumología Infantil y se decide extracción de estudio genético (enfermedades intersticiales+HTP) con resultado negativo. Tras 4 días de tratamiento desaparición clínica pudiéndose retirar soporte. Alta a los 31 ddv de forma asintomática y sin tratamiento. Se constata según indicación médica administración de supositorios antiinflamatorios (Diclofenaco) de manera diaria durante las dos semanas previas al parto.

Comentarios finales. La HTPP puede ser primaria o secundaria constituyendo la primera manifestación neonatal de múltiples enfermedades pulmonares. Es fundamental conocer la toxicidad de los AINE sobre la circulación fetal, cierre prematuro del ductus arterioso, especialmente durante el tercer trimestre del embarazo.

Adenopatía regional afebril en pediatría: evolución atípica y utilidad de la serología en el diagnóstico etiológico. ***Núñez Núñez M[1], López-Castaño Álvarez-Barriada S[1], Sierra Muñoz A[1], Baldonedo García L[1], Escribano Mateos I[1], Rosón Varas M[2], Navedo de Las Heras A[2].*** *[1]Hospital de León. [2]Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. San Andrés del Rabanedo, León.*

Objetivos. No toda adenopatía regional afebril e indolente sigue el curso benigno habitual, pudiendo existir presentaciones atípicas que dificultan el diagnóstico y retrasan el tratamiento, representando un verdadero reto en Atención Primaria. El objetivo de este estudio es describir cuatro casos atípicos donde el punto clave para alcanzar el diagnóstico y conseguir la resolución completa de la clínica residió en el estudio serológico.

Materiales y métodos. Análisis retrospectivo de cuatro casos de adenopatía regional en Atención Primaria. La correlación clínica, analítica, ecográfica y microbiológica optimizó el diagnóstico diferencial.

Resultados. Se incluyeron cuatro pacientes, previamente sanos, con edades comprendidas entre 2 y 12 años. Tres de ellos presentaron adenopatías submandibulares de al menos 48 horas de evolución y el cuarto una adenopatía axilar de 24 horas. Ningún caso presentó fiebre, clínica sistémica o antecedentes epidemiológicos de interés. Tres de ellos presentaban dolor a la palpación de la adenopatía. Los cuatro pacientes desarrollaron adenopatías satélites no significativas, aunque ninguna de estas o de las principales se resolvieron hasta recibir antibioterapia adecuada. Dos casos evolucionaron a abscesificación de la adenopatía principal, llegando a requerir intervención quirúrgica. Los resultados analíticos, particularmente la serología, resultaron determinantes en la orientación diagnóstica, identificando dos casos positivos para *Bartonella henselae,* uno para *Mycoplasma pneumoniae* y otro para *Mycobacterium avium*. Todos evolucionaron con resolución progresiva y completa de la clínica.

Conclusiones. Reconocer la evolución atípica de una adenopatía regional, aún sin antecedentes epidemiológicos sugerentes, cobra vital importancia al evitar estudios invasivos no justificados, disminuir la ansiedad familiar y asegurar un abordaje correcto.

Alerta en las playas de Cantabria: perfil clínico y manejo de las picaduras de medusa en niños en Urgencias de Pediatría. ***Rodríguez López A, Del Olmo Poza D, Pila Peña A, Gómez Arce A, López Fernández C.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Objetivos. Describir características clínicas y manejo de los pacientes atendidos por picadura de medusa en una Unidad de Urgencias Pediátricas de hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes entre 0 y 16 años atendidos en Urgencias pediátricas por picadura de medusa entre junio y septiembre de 2026. Mediante revisión de historias clínicas, se recogieron variables epidemiológicas, manifestaciones clínicas, atención previa, tratamiento y pruebas complementarias.

Resultados. Se incluyeron 34 pacientes, con mediana de edad de 9,5 años (rango intercuartílico: 7-12). En 26 casos (76,47%) se identificó la carabela portuguesa como especie implicada. Todos presentaron síntomas locales, principalmente dolor (64,7%), quemazón (64,7%) y eritema (50%). 12 pacientes (35,29%) presentaron clínica sistémica, destacando ansiedad/agitación y parestesias. El 91,17% acudió a urgencias por sus propios medios, habiendo recibido el 44,1% atención previamente (73,33% en puesto de socorro), de los cuales al 37,5% se le aplicó calor, al 31,25% agua salada y al 12,5% agua dulce. A su llegada, 32 presentaban triángulo de evaluación pediátrica estable. El 52,9% recibió tratamiento, de los cuales: 100% analgesia, 31,25% antihistamínico y 18,7% corticoide sistémico. Las medidas físicas como parte del tratamiento constaban en el 52,9% de las historias clínicas. Todos evolucionaron favorablemente y recibieron alta.

Conclusiones. Las picaduras de medusa suponen ahora un motivo frecuente de consulta en urgencias pediátricas. La mayoría de pacientes que consultaron en nuestro servicio lo hicieron por casos leves sin precisar pruebas complementarias ni ingreso. La optimización del tratamiento presenta amplio margen de mejora.

Alopecia areata: cuando la alopecia no solo aparece en los adultos. ***Fernández Prieto A[1], Sierra Muñoz A[1], Posadilla Suárez P[1], López Pérez E[1], Blanco González A[1], Gutiérrez Porro X[1], Suárez Rodríguez M[2].*** *[1]Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de León. León. [2]Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud La Palomera. León.*

Introducción. La alopecia areata es un trastorno autoinmunitario crónico que provoca una caída del cabello no cicatricial. Hasta el 20-40% de los casos debutan en la infancia

o adolescencia. Se presenta formando placas calvas en zonas con vello, de aparición súbita, sin dolor ni picor. Puede tener relación con otras enfermedades autoinmunes. Su pronóstico es variable, siendo posible la remisión espontánea aunque con episodios de recaída frecuentes.

Caso clínico. Lactante de 15 meses valorado en Atención Primaria por zonas aisladas de alopecia en cuero cabelludo. Niegan tricotilomanía ni otros antecedentes clínicos de interés. Dermatoscopia sin señales de sobreinfección bacteriana. Se extraen serologías y analítica, incluyendo perfil férrico y función tiroidea, que resultan normales. Se solicita interconsulta a "Telederma", aconsejando el uso de minoxidil, que los padres rechazan, decidiendo vigilancia ambulatoria. A los 6 meses, acude con alopecia generalizada, con ausencia de pestañas y cejas. Es valorado en Dermatología de forma presencial, con diagnóstico de alopecia areata e inicio de tratamiento con baricitinib. Actualmente, continúa con el tratamiento, con adecuada tolerancia y respuesta favorable.

Comentarios. La alopecia areata es una enfermedad autoinmune, inflamatoria y no cicatricial, con pérdida de cabello por ataque inmunológico al folículo piloso en crecimiento. Principalmente aparece en el cuero cabelludo, aunque puede existir una pérdida total del vello corporal, produciendo una alopecia universal. El patrón ofiásico, con afectación occipital y temporal, tiene peor pronóstico. Entre las opciones terapéuticas destacan los corticoides tópicos y el minoxidil en las formas localizadas y los inhibidores de la JAK en presentaciones más extensas y severas.

Alteraciones de la vía aérea pediátrica: análisis clínico y evolutivo de una serie de 13 pacientes. ***Balbuena Mejías Y[1], Martín Valbuena J[1], Escobar Hernaiz B[1], Sus Usero J[1], García Fernández MC[2], Gómez Martínez S[3].*** *[1]Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca. [2]Sección de Gastroenterología Hospital Río Hortega. Valladolid. [3]Servicio de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. Las alteraciones de vía aérea son motivo frecuente de seguimiento en neumología pediátrica. Estas presentan alteraciones anatómicas y sintomatología variada. El objetivo fue describir fenotipos anatómicos, gravedad, necesidad de soporte respiratorio y evolución de una serie de pacientes pediátricos.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de 13 pacientes. Se analizaron localización anatómica predominante de las alteraciones de la vía aérea, antecedentes de intubación, relación con síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño, tratamiento y evolución.

Resultados. Según localización anatómica, las alteraciones laringotraqueales fueron las más frecuentes (61,5%), seguidas de alteraciones orofaciales (30,8%) y nasofaríngeas (7,7%). Edad al diagnóstico desde periodo neonatal a edad preescolar. Seis (46,2%) requirieron intubación, tres (23,1%) precisaron traqueostomía prolongada. Seis (46,2%) presentan SAHOS confirmado/clínica pendiente de estudio. Se identificaron manifestaciones digestivas/dificultades de alimentación en seis pacientes (46,2%). Entre ellos, tres (50%) precisaban alimentación mediante gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), dos (33,3%) presentaban antecedentes de estenosis esofágica y dos (33,3%) referían tos o atragantamientos con ingesta. Actualmente, seis pacientes (46,2%) carecen de síntomas respiratorios relevantes; dos (15,4%) fueron decanulados sin incidencias. Otros tres (23,1%) estables, pero con síntomas residuales. Cuatro (30,8%) presentan obstrucción de la vía aérea/ trastornos respiratorios del sueño con seguimiento; tres de estos CPAP nocturna.

Conclusiones. Esta serie muestra una marcada heterogeneidad anatómica y clínica, con predominio de las alteraciones laringotraqueales. La necesidad de soporte respiratorio fue variable, desde pacientes sin requerimientos hasta otros con traqueostomía prolongada. La evolución fue globalmente favorable, aunque algunos mantienen síntomas residuales o precisan tratamiento y seguimiento.

Anafilaxia pediátrica en urgencias: evolución epidemiológica y desafíos del tratamiento prehospitalario. ***Rosales Fernández A, Galbán de Marcos E, Martín Pérez-Barjola J, García González I, Bayón Garrido A, Redondo Aparicio S, García Saseta P, Justo Vaquero P.*** *Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Objetivos. Caracterizar el perfil epidemiológico, etiológico y clínico de los episodios de anafilaxia atendidos en Urgencias Pediátricas del HCUV durante dos años. Analizar las estrategias terapéuticas, evolución clínica y abordaje prehospitalario, identificando áreas de mejora en el manejo de estos pacientes.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los episodios registrados entre octubre de 2024 y octubre de 2026. Se analizaron variables demográficas, desencadenantes, manifestaciones clínicas y analíticas, tratamientos y manejo hospitalario.

Resultados. Se registraron 25 episodios, objetivándose un incremento del 77,8% en el segundo año. El 80% de los pacientes eran menores de 2 años o mayores de 8 años, presentando el 64% antecedentes alérgicos. Los alimentos constituyeron el principal desencadenante (88%). La clínica

cutaneomucosa estuvo presente en todos los casos, seguida de la respiratoria (64%). El 12,5% de los pacientes con adrenalina intramuscular prescrita la administró al inicio del cuadro. Se objetivó un descenso del 13,8% en el uso de corticoides en el segundo año. Ningún paciente precisó ingreso en planta y uno requirió ingreso en UCIP. El 92% fue seguido por Neumoalergología, confirmándose el alérgeno en el 80% de los casos.

Conclusiones. El incremento de casos refuerza la importancia de la prevención e identificación precoz. La favorable evolución hospitalaria destaca el papel de Urgencias Pediátricas en el manejo y estabilización. La disminución del uso de corticoides concuerda con las recomendaciones actuales. Finalmente, es prioritario reforzar la educación familiar y la capacitación práctica en el reconocimiento de la anafilaxia para reducir la gravedad y prevenir la progresión del cuadro.

Aneurisma del septo interventricular y alteraciones de la conducción cardíaca: evolución favorable a los 4 años. ***Matilla Sainz-Aja N, Melgosa Peña M, Pérez Santaolalla E, Prieto Domínguez C, Clavijo Izquierdo ME, García Terrazas A, Recalde Tabar A, Bujedo Muñoz A.*** *Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. El aneurisma del septo interventricular es una anomalía cardíaca poco frecuente, cuyo diagnóstico requiere caracterizar su localización y morfología, así como descartar defectos septales asociados. Aunque la evolución puede ser favorable, entre las posibles complicaciones se encuentran las alteraciones de la conducción, las arritmias y la obstrucción del tracto de salida ventricular.

Caso clínico. Paciente con diagnóstico prenatal de alteración del movimiento del septo interventricular, sugestiva de aneurisma. Durante la primera semana de vida ingresó en la unidad de cuidados intensivos neonatales para monitorización. En los controles ecocardiográficos se observó movimiento asincrónico e hiperdinámico del septo interventricular. El electrocardiograma mostró bloqueo completo de rama derecha y probable hemibloqueo anterior izquierdo. Durante el ingreso permaneció clínicamente estable, sin incidencias relevantes. A los 4 años presenta una evolución ecocardiográfica favorable, con menor asincronía del movimiento septal, sin nuevas alteraciones de la conducción y sin síntomas desde el punto de vista cardiológico.

Comentarios. Los aneurismas del septo interventricular pueden localizarse en su porción membranosa y asociarse a una comunicación interventricular, en ocasiones tras el cierre espontáneo de un defecto previo adquiriendo esa forma sacular. También existen formas congénitas y otras etiologías menos frecuentes. En este caso, el diagnóstico prenatal, los hallazgos ecocardiográficos y las alteraciones iniciales de la conducción plantean una anomalía septal congénita, con evolución clínica favorable. La etiología concreta no puede establecerse con los datos disponibles. El seguimiento cardiológico resulta importante para valorar la evolución anatómica y detectar posibles complicaciones.

Anomalías de la diferenciacion sexual: un reto diagnóstico. ***Clavijo Izquierdo ME[1], Almeida de Miranda G[1], Saiz Ortega V[1], Portillo Sanz L[1], González García N[1], Recalde Tabar A[1], Marrón Alonso M[2], Blanco Barrio A[3].*** *[1]Servicio de Pediatría; [2]Servicio de Pediatría, Sección de Neonatología; [3]Servicio de Pediatría, Sección de Endocrinología Infantil. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. Las anomalías de la diferenciación sexual (ADS) requieren un abordaje secuencial y multidisciplinar que permita descartar situaciones potencialmente graves, caracterizar el fenotipo y orientar el estudio etiológico mediante la integración de datos hormonales, anatómicos y genéticos.

Caso clínico. Recién nacido a término (37 SG), con crecimiento intrauterino restringido tipo 1 y sexo femenino en ecografía prenatal. Antecedente de hermano fallecido por muerte súbita. Parto eutócico, con adecuada adaptación neonatal. Exploración física: estructura fálica con meato ventral y pliegues labioescrotales fusionados, la palpación gonadal es inicialmente dudosa. Ingresa para estudio, objetivandose hipoglucemia precoz que precisa sueroterapia durante 3 días, sin alteraciones iónicas reseñables. Se inicia estudio hormonal, con 17-hidroxiprogesterona normal y resultados iniciales no concluyentes. La ecografía abdominoescrotal identifica estructuras compatibles con testículos en ambas bolsas, sin otros hallazgos. El cariotipo y el estudio mediante FISH confirman un complemento cromosómico 46XY, sin aneuploidías. Durante la minipubertad, 4 meses, la evaluación hormonal sugiere actividad gonadal, aunque no permite establecer la etiología de la masculinización genital incompleta.

Comentario. El caso ilustra la importancia de seguir una secuencia diagnóstica estructurada: descartar inicialmente una urgencia endocrinometabólica, especialmente hiperplasia suprarrenal congénita con riesgo de insuficiencia suprarrenal; caracterizar fenotipo y anatomía gonadal; establecer el complemento cromosómico y posteriormente, estudiar la función gonadal en una ventana hormonal adecuada. La concordancia entre cariotipo 46XY e identificación testicular no detrmina por sí sola el mecanismo etiológico, por lo que puede ser necesario ampliar el estudio hormonal y genético-molecular. Destacamos la importancia del seguimiento multidisciplinar y del acompañamiento familiar individualizado.

Apéndice cutáneo cervical congénito, ¿solo un hallazgo estético? ***Marrón Alonso M, Vozmediano Antón C, Saiz Ortega V, Arnaez Solis J, Ortega Escudero M, Dios Puebla M, Matilla Sainz-Aja N, Pérez Ortiz D.*** *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos. Burgos.*

Introducción. Los apéndices cutáneos cervicales congénitos son anomalías infrecuentes del desarrollo embrionario que pueden presentarse de forma aislada o asociarse a malformaciones de las hendiduras branquiales. Requieren una evaluación clínica y radiológica dirigida para caracterizar la lesión, descartar anomalías asociadas y planificar el abordaje terapéutico.

Caso clínico. Neonato sin antecedentes familiares de interés, embarazo controlado y normoevolutivo, ecografías prenatales normales. Parto por cesárea urgente por bradicardia fetal en la semana 38+5 de gestación. Adecuada adaptación perinatal. Alimentación con fórmula de inicio con buena tolerancia. Diuresis y meconiorrexis presentes a las 24 horas de vida. Cribado auditivo con potenciales evocados superado. A la exploración presenta apéndice cutáneo de morfología digitiforme en región laterocervical inferior izquierda de 2 centímetros de longitud (figura 26), sin signos inflamatorios asociados, resto normal. Pruebas complementarias con radiografía de tórax (sin hueso en interior del apéndice), ecografía abdominal, renal y de vías urinarias sin alteraciones patológicas asociadas y ecografía cervical con hallazgo de malformación cervical congénita compatible con apéndice cutáneo asociado a anomalía de la hendidura branquial (probable segundo arco) con fístula o tracto sinusal. Valorado por Cirugía Pediátrica, que propone actitud expectante.

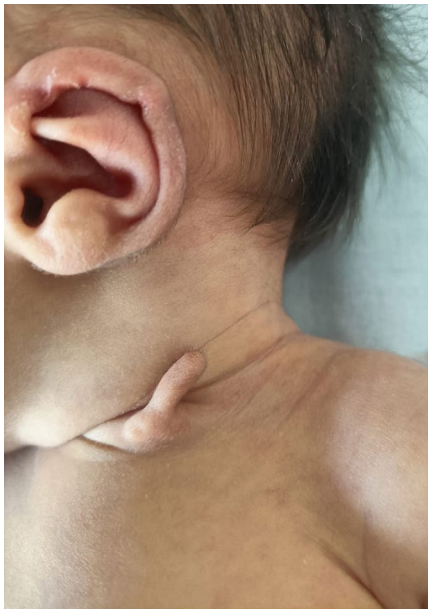


Figura 26. Apéndice cutáneo de morfología digitiforme en región laterocervical inferior izquierda de 2 cm de longitud.

Comentario. Un apéndice cutáneo laterocervical neonatal no siempre es un hallazgo aislado; puede ser la manifestación externa de una anomalía branquial. La ecografía cervical, inocua y sin necesidad de sedación, permite caracterizar la lesión y delimitar posibles trayectos asociados. Es fundamental descartar malformaciones concomitantes (renales, auditivas), mantener un seguimiento especializado y vigilar la aparición de signos de infección; ya que el tratamiento definitivo es la exéresis quirúrgica completa del tracto.

Así me suena el run run de mi corazón. ***Vilches Fraile S[1], Arnelas Gil L[1], Alcalde Martín C[1], Centeno Malfaz F[2], Rellán Rodríguez S[3], Salamanca Zarzuela B[1].*** *[1]Servicio Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. [2]Servicio Pediatría. Hospital Recoletas Salud Campo Grande. Valladolid. [3]Servicio Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

Objetivos. Describir las características clínicas, la patología estructural de base y las modalidades de estimulación cardíaca implantadas en una serie de pacientes con colocación de marcapasos en edad pediátrica.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y transversal de pacientes con marcapasos implantados durante la edad pediátrica en una provincia.

Resultados. Se incluyeron 4 pacientes con edades de implantación entre los 2 y los 9 años. En dos casos la indicación fue bloqueo auriculoventricular (BAV) de tercer grado con diagnóstico a los 3 y 18 meses e implantación a los 9 años y al diagnóstico respectivamente; en los otros dos fue una disfunción sinusal postquirúrgica, uno a los 6 años tras haberle realizado una cirugía de Fontan por atresia tricuspídea con hipoplasia de ventrículo derecho 3 años antes y el otro tras corrección de drenaje anómalo parcial a los 6 años poco después de la intervención. Todos los dispositivos se indicaron tras presentar síntomas (sincopes, bajo gasto o bradicardia grave). La implantación del electrodo fue epicárdica en todos los casos. En tres pacientes la localización fue unicameral (auricular o ventricular) y en un paciente con BAV fue bicameral. Los modos de estimulación se adaptaron a la patología individual de cada paciente, empleándose AAI, VVIR, VDD y DDDR.

Conclusiones. La implantación de marcapasos en pediatría es poco frecuente debido a la complejidad técnica y a la necesidad de recambios con el crecimiento. La indicación y elección del modo de estimulación deben individualizarse según la patología de base y la repercusión clínica provocada.

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 anatomopatológica de especial interés por sí misma, con una breve explicación contextual en texto de menos de 750 palabras. El número de citas bibliográficas ha de ser inferior a 10. Se recomienda que el número de firmantes no sea superior a 5.
- **Cartas al director:** discusión en relación con trabajos publicados recientemente en el **Boletín de Pediatría** con opiniones, observaciones o experiencias que, por sus características, puedan resumirse en un texto que no supere 750 palabras, 10 citas bibliográficas y 1 tabla o figura. El número de firmantes no debe ser superior a 4.
- **Otras secciones:** Editoriales, Protocolos diagnósticos y terapéuticos, Efemérides, Obituarios, Conferencias y Artículos especiales, que son encargados por el Comité de Redacción del Boletín de Pediatría. Los autores que deseen colaborar espontáneamente con estas secciones deben consultar previamente con la Dirección del **Boletín de Pediatría**.

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

PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

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

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

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

1. Página titular

Debe contener los datos siguientes:

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

2. Resumen y palabras clave

El resumen debe proporcionar el contexto o el fondo para el estudio y explicitar el objetivo del estudio, los procedimientos básicos (la selección de personas participantes en el estudio, ajustes, medidas, métodos analíticos), resultados principales (dando los tamaños de efecto específicos y su importancia estadística y clínica, si es posible) y conclusiones principales. Debe acentuar los aspectos nuevos e importantes del estudio u observaciones, informar de las limitaciones importantes y no sobreinterpretar conclusiones.

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

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

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

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

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

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

4. Texto

Recomendaciones generales

Se recomienda la redacción del texto en impersonal.

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

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

El empleo de unidades debe ajustarse a las normas internacionales.

Originales

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

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

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

Revisiones

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

Notas clínicas

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

Imágenes en Pediatría

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

5. Bibliografía

Se recomienda utilizar bibliografía actual y de referencia.

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

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

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

- **Artículo de revista:** Autor/es (apellidos e iniciales del nombre, sin puntuación y separando cada autor por una coma). Título del artículo en el idioma original. Abreviatura internacional de la revista (según listado de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos). año; volumen (número): página inicial-página final del artículo. Si los autores fueran más de seis, se mencionan los seis primeros seguidos de la abreviatura et al.
  Ejemplo:
  Centeno-Malfaz F, Moráis-López A, Caro-Barri A, Peña-Quintana L, Gil-Villanueva N, Redecillas-Ferreiro S, et al. La nutrición en las cardiopatías congénitas: Documento de consenso. An Pediatr. 2023; 98 (5): 373-83.
- **Capítulo de libro:** Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/Coordinador/Editor del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. página inicial-final del capítulo.
  Ejemplo:
  Cancho-Candela R. Migraña con aura. En: Campistol-Plana J, editor. Trastornos paroxísticos no epilépticos en la infancia. Barcelona: Viguera; 2014. p. 281-4.

6. Tablas

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

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

Cada columna debe tener un título corto abreviado.

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

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

7. Figuras

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

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

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

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

Si se reproducen fotografías con rostros de pacientes, éstos no deben resultar identificables y, si lo son, deben acompañarse de un consentimiento escrito en los que el paciente, o en su caso sus representantes legales, autoricen su reproducción.

Los pies de figuras aparecerán en una hoja conjunta, indicando en ellos el título de la figura, breves observaciones y abreviaturas de la misma, de modo que se comprenda cada figura sin necesidad de leer el artículo.

8. Consentimiento informado y aprobación del Comité de Ética en Investigación.

En aquellos estudios originales o notas clínicas que lo precisen por implicar información de los participantes, deberá recabarse el **consentimiento informado** pertinente al paciente o sus representantes legales. Éste podrá ser requerido durante el proceso de revisión editorial.

Los autores de estudios originales que impliquen información de participantes aportarán el **documento de aprobación del estudio por el Comité de Ética en Investigación** del centro donde se ha realizado.

Los estudios de revisión no precisan dicha aprobación, recomendando que las revisiones sistemáticas sean introducidas en el registro prospectivo internacional de revisiones sistemáticas PROSPERO.

ENVÍO DE LOS TRABAJOS

Los trabajos se remitirán a través de la plataforma: boletindepediatria.org

El trabajo debe acompañarse de una carta de presentación firmada, en la que los autores deben expresar la originalidad del estudio y la cesión de los derechos de propiedad en caso de publicación del trabajo.

Antes de enviar el trabajo se recomienda releer el texto, corregir los errores del mismo, revisar la numeración de la bibliografía, tablas y figuras y, finalmente, comprobar el contenido del envío:

1. Carta de presentación
2. Página titular
3. Documento principal (sin datos de filiación):
   - Título
   - Resumen y palabras clave
   - Título, resumen y palabras clave en inglés
   - Texto del artículo según estructura requerida en cada tipo de artículo.
   - Bibliografía
   - Tablas (con leyendas)
   - Figuras (con leyendas)
4. Figuras en formato de alta resolución (.png, .jpg)
5. Aprobación (o exención) del Comité de Ética de la Investigación.