



VOL. LIX ■ Nº 249 ■ 3/2019

Boletín de Pediatria



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

Miembro de la Asociación Española de Pediatría

Boletín de Pediatria

VOL. LIX ■ Nº 249 ■ 3/2019

www.boletindepediatria.org



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

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



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

JUNTA DIRECTIVA DE LA
SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN

PRESIDENTE: José Manuel Marugán de Miguelsanz
VICEPRESIDENTE ASTURIAS: Gonzalo Solís Sánchez
VICEPRESIDENTE CANTABRIA: María Jesús Cabero Pérez
SECRETARIA GENERAL: Marianela Marcos Temprano
TESORERO: Jesús María Andrés de Llano
PRESIDENTE DEL PATRONATO FESV: Carlos Ochoa Sangrador
DIRECTOR DEL BOLETÍN: Fernando Centeno Malfaz
DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB: Hermenegildo González García
VOCALÉS:
ATENCIÓN HOSPITALARIA: Lorenzo Guerra Díez
ATENCIÓN PRIMARIA: Gonzalo de la Fuente Echevarría
CIRUGÍA PEDIÁTRICA: Alberto Sánchez Abuín
ASTURIAS: Leticia Alcántara Canabal
ÁVILA: José María Maíllo del Castillo
BURGOS: Pedro Pablo Oyágüez Ugidos
CANTABRIA: Montserrat Matilla Barba
LEÓN: Ana Carro Serrano
PALENCIA: José Elviro Fernández Alonso
SALAMANCA: Beatriz Plata Izquierdo
SEGOVIA: Leticia González Martín
VALLADOLID: Ana María Vegas Álvarez
ZAMORA: Cristina Soler Balda
RESIDENTES:
ASTURIAS: Clara González López
CANTABRIA: Daniel Perez González
CASTILLA-LEÓN: Margarita Castro Rey

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Area de Gestión Clínica de Pediatría
Hospital Universitario Central de Asturias
C/ Celestino Villamil, s/n.
33006 Oviedo
Tel. 985 108 000 Ext. 38237
e-mail: boletin@sccalp.org

COMITÉ EDITORIAL DEL BOLETÍN DE PEDIATRÍA DE LA
SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN

DIRECTOR FUNDADOR: Ernesto Sánchez Villarest†
DIRECTOR: Fernando Centeno Malfaz
CONSEJO DE REDACCIÓN:
Carlos Alcalde Martín *Errores Innatos del Metabolismo*
Juan Arnáez Solís *Neonatología*
María Jesús Cabero Pérez *Neumología Pediátrica*
Ramón Cancho Candela *Neuropediatría*
Alfredo Cano Garcinuño *Pediatría Social*
Sonia Caserío Carbonero *Neonatología*
Hermenegildo González García *Hematología y Oncología Pediátricas*
Lorenzo Guerra Díez *Urgencias Pediátricas*
Carlos Imaz Roncero *Psiquiatría del niño y del adolescente*
M. Soledad Jiménez Casso *Cardiología Pediátrica*
Santiago Lapeña López de Armentia *Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica*
Venancio Martínez Suárez *Ped. Extrahospitalaria y Atención Primaria*
Gregorio de la Mata Franco *Nefrología Pediátrica*
Carlos Ochoa Sangrador *Pediatría Basada en la Evidencia*
David Peláez Mata *Cirugía Pediátrica*
Elena Pérez Gutiérrez *Infectología Pediátrica*
David Pérez Solís *Pediatría e Internet*
Pablo Prieto Matos *Endocrinología infantil*
Carlos Redondo Figuero *Medicina de la Adolescencia*
Corsino Rey Galán *Cuidados Intensivos Pediátricos*
Marta Sánchez Jacob *Bioética*
Ricardo Torres Peral *Gastroenterología y Nutrición Pediátrica*
Roberto Velasco Zúñiga *Investigación*

EDICIÓN Y PUBLICIDAD

ERGON CREACIÓN, SA.
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)
Tel. 91 636 29 30. Fax 91 636 29 31
e-mail: estudio@ergon.es <http://www.ergon.es>

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

© 2019 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León. Algunos derechos reservados.



SOCIEDAD DE PEDIATRÍA
ASTURIAS, CANTABRIA Y CASTILLA Y LEÓN

XV 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 750 €* destinado a recompensar el mejor trabajo publicado en el Boletín de Pediatría desde enero a diciembre del año 2019, ambos inclusive, dentro de las secciones de Revisiones, Originales y Casos Clínicos 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 2020 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 debiendo ser comunicado al autor o autores correspondientes por carta oficial 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 2020.

**Menos impuestos legalmente establecidos.*

Sumario

ENTREGA DE LA MEDALLA DE HONOR DEL XXXII MEMORIAL

165 Presentación del Profesor José Blas López Sastre
G. Solís Sánchez

167 Conferencia
J.B. López Sastre

MESA REDONDA. FORMACIÓN MIR: ¿ES NECESARIA UNA REVOLUCIÓN?

Ponentes:

170 *I. Mora Gandarillas*

174 *R. Velasco Zúñiga*

176 *L. Álvarez-Granda, L. Guerra*

MESA REDONDA. NOVEDADES EN ENDOCRINOLOGÍA INFANTIL

179 Presentación a la Mesa: Más allá de las cifras y de los nombres
I. Riaño Galán

181 Y... ¿qué hacemos con esa TSH alta?
B. Huidobro Fernández

188 Diversidad de género en la infancia y la adolescencia: una mirada ética
I. del Río Pastoriza

193 **COMUNICACIONES ORALES**

213 **POSTERS**

243 **PROGRAMA CIENTÍFICO**

Summary

AWARDING OF THE XXXII MEMORIAL MEDAL OF HONOR

165 Presentation of Professor José Blas López Sastre
G. Solís Sánchez

167 Conference
J.B. López Sastre

ROUND TABLE. MEDICAL RESIDENCY TRAINING: IS A REVOLUTION NECESSARY?

Speakers:

170 *I. Mora Gandarillas*

174 *R. Velasco Zúñiga*

176 *L. Álvarez-Granda, L. Guerra*

ROUND TABLE. UPDATES IN PEDIATRIC ENDOCRINOLOGY

179 Presentation to the Table: Beyond the numbers and names
I. Riaño Galán

181 And... What should we do with this high TSH?
B. Huidobro Fernández

188 Gender diversity in children and adolescents: an ethical vision
I. del Río Pastoriza

193 **ORAL COMMUNICATIONS**

213 **POSTERS**

243 **SCIENTIFIC PROGRAM**

Entrega de la Medalla de Honor del XXXII Memorial

Presentación del Profesor José Blas López-Sastre

G. SOLÍS SÁNCHEZ

Presidente del Comité Organizador del XXXII Memorial Guillermo Arce y Ernesto Sánchez Villares

La memoria de Don Guillermo Arce y de Don Ernesto Sánchez-Villares, como pilares de nuestra escuela de pediatría, merece la pena ser celebrada y con ese fin desarrollamos todos los años este Memorial, bajo el patrocinio de Nestlé.

Para los más jóvenes conviene recordar que la mayoría de los que hoy trabajamos como pediatras en Asturias, Cantabria, Castilla y León, procedemos de un tronco pediátrico común, cuyo origen es la Casa de Salud Valdecilla de Santander y el magisterio de Don Guillermo Arce Alonso. De esas promociones iniciales, surgidas antes y después de la Guerra Civil española, fueron surgiendo pediatras que más tarde serían Maestros en otras regiones, sobre todo en el norte de España.

Uno de los principales discípulos de Don Guillermo fue Don Ernesto, y a ambos los consideramos como los padres fundadores de nuestra Sociedad. Don Ernesto, a su vez, pasó el testigo a la generación de Manuel Crespo, de Valentín Salazar, de Julio Ardura, de Alfredo Blanco, de Javier Guisasola, de Félix Lorente, de Serafín Málaga, y de muchos otros que es imposible enumerar en su totalidad y que, sin solución de continuidad, se lo fueron pasando a otros y a otros hasta llegar a nosotros en una singular cadena pediátrica asistencial, investigadora y docente. Nuestro homenajeado de hoy, el Dr. López Sastre, es uno de los más sólidos eslabones asturianos de esta cadena, como iremos detallando a continuación.

El primer Memorial se celebró en Santander en 1988, aunque previamente ya se realizaban reuniones en recuerdo de Don Guillermo auspiciadas por sus discípulos más cercanos. Desde ese año, todos los otoños celebramos esta reunión científica, al principio en Santander hasta 1997, y

después en las cuatro ciudades universitarias del territorio SCCALP (Santander, Salamanca, Valladolid y Oviedo). La universidad siempre tuvo una importancia primordial en nuestra escuela pediátrica, y creo que es una parte muy importante de su éxito en el tiempo.

En 1995, tras el fallecimiento del Prof. Ernesto Sánchez Villares, se firmó un convenio entre la SCCALP y Nestlé España, para iniciar la entrega de la Medalla conmemorativa del Memorial a "figuras señeras de la pediatría" relacionadas con nuestra Sociedad. Aquel convenio, firmado por el Prof. Serafín Málaga, presidente de la SCCALP entonces, y el Sr. Jaime Blanes, por parte de Nestlé España, es el que nos permite entregar hoy, por vigésima cuarta vez, esta distinción.

La Medalla, cuyo mérito artístico es de la escultora valli-soletana Belén González Díaz, se entrega siempre anualmente en otoño desde 1996 en este acto. La han recibido insignes pediatras nacionales e internacionales, relacionados de alguna forma con nuestra Escuela de Pediatría y con los Profesores Arce y Sánchez-Villares, cuyo listado se puede ver en la tabla adjunta.

Hace un año, en la reunión del Memorial en Salamanca, presentamos la candidatura del Profesor José Blás López Sastre para la Medalla que entregaríamos este año en Oviedo, candidatura que fue refrendada por unanimidad y entusiasmo dentro del Comité. Entre los muchos méritos del Profesor López-Sastre, destacábamos entonces haber sido Catedrático de Pediatría de la Universidad de Oviedo, Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital General de Asturias y del Hospital Universitario Central de Asturias, así como Presidente de la Sociedad Española de Neonatología y Aca-

démico de Número de la RAMPA. Pero creo que también debemos destacar con mayúsculas, el hecho de haber sido Secretario, Vice-Presidente y Presidente de nuestra querida SCCALP, durante 16 años, ininterrumpidamente desde 1973 hasta 1990.

El Profesor López-Sastre, ovetense nacido en la calle Magdalena, en pleno centro antiguo de nuestra ciudad, se licenció en Medicina en la Universidad de Valladolid y se doctoró en la Universidad de Oviedo con premio extraordinario en 1976. Hizo su especialidad en el Hospital General de Asturias con el Dr. Rodríguez-Vigil y, posteriormente, repartió su trabajo entre dicho hospital, el Hospital Central de Asturias y la Facultad de Medicina, así como en su consulta privada. Su carrera asistencial, docente e investigadora está plagada de éxitos. Numerosas publicaciones en revistas de impacto, sobre todo en el ámbito de las infecciones y la nutrición neonatal, la dirección de tesis doctorales, multitud de conferencias, diversos premios y un sinfín de méritos, que no voy a detallar para no cansarles, le hacen valedor sin duda de esta distinción.

En su amplísima y exitosa trayectoria, creo que el Dr. López-Sastre tuvo el privilegio de tener dos excelentes maestros: Don Emilio Rodríguez-Vigil, en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Asturias, y Don Manuel Crespo Hernández, en el Departamento de Pediatría de la antigua Residencia Sanitaria Nuestra Señora de Covadonga. Ambos centros fueron el origen, junto al Instituto Nacional de Silicosis, del moderno Hospital Universitario Central de Asturias en el que hoy realizamos esta reunión.

Para los pediatras más jóvenes, me gustaría señalar que ambos hospitales (el Hospital General de Asturias y el Hospital Covadonga), situados a menos de 200 metros el uno del otro, tenían dos formas muy distintas de enfocar la pediatría, aunque ambas eran de un grandísimo nivel científico. De la fusión de estas dos maneras de hacer y pensar se formó nuestro homenajeado, lo que creo que contribuyó en gran medida a que más tarde alcanzara con gran éxito todas las metas de su carrera.

No quiero terminar sin recordar a sus aliados y compañeros de trayectoria y, especialmente a aquellos con los que formó el maravilloso Servicio de Neonatología del HUCA, los Doctores Antonio Ramos, Daniel Coto, Luis Fanjul, Conchita Concheso, Lucía Menéndez y Carmen Moro.

Con ellos aprendimos y nos formamos como pediatras y como personas muchos de los que ahora estamos en primera línea asistencial, la cuarta o quinta hornada de esta

MEDALLAS DEL MEMORIAL ARCE-SÁNCHEZ VILLARES

AÑO	CIUDAD	MEDALLA
1996	Valladolid	J. Meneghello Rivera
1997	Santander	A. Rodríguez Hervada
1998	Salamanca	Á Ballabriga Aguado
1999	Oviedo	M. Cruz Hernández
2000	Santander	J.M. Ramos Almeida
2001	Valladolid	J. Peña Guitián
2002	Salamanca	J. Rodríguez Soriano
2003	Oviedo	M. Quero Jiménez
2004	Valladolid	M. Hernández Rodríguez
2005	Santander	J. Brines Solanes
2006	Salamanca	V. Salazar Alonso-Villalobos
2007	Oviedo	M. Crespo Hernández
2008	Santander	M. Martín Esteban
2009	Valladolid	J. Tovar Larrucea
2010	Salamanca	J. Álvarez Guisasola
2011	Oviedo	F. Ruza Tarrío
2012	Santander	M. García Fuentes
2013	Valladolid	A. Blanco Quirós
2014	Salamanca	J. Ardura Fernández
2015	Oviedo	S. Málaga Guerrero
2016	Santander	H. Paniagua Repetto
2017	Valladolid	F. Lorente Toledano
2018	Salamanca	I. Polanco Allué
2019	Oviedo	J.B. López Sastre

amplia escuela pediátrica, que ahora tenemos la misión de capitanear. Siempre que hablamos de cómo ha cambiado la sociedad y la medicina, y cuando solemos criticar el devenir de nuestra profesión, tengo la sensación de que nosotros no estamos al nivel que estuvieron nuestros queridos maestros.

Querido Dr. Sastre, por tu trabajo dentro de la pediatría y neonatología asturiana y española, por tu quehacer incansable dentro de nuestra Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León, y por tu papel como maestro de muchos pediatras, la SCCALP en pleno está hoy orgullosa de entregarte esta Medalla como agradecimiento y reconocimiento a toda tu trayectoria.

Entrega de la Medalla de Honor del XXXII Memorial

Conferencia

J.B. LÓPEZ SASTRE

Sr. Presidente de la Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León.

Srs. Componentes de su Junta Directiva.

Queridos Compañeros y Amigos.

En primer lugar quiero dejar constancia que es para mi un gran honor el recibir la Medalla que concede el Patronato de la Fundación Guillermo Arce y Ernesto Sánchez Villares y por este motivo quiero manifestar mi profunda y sincera gratitud a todos los integrantes de la Fundación, en especial al Prof. Corsino y al Dr. Solís por haberme propuesto.

Es indudable que en el ocaso de mi carrera profesional y ya jubilado hace 7 años, la distinción que me hacen, me renueva las ganas para mejorar mis conocimientos, pero me preocupa si podré estar a la altura de las circunstancias, ya que los últimos años de menor actividad profesional y por supuesto también por la edad, se disminuyen, muy a mi pesar, mis facultades para expresarles a ustedes la emoción y el compromiso que significa para mi esta distinción, que como saben ustedes se entrega a un pediatra de prestigio a nivel nacional y que haya tenido una especial vinculación con alguno de los dos Maestros, y en este sentido interpreto que mi vinculación es a través de mi Maestro el Prof. Crespo y que, por tanto, podría considerarme como “nieto intelectual” del Prof. Sánchez Villares.

El Dr. Solís, debido a su amistad me ha atribuido cualidades que me gustaría poseer, pero en cualquier caso quiero resaltar que los méritos científicos que se me puedan atribuir, son la consecuencia del apoyo que he tenido de mi Familia, de mis Compañeros de profesión y de mis Maestros y a todos ellos quiero, desde aquí, significar la importancia de

su ayuda y por ello ruego me permitan comunicarles mis sentimientos hacia todos ellos.

En lo que se refiere a la Familia, mis primeros años estuvieron marcados por el ejemplo de mi padre, que con su vida diaria imbuía en nosotros, sus hijos, el amor al trabajo, la satisfacción por el trabajo bien hecho y también nos transmitía la importancia de la honradez e integridad, y como no, a mi madre, ejemplo de dulzura, sacrificio y amor para sus hijos. En el ámbito familiar, después de mis padres, la persona que más influyó en mi vida fue mi mujer Cleo, que además de entregarme para siempre su amor, supo aguantar con alegría mi carácter reservado y en ocasiones austero, propio de mis ascendientes maragatos, aunque tengo que decirles que yo nací en Oviedo en la calle Magdalena nº 12, como siempre decía cuando era niño, incluso aunque no me lo preguntaran. Por supuesto quiero referirles también a Ustedes que lo mejor que me ha sucedido en esta vida, es tener cuatro magníficos hijos. José, espléndido cirujano cardiaco en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid; Carlos, ingenioso e innovador ingeniero informático, dedicado a la creación de juegos para ordenador; Jorge, dedicado con gran eficiencia y simpatía al Área de Finanzas de Abbott y recientemente de Loewe y mi Nena Cristina, trabajadora incansable y Responsable de Seguridad Alimentaria y de Producto en la Central madrileña de Carrefour. Puedo asegurarles que en la actualidad recibo de todos ellos consejos y ejemplos a seguir para intentar ser mejor.

En lo que se refiere al ámbito de mis Profesores, de mis compañeros de Profesión y de mis Maestros, recuerdo con gratitud a las Señoritas María y Margarita, que en el Colegio

“El Castillo” de la Calle Magdalena de Oviedo, me enseñaron a leer y me iniciaron en el estudio y en las reglas de urbanidad y convivencia. Más tarde, ya en el Instituto Alfonso II de Oviedo, tuve la suerte de tener excelentes profesores que me iniciaron tanto en las Ciencias Naturales (Profesor Luque), como en la Historia (Don Adolfo), como en la importancia de entender la Filosofía y el pensamiento (Don Pedro Caravia), o en las Matemáticas (Don Fernando), por citar algún ejemplo y personalizar en ellos mi agradecimiento por las enseñanzas recibidas en el instituto. También señalar que en este periodo conocí a amigos para toda la vida, con los que mantengo una intensa relación.

Ya en la Facultad de Medicina de Valladolid, y con profesores de la talla de Gómez Bosque, Pérez Casas, Romo Aldama, Zapatero y Velasco, entre otros, inicié mis conocimientos médicos y mi entusiasmo por la Medicina. Tengo que individualizar, de este periodo, mi agradecimiento al Profesor Bráñez, del que fui alumno interno y que me permitió iniciarme en la docencia, dando clases prácticas de Histología y Anatomía Patológica.

En el ámbito profesional y desde el año 1966 a 1971, trabajé con el Doctor Emilio Rodríguez Vigil y con el Doctor Sánchez Badía en el Hospital General de Asturias y bajo su magisterio hice la residencia y me formé en Pediatría. En este periodo pude conocer y entender lo que significaba ser un auténtico Maestro de la Pediatría, pues la capacidad clínica del Doctor Vigil era de excelencia y siempre nos asombraba con sus certeros diagnósticos, por su ilusión en transmitirnos sus conocimientos y también por el orgullo y alegría que manifestaba cuando alguno de sus discípulos progresaba en sus conocimientos o conseguía algún reconocimiento dentro de la Comunidad Pediátrica. También agradezco al Doctor Badía por ser ejemplo en capacidad de trabajo, integridad profesional y amor y dedicación a sus pacientes. Para mí fue un honor ser el primer residente que continuó como adjunto de Pediatría en el prestigioso Hospital General de Asturias, y de este periodo de mi vida guardo imborrables recuerdos de amistad y de colaboración científica entre compañeros, a los que nos unía nuestra común ilusión para conseguir lo mejor para el niño y de incrementar nuestros conocimientos pediátricos. A todos ellos, muchas gracias.

En el año 1972, el Doctor Silván, Gerente de la entonces denominada “Ciudad Sanitaria Nuestra Señora de Covadonga”, me ofreció la organización de un Servicio Regional de Neonatología y tras consultarlo con el Doctor Vigil ambos acordamos que debía aceptar dicha responsabilidad, y ya en el nuevo Hospital, conté con el apoyo, estímulo y complicidad del Jefe del Servicio de Pediatría el Doctor Jorge Valdés Hevia, y la colaboración de los pediatras adscritos

a Neonatología (Doctora Lucía Menéndez, Doctor Ramos Aparicio, Doctor Daniel Coto y también de los Doctores Luis Fanjul, Concepción Concheso y Miguel Plaza, los tres tristemente ya fallecidos). A todos ellos, doy públicamente las gracias.

En el año 1973, tuvimos la suerte de que el Profesor Crespo fuera nombrado Jefe del Departamento de Pediatría del Hospital y, de esta manera, pude percibir en él lo que significa ser un gran maestro de la Pediatría y además ser un auténtico profesor universitario, enamorado de la Universidad y que nos transmitió su pasión por la docencia y la importancia y necesidad de la investigación, tanto básica como traslacional con aplicación clínica y como estamos en esta entrega de medallas de la Fundación, quiero significar en este momento las palabras pronunciadas por el Prof. Crespo en su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Asturias. Decía el Profesor Crespo *“de mis vivencias al lado del Prof. Sánchez Villares deseo rescatar ahora, tres de ellas. Una la veneración y ejemplar fidelidad a su Maestro el Prof. Arce. Otra, su incondicional entrega y ayuda a sus discípulos, a quienes transmitía conocimientos, actitudes y pasión por la Medicina Infantil y finalmente, el respeto y la admiración que siempre tuvo por la obra bien hecha de sus colegas”*. Como nieto científico del Prof. Sánchez Villares, las palabras pronunciadas por el Prof. Crespo me llenan de satisfacción. Como ustedes conocen, el Profesor Crespo ha fallecido hace tres años, y desde esta tribuna, en nombre de todos, quiero darle las gracias por ser quien fue, en la seguridad de que esté donde esté las recibiría complacido. También quiero dar las gracias al numeroso equipo pediátrico que dirigía el Profesor Crespo, por su compañerismo, ayuda, amistad.

En el ámbito de mi dedicación a la investigación que tan generosamente les ha expuesto mi compañero y amigo el Dr. Solís, quiero resaltar la actividad del Grupo de Hospitales Castrillo y la del Grupo Interdepartamental de Química Analítica y de Neonatología.

En cuanto al “Grupo de Hospitales Castrillo” señalar que hace menos de un mes hemos celebrado el 25 cumpleaños de su inicio y que, por tanto, he estado como Presidente de la “Fundación Castrillo” durante 22 años, ya que en la actualidad la preside la Dra. Belén Colomer, pero por supuesto, a pesar de estar jubilado, continuo colaborando y si les menciona a ustedes este Grupo es para dar públicamente las gracias a los miembros de la “Fundación Castrillo” (Dra. Belén Colomer, Dr. Ramos Aparicio y Dr. Daniel Coto) y para resaltar que en la actualidad el “Grupo Castrillo” lo integran 42 hospitales repartidos por toda la geografía española y también para informarles, o mas bien recordarles, que está involucrado en la investigación clínica de la infección en

el RN y que, en este sentido, se han publicado numerosos trabajos a nivel nacional e internacional y que por supuesto sus recomendaciones, son siempre tenidas en cuenta en los foros dedicados al estudio de la infecciones de RN, tanto a nivel nacional como internacional.

En cuanto al Grupo interdepartamental, lo considero como modélico de colaboración transversal dentro de la Universidad y está formado, por parte de Espectrometría Analítica de la Facultad de Química, por la Dra. M^a Luisa Fernández que actúa como coordinadora y que recientemente ha accedido a ser titular de la Cátedra, por lo cual la felicito desde este estrado, y también por los Dres. Químicos, Héctor González, Rafael de la Flor, Sonia Menéndez y Ángel Rivero. Y por parte del Servicio de Neonatología del HUCA, por Belén Fernández Colomer, Aleida Sánchez, Daniel Coto y por mi, que actuaba de Coordinador y que a pesar de haberme jubilado hace 7 años, los actuales responsables, la Prof. M^a Luisa Fernández y la Dra. Belén Colomer, siempre cuentan conmigo y tienen la amabilidad de incluirme en sus publicaciones y en este momento es obligado decirle a ustedes que la actividad del Grupo ha sido y es abrumadora, como lo demuestra la dirección de 5 tesis doctorales, la obtención de financiación del FICYT para 6 proyectos de investigación, la publicación de 22 trabajos en revistas internacionales, de 4 trabajos en revistas de ámbito nacional y la obtención del Premio Internacional Hipócrates de Investigación en medicina y Cirugía.

Para terminar quiero resaltar que nuestra Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León ha sido y es modélica, siendo ejemplar en sus inicios inspirados en el legado que nos dejaron nuestros Maestros los Profesores Guillermo Arce y Ernesto Sánchez Villares, y que continua siendo un ejemplo de Sociedad Científica, comprometida en conseguir lo mejor para la salud de nuestros niños y la dignificación de la Pediatría en todos los ámbitos. Por todo ello creo que todos debemos colaborar y amar a nuestra Sociedad y en este sentido, y para cumplir mi parte, fui sucesivamente secretario, vicepresidente y presidente de la Sociedad, pero en este momento y ante todos ustedes tengo que pedir **disculpas** a la Sociedad, debido a que por sobrecarga de actividad profesional en el Hospital y la Cátedra y por mis obligaciones como Presidente de las Sociedades Española de Neonatología y Española de Perinatología y como Consejero de Infecciones de la Sociedad Latino-Americana de Neonatología, no cumplí con mi **obligación** de asistir a los Congresos de Nuestra Sociedad en los últimos años de mi actividad profesional y creo sinceramente que ha sido un error, ya que nuestra Sociedad debe ser siempre los primero y debemos apoyarla, cuidarla y si es preciso mimarla para que entre todos consigamos que continúe siendo una Sociedad con gran efectividad científica y con armonía, ilusión y amistad entre todos sus miembros.

Finalizo dando las gracias a todos los asistentes por la atención que me han otorgado.

Mesa Redonda: Formación MIR: ¿es necesaria una revolución?

I. MORA GANDARILLAS

Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Ventanielles. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Oviedo.

SITUACIÓN ACTUAL DESDE UNA PERSPECTIVA DE ATENCIÓN PRIMARIA

El sistema español de formación de especialistas es reconocido por la calidad de sus resultados, pero presenta desequilibrios que se manifiestan en una visión centrada en la enfermedad y la medicina hospitalaria, con una formación en unidades cada vez más especializadas, alejada de la enseñanza basada en la persona y su entorno^(1,2). En los procesos selectivos al grado de Medicina y la formación como Médico Interno Residente (MIR), se valoran exclusivamente conocimientos sin tener en cuenta los valores internos imprescindibles para ser un buen médico: tener vocación implica interés en las personas y compromiso social⁽³⁻⁶⁾.

A pesar de las reiteradas alertas realizadas a los gestores sanitarios, el modelo de Atención Primaria (AP) está en crisis, lastrado por el déficit inversor, la ausencia de reformas, unas condiciones laborales poco atractivas o la inadecuada distribución de profesionales⁽⁷⁾.

De forma resumida la situación actual es la siguiente:

1. La relación entre pediatras hospitalarios y de AP no se corresponde con la prevalencia de los problemas de salud infantiles⁽⁸⁾.
2. Aunque dos tercios de los más de 10.000 pediatras españoles trabajan en AP se persiste en el error de formar pediatras con perfil y aspiraciones por la sub-especialización que rechazan el trabajo en AP o se sienten frustrados en sus expectativas profesionales^(9,10).
3. En la actualidad un 25% de las plazas de AP no están cubiertas por pediatras y los análisis de demografía

pediátrica indican que en los próximos años el problema se agudizará⁽¹¹⁾.

4. En cumplimiento del programa oficial de la especialidad, la rotación en los centros de salud ocupa un 6% del tiempo de formación MIR y es la única en la que existe una limitación temporal⁽¹²⁾.
5. La Pediatría de AP apenas está representada en las comisiones de docencia y órganos de decisión sobre aspectos de la formación MIR.

EL RESIDENTE Y LA FORMACIÓN EN AP

El objetivo de la formación MIR es sentar las bases del buen clínico. La creciente tecnificación de la medicina, la irrupción de las tecnologías de la información y la informatización pueden alejar a los médicos del contacto personal con niños y familias, base del acto médico y de la alianza terapéutica.

La rotación por AP contribuye a ampliar la visión del residente sobre la salud y las formas de enfermar según el entorno social: el niño y la familia, y no la enfermedad, se convierten en el centro de la actividad. Además, lo enfrenta a retos diarios para dar respuesta a las demandas con las armas fundamentales de su conocimiento y capacidad de comunicación: el lenguaje es una de nuestras principales herramienta de trabajo.

El conocimiento está más accesible que nunca pero las habilidades técnicas se aprenden haciendo y viendo hacer una historia clínica y una exploración rigurosas, entrenan-

do el razonamiento clínico y la toma de decisiones, teniendo en cuenta el beneficio del niño y el uso racional de los recursos.

Las actitudes de cada profesional dependen de las competencias personales: habilidades de comunicación, empatía y ética profesional, que marcan la diferencia en la forma de ser médico, pero que pueden y deben entrenarse durante la formación y a lo largo de toda la carrera profesional⁽¹³⁻¹⁵⁾.

La Pediatría de AP es la más compleja de las áreas de la especialidad porque abarca el conocimiento de todas las demás y requiere conocer las características del niño normal y las variantes de la normalidad a lo largo de su desarrollo; detectar problemas y promover actividades preventivas, educar en cada contacto, ser competente en problemas de salud mental, dermatología, ortopedia y oftalmología entre otras; trabajar en equipo con enfermería y otros profesionales implicados en la atención a la infancia: servicios sociales, educación, atención temprana; seguimiento de pacientes con patologías crónicas y complejas, atender las urgencias, participar en las actividades docentes del equipo y en proyectos de investigación y gestionar la consulta: sin duda, rotar en AP es una excelente oportunidad para aprender Pediatría⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

EL TUTOR DE RESIDENTES DE AP

La rotación por Pediatría de AP fue durante décadas la gran olvidada en la formación MIR, solo desde 2006 forma parte del programa formativo⁽¹²⁾. La enseñanza es un deber moral del médico, pero la ausencia de formación en metodología docente, de reconocimiento y compensación de los tutores es un lastre en nuestro modelo⁽¹⁵⁾.

La tutoría se realiza por voluntarismo, es altruista y aunque está regulada no se ha desarrollado como está previsto: tras el impulso inicial hace una década, falla la acreditación, re-acreditación y nombramiento de tutores, la coordinación del programa formativo, la formación de tutores o la incorporación de pediatras de AP a las comisiones de tutores y docencia, entre otros⁽¹⁹⁻²²⁾.

El tutor debe ser guía y referente para el MIR, facilitar la adquisición de conocimientos y habilidades técnicas y dar ejemplo a través del curriculum oculto, para ser modelo de comportamiento y actitudes que marcan la forma individual de ser pediatra⁽²³⁻²⁷⁾.

En el ámbito de la AP, el Grupo de Docencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) ha elaborado documentos técnicos y realiza cursos dirigidos

a tutores y residentes que sirven de base y modelo práctico para el tutor MIR y aporta una guía imprescindible a los residentes en su itinerario formativo^(17,19). Se recomienda consultar la web: <https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-docencia>

La evaluación de residentes con el modelo oficial acreditada de forma cuantitativa y transversal los conocimientos, habilidades y actitudes⁽²⁸⁾. Debería complementarse con otros modelos que valoren el progreso en el aprendizaje en relación con objetivos previamente establecidos, personalizados y acordados por todos los tutores implicados^(2,15).

PROPUESTAS

Respondiendo a la pregunta inicial de la mesa: Sí, es necesaria una revolución en la formación MIR para dar respuesta a las necesidades de la atención pediátrica, de acuerdo con algunas propuestas de las asociaciones pediátricas^(8,9), priorizando los siguientes aspectos:

1. Mejorar la formación de estudiantes de grado y residentes en habilidades de comunicación, ética médica y AP^(2,4,15).
2. Individualizar las necesidades formativas del MIR con participación de todos los tutores implicados.
3. Ampliar la evaluación con modelos que valoren la progresión^(2,15).
4. Formar a los tutores en metodología docente^(2,15).
5. Incrementar las plazas MIR de Pediatría hasta el máximo de la capacidad docente^(8,9).
6. Aumentar el tiempo de rotación MIR por Pediatría de AP a 6 meses^(8,9).
7. Aprobar e implantar las áreas de capacitación específicas y los diplomas de acreditación y de acreditación avanzados, incluidos en Pediatría de AP⁽³⁰⁾.
8. Reactivar las acreditaciones docentes para unidades docentes multiprofesionales, centros de salud y tutores⁽²⁰⁾.
9. Incluir pediatras de AP en las comisiones de tutores, de docencia y como tutores MIR de Pediatría.
10. Reestructurar la duración, distribución de tiempos y contenidos del programa de la especialidad de Pediatría^(29,30).

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Begoña Domínguez Aurrecoechea por la información facilitada para elaborar este texto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez González C, Tasso Cereceda M, Sánchez Jacob M, Riaño Galán I. Pediatras sólidos en tiempos líquidos. Reanimando la profesionalidad. *An Pediatr (Barc)*. 2017; 86(6): 354. e1-4
2. Carceller A, Blanchard AC, Barolet J, Alloul S, Moussa A, Sarquella-Brugada G. Como llegar a ser un buen pediatra: un equilibrio entre la formación teórica y la formación clínica. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 70(5): 477-87.
3. Martínez González C, Riaño Galán I. La empatía, elemento clave del currículo oculto. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2018; 11(4): 189-90.
4. Crespo M, Crespo-Marcos D. Debilidades y perspectivas del programa formativo en Pediatría y sus áreas específicas. *Bol Pediatr*. 2011; 51: 91-105.
5. Marugán de Miguelsanz JM. Enseñanza de excelencia para el residente de Pediatría. *Bol Pediatr*. 2018; 58: 26-8.
6. Marugán de Miguelsanz JM, Eiros Bouza JM. Situación actual de la formación sanitaria en España. *Educ Med*. 2016; 17(2): 51-4.
7. Gorrotxategi Gorrotxategi P, García Vera C, Graffigna Lojendio A, Sánchez Pina C, Palomino Urda N, Rodríguez Fernández-Oliva CR, et al. Situación de la Pediatría de Atención Primaria en España en 2018. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018; 20: e89-104.
8. Situación de la Pediatría de atención Primaria. Informe técnico de la AEP. 2018. Consultado 24 de julio de 2019. Disponible en: <https://www.aeped.es/documentos/informe-tecnico-aep-situacion-pediatría-atencion-primaria-diciembre-2018>
9. Gorrotxategi Gorrotxategi P, Sánchez Pina C, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Villaizán Pérez C, Suárez Vicent E, Cantarero Vallejo MD, et al. ¿Qué medidas fortalecen y cuáles debilitan la Pediatría de Atención Primaria? Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2019; 21: 87-93.
10. Ugarte Líbano R, Gorrotxategi Gorrotxategi P, Arranz Gómez J. ¿Quo vadis, Pediatría de Atención Primaria? *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2019; 12(1): 1-3.
11. Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030. Equipo economía de la salud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. 2019. Consultado 23 d julio de 2019. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>
12. Orden SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. BOE 246, 14 de octubre de 2006. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/10/14/pdfs/A35657-35661.pdf>
13. Domínguez Aurrecochea B. Docencia en pediatría de atención primaria: pasado, presente y ¿futuro? VI foro de pediatría de atención primaria de Extremadura. Mérida, 24 y 25 de abril de 2009.
14. Arana Navarro T, Galbe Sánchez-Ventura J. Razonamiento clínico: razonar sobre nuestros casos, una propuesta docente para nuestros centros. En: AEPap, ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 319-227. Disponible en: www.aepap.org
15. Morán Barrios J, Gorrionogitia Iturbe A, Gracia Ballarín R, Calabozo Raluy M, Alonso Blas JC, Marinelarena Maneru E et al. Conclusiones del XII Encuentro Nacional de Jefes de Estudio y Tutores de Formación Sanitaria Especializada, AREDA 2015. *Educ Med*. 2015; 16(4): 234-42.
16. Grupo de Docencia de la Asociación de Pediatría de Atención Primaria. Guión de contenidos de la rotación del residente de Pediatría por Atención Primaria. Disponible en: <https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-docencia/biblioteca/>
17. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Currículum de formación en pediatría de atención primaria. Confederación europea de pediatras de atención primaria. ECPCP. En: Ed Lúa; 2015. Disponible en: <https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-relaciones-con-europa/biblioteca/curriculum-primary-care-paediatrics>
18. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Sociedad Española de Pediatría extrahospitalaria y atención primaria Área de Capacitación específica en pediatría de atención primaria. Disponible en: <https://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-formacion-de-la-aepap>
19. Programa de formación Área de Capacitación Específica en Pediatría de Atención Primaria. Disponible en: <https://www.aepap.org/biblioteca/programa-de-formacion-de-la-aepap>
20. Requisitos y criterios para la acreditación de unidades docentes multiprofesionales de Pediatría. Dirección general de política universitaria. Dirección general de ordenación profesional, cohesión del sistema nacional de salud y alta inspección. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. 2011. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/docs/Resolucion_UDMs_nuevas.pdf
21. Villaizán Pérez C. Unidades docentes multiprofesionales, una nueva figura en la formación del residente de Pediatría. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2012; 5(1): 1-3.
22. Situación de las áreas de capacitación específica. Informe técnico de la AEP. 2018. Consultado el 25 de julio de 2019. Disponible en: www.aeped.es
23. Domínguez Aurrecochea B, García Rebollar C, Villaizán Pérez C. ¿Qué se necesita para ser tutor? Herramientas y recursos docentes. En: AEPap, ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p. 309-22.
24. Ruiz Moral R, Loayssa Lara JR. Decálogo básico para pediatras que deseen enseñar en la consulta. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2011; 4: 59-63.
25. Fernández Casallerrey C, Segovia Monteagudo C. Herramientas de tutorización de residentes: el feedback docente. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2009; 2(1): 60-3.
26. Ledesma Albarrán JM, Lafuente Mesanza P, Hinojosa Picón I. Planificación y acogida del residente en su rotación por Atención Primaria. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2012; 5(1): 56-61.

27. Baños Díez JE. El aprendizaje basado en problemas como método docente. En: AEPap, ed. Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 231-4.
28. Fernández-Cuesta Valcarcel MA. El proceso de evaluación docente del residente. Form Act Pediatr Aten Prim. 2009; 2(3): 178-80.
29. Real decreto 639/2015, de 10 de julio, por el que se regulan los Diplomas de acreditación y diplomas de acreditación avanzada. BOE nº 179, de 28 de julio de 2015. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: www.boe.es
30. Real decreto 639/2014 de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica. BOE nº 190, de 6 de agosto de 2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: www.boe.es

Mesa Redonda: Formación MIR: ¿es necesaria una revolución?

R. VELASCO ZÚÑIGA

Pediatra. Hospital Río Hortega. Valladolid.

La idoneidad del proceso de formación del personal médico es un tema que ha sido polémico desde hace muchos años. Una sensación común a muchos estudiantes de Medicina es que el enfoque de la carrera es demasiado teórico, y más orientado a conseguir una buena puntuación en el examen MIR que a la adquisición de habilidades clínicas⁽¹⁾. Esta sensación no parece que haya cambiado pese a las modificaciones realizadas tras el llamado “plan Bolonia”, encaminado, en teoría, a impulsar un aspecto más práctico de la docencia⁽²⁾. Una encuesta de 2009 realizada a estudiantes de Medicina de la Universidad de Salamanca mostraba como la satisfacción de estos era alta en cuanto a la adquisición de contenidos teóricos, pero un 90% consideraba escasa o muy escasa la adquisición de habilidades clínicas y técnicas⁽³⁾. Además, menos de un 4% de los alumnos referían el uso de revistas clínicas o bases de datos para el estudio⁽³⁾.

Algunas experiencias piloto han mostrado que un inicio de las prácticas clínicas en los primeros cursos de la carrera de Medicina es valorado de un modo muy positivo por los alumnos⁽⁴⁾.

La formación especializada en Pediatría tampoco está libre de controversia. El actual plan formativo comprende un periodo de 4 años, con unos objetivos generales que incluyen labor asistencial, así como tareas de promoción de la salud e investigación⁽⁵⁾. Sin embargo, la realidad de la mayoría de los servicios de Pediatría españoles es que las tareas asistenciales y de gestión (altas, informes, etc.) ocupan la práctica totalidad del horario laboral de los residentes, y las labores de formación e investigación son realizadas, en todo caso, fuera del tiempo remunerado.

Una encuesta sobre la formación en Urgencias Pediátricas realizada a residentes de Pediatría en 2016 mostraba que cerca de la mitad de ellos desconocía los contenidos de su plan formativo. Aparte, pese a que el 86,9% de los responsables del departamento indicaban que se realizaba algún tipo de evaluación de los conocimientos adquiridos al final de año o de la rotación, cerca de un 15% de los MIR desconocían ser evaluados⁽⁶⁾. En esa misma encuesta los autores analizaron las variables asociadas con una mayor satisfacción del MIR con la formación, siendo el principal el que la asistencia fuese supervisada por algún adjunto. Curiosamente, cuando residentes y responsables de los departamentos de Urgencias fueron preguntados por el grado de supervisión del MIR en cada año de residencia, la concordancia entre ambas respuestas fue mínima, especialmente en los primeros años, donde los MIR referían un grado de supervisión mucho menor que el indicado por los responsables. Más de un 30% de los MIR respondieron que el MIR de primer año no era supervisado de manera presencial en su actividad clínica.

¿Es imposible supervisar de manera adecuada a los MIR? Posiblemente lo es en las condiciones actuales. La dotación de personal de la gran mayoría de los servicios de Pediatría de los hospitales está diseñada para garantizar la asistencia de los pacientes, sin tener en cuenta la formación del personal MIR. Mientras, algunos servicios y unidades en los que la dotación de personal es más adecuada, han presentado algunas experiencias de evaluación del MIR a pie de cama, con resultados satisfactorios⁽⁷⁾.

Al final de su mandato, la anterior Junta Directiva de la AEP publicó un editorial en *Anales de Pediatría* en el que

marcaba como una de las líneas de futuro la modificación de la duración del plan formativo de Pediatría de cuatro a cinco años, en consonancia con lo establecido en 2015 por la *European Board of Pediatrics* (EUP)⁽⁸⁾. Ese modelo se asemeja al de otros países europeos, como el Reino Unido⁽⁹⁾. La EUP marca, además, una lista de habilidades técnicas que el residente debe adquirir durante su formación como pediatra.

Este listado de habilidades presenta algunas similitudes con las milestones y las EPA del modelo de los EE.UU.^(10,11). En este sistema, los residentes deben completar la adquisición de ciertas habilidades y competencias para superar cada periodo formativo. Sin duda es un modelo más centrado en el paciente, ya que lo que realmente garantiza es que aquel que obtenga la titulación de pediatra pueda suministrar la atención precisada.

Por último, queda en el aire la pregunta de si el modelo de formación del pediatra debería adecuarse a las necesidades del mercado laboral. La respuesta probablemente es un sí, pero entonces, quizá es necesario que resolvamos la cuestión de cuál es el modelo organizativo que queremos para la atención al paciente pediátrico. Pero eso es otra discusión.

BIBLIOGRAFÍA

- González De Dios J, Polanco Allue I, Díaz Vázquez CA. De las facultades de Medicina a la residencia de Pediatría, pasando por el examen de médico interno residente: ¿algo debe cambiar? Resultados de una encuesta en residentes de Pediatría de cuarto año. *An Pediatr*. 2009; 70(5): 467-76.
- Salvá Cerdá A. El Plan Bolonia y la regulación de los estudios universitarios de Medicina. *Semergen*. 2010; 36(8): 419-20.
- Mirón-Canelo J, Iglesias-De Sena H, Alonso-Sardón M. Valoración de los estudiantes sobre su formación en la Facultad de Medicina. *Educ Med*. 2011; 14(4): 251-8.
- Baños J, Sentí M, Miralles R. Contacto precoz con la realidad asistencial: una experiencia piloto en medicina. *Educ Med*. 2011; 14(1): 39-47.
- España G. ORDEN SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. BOE; 2006. p. 35657-61. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2006/09/20/sco3148>
- Velasco R, Mintegi S. Evaluación de la formación en urgencias por parte de los médicos internos residentes de pediatría en España. *An Pediatr (Barc)*. 2019 Jul 22 [En prensa].
- Fernández C, Martín MJ, Durán I, Arana E, Hernández-Bou S, Mintegi S, et al. Identificación de meningitis bacteriana y meningitis aséptica en niños con pleocitosis en líquido cefalorraquídeo. En: Comunicación presentada en la XXII Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Sitges, 2018. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/reuniones/2018/COL/col20_001.pdf
- Union Européenne des Médecins Spécialistes. Training Requirements for the Specialty of Paediatrics European Standards of Postgraduate Medical Specialist Training. 2015. Disponible en: https://www.uems.eu/__data/assets/pdf_file/0016/44440/UEMS-2015.30-European-Training-Requirements-in-Paediatrics.pdf
- The Royal College of Paediatrics and Child Health. RCPCH Progress: Paediatric Specialty Postgraduate Training Curriculum [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2018-10/RCPCH_Progress_CurriculumV1.pdf
- Poynter S, Calaman S, McNeal Trice K, Barone M, The General Pediatrics EPA Curricular Elements Workgroup, Anderson M, et al. Curricular Components for General Pediatrics EPA [Internet]. 2013. Disponible en: https://www.abp.org/sites/abp/files/pdf/combined_gp_epas.pdf
- The Pediatrics Milestone Working Group. The Pediatrics Milestone Project [Internet]. 2012. Disponible en: <https://www.abp.org/sites/abp/files/pdf/milestones.pdf>

Mesa Redonda: Formación MIR: ¿es necesaria una revolución?

L. ÁLVAREZ-GRANDA¹, L. GUERRA²

¹Jefe de Servicio de Pediatría. ²Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

La Formación Sanitaria Especializada (FSE), ha contribuido desde sus inicios hace 40 años al desarrollo del Sistema Nacional de Salud de nuestro país. El desarrollo de normativa sanitaria de ámbito nacional que se ha ido aplicando sucesivamente desde la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003, el Real Decreto de relación especial de Residencia de 2006, el Real Decreto por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud de 2008 y la Orden Sanitaria por la se fijan criterios relativos a Comisiones de Docencia, Jefes de Estudios y Nombramiento de tutor, también de 2008, enmarcan y regulan la actual FSE.

Respecto a la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas, primero la Orden Sanitaria que define el Programa Formativo de la especialidad en 2006 y posteriormente el Acuerdo Interministerial de 2011 por el que se establecen los requisitos de Acreditación de la Unidad Multiprofesional de Pediatría, regulan la normativa en vigor respecto a nuestra Especialidad.

Dentro del Real Decreto de 2014 relativo a la troncalidad en la FSE, anulado por el Tribunal Supremo en 2016, la Pediatría era una de las especialidades con tronco propio, lo que nos permitía plantear de forma específica el desarrollo de la misma en caso de que el Real Decreto hubiese constituido legislación consolidada.

Con estas premisas y basándonos en las bondades del actual sistema de FSE en nuestra especialidad, cabe plantearse las reflexiones pertinentes que posibiliten la adaptación del modelo formativo para potenciar desde el mantenimiento básico del modelo, la mejora continua del mismo.

En este sentido es una realidad constatable que el nivel de competencia profesional, incluyendo en el mismo el grado de humanización en el trato con los niños y sus familias, que muestren los residentes de un Servicio al acabar su programa formativo, es el hecho que mejor se correlaciona con la calidad del mismo.

Por tanto, un Servicio que pretenda prestar una asistencia de calidad a sus pacientes debe de formar buenos pediatras. A este fin los facultativos del Servicio deben ser o intentar ser profesionales de primer orden. Formar y evaluar a médicos residentes requiere, por tanto, que los profesionales de plantilla del Servicio se rijan por criterios de calidad asistencial y docente y en algunos casos también investigadora. En este aspecto hay que tener en cuenta que los facultativos evalúan residentes en sus rotaciones, pero ellos no están sometidos a evaluaciones periódicas de su actividad, salvo la evaluación que en algunos criterios de gestión realice el Servicio o el Hospital. En este sentido, la organización funcional del Servicio tiene que facilitar la organización docente que permita cumplir los objetivos de competencias graduales de sus residentes.

Un tema fundamental lo constituye el que los tutores del Servicio puedan cumplir su importante misión con la mejor disposición posible. En este punto, conviene señalar la escasa coherencia del Sistema Sanitario que se traduce en el escaso reconocimiento efectivo de la figura del tutor, y que en términos generales supone que la docencia es en términos generales una actividad poco reconocida por los estamentos gestores de los Centros Sanitarios.

La docencia debía ser considerada como una línea de producción hospitalaria clave en el plan directivo y en conso-

nancia el reconocimiento del equipo formativo del Servicio, especialmente con los tutores debería ser una realidad desde hace muchos años.

Dentro del equipo formativo una acción de mucho valor se derivaría de promover reuniones periódicas de los residentes y sus tutores con los mandos intermedios del Servicio para que hubiese un intercambio de opiniones y una implicación mayor en los objetivos de cada Unidad y del propio Servicio.

Respecto a nuevas modalidades formativas, la simulación clínica supone un bagaje básico que debe estar presente en todos los periodos formativos del residente durante todos los años de su residencia. En nuestro medio el proceso formativo a través de instructores del propio Servicio en actuaciones en todas las áreas clínicas multiprofesionales, tanto en Pediatría como en Neonatología, constituyen una realidad que debe hacerse extensiva a todas las Áreas Específicas. Asimismo, las habilidades de comunicación con los niños y sus familias deben de formar parte del programa de simulación de un Servicio.

Existe un aspecto conceptual que creo debería suscitar una adecuada reflexión como supone que en principio es deseable que la responsabilidad clínica básica del Servicio recaiga en el personal de plantilla del mismo. Esta circunstancia, que se orienta a la seguridad clínica, debería integrar la responsabilidad gradual del residente y evitar la pasividad que pudiera suscitar el considerar que el médico responsable de plantilla será el que solucione todos los eventos que puedan plantearse en la asistencia sanitaria. La implicación asistencial, codo con codo, del médico adjunto y del residente debe dejar un margen de autonomía progresiva que no ponga en riesgo la seguridad del paciente y que permita el desarrollo profesional del residente. Este hecho es un reto y debe motivar un punto de encuentro entre los colectivos que puede generar controversias. Es muy importante que cada miembro de un servicio sienta que tiene una responsabilidad docente que debe ejercer de la manera más positiva posible. No hay que olvidar que cada profesional en ocasiones recibe diariamente la responsabilidad formativa del residente y del alumno de pregrado en una actividad asistencial que posiblemente realizaría de una forma más ágil sin la responsabilidad docente añadida.

Respecto a la duración del periodo formativo de la especialidad, creo que debería extenderse durante cinco años en todos los casos ya que se trata de una especialidad muy amplia y compleja en su repertorio asistencial y que sería equivalente a la Medicina Interna del adulto cuyo periodo formativo es de cinco años. Este margen permitiría una rotación con contacto mucho más amplio con la Atención

Primaria doblando, como mínimo, los tres meses actuales y permitiría asimismo el completar al menos 18 meses de formación en un Área Específica, que garantizase una profundización más acorde con las necesidades asistenciales reales de las citada áreas.

Mi opinión es que debería mantenerse un sistema único de residencia y dentro del mismo, si se lograra la ampliación adecuada citada en el párrafo anterior, poder orientar a los profesionales a Atención Primaria o a Atención Hospitalaria en función de necesidades y preferencias.

En referencia a la evaluación del residente y desde la experiencia del examen de competencias objetivas y estructuradas (ECO) en el pregrado, este método no aportaría un avance evaluador significativo, aunque en un entorno favorecedor sería planteable. Creo que la evaluación continua tutelada, quizá con más minuciosidad, y el apoyo continuo en los aspectos personales y profesionales a los residentes deben seguir siendo los pilares de la evaluación del residente.

Un hecho que quisiera resaltar es que en los últimos años la información científica respecto a la asistencia sanitaria ha tenido una facilidad de acceso y una concreción en guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas que favorecen de forma importante el que todos los profesionales, incluidos los residentes, puedan disponer de información rigurosa de forma sencilla. El desarrollo de la historia clínica electrónica y la facilidad de acceso a la historia entre primaria y especializada es otra fortaleza del sistema que facilita también el desarrollo docente del residente.

Por otra parte, es importante instruir a los residentes en generar un uso adecuado de las nuevas tecnologías con respeto a la intimidad de los pacientes y a la debida confidencialidad de los actos sanitarios.

Desde mi punto de vista resultaría muy conveniente que tanto los tutores como los residentes participasen en reuniones formativas no solo en Pediatría, sino en las de Asociaciones Nacionales ligadas al ámbito de la Docencia Médica con el fin de recabar ideas que puedan ser aplicadas en el programa formativo del servicio al que pertenecen.

Es deseable que los residentes continúen colaborando en las actividades docentes para alumnos de pregrado y para otros residentes. La realización por su parte de sesiones clínicas dentro de las Sesiones Generales del Servicio y del Hospital supone un hecho muy positivo y estimulante para todos los miembros de la organización y es una realidad cotidiana que constituye también un hito en su formación.

Debe de potenciarse la participación activa de residentes en actividades de revisiones epidemiológicas retrospectivas

o estudios prospectivos que les permitan una aproximación a la evaluación de la actividad asistencial y al conocimiento de la realidad clínica de su medio.

Sería muy deseable que un número de residentes significativo se inscribiese en los Programas Universitarios de Doctorado, y que de ellos un número elevado pudiera culminar su tesis doctoral en un plazo no lejano al fin de su periodo de residencia. Este hecho supone una de las aproximaciones más directas y tangibles al componente investigador de un profesional.

En suma, en este resumen he querido plasmar que el margen de mejora de la formación MIR en Pediatría con la aplicación de medidas no especialmente complejas es muy amplio, y que además de generar buenos profesionales, este sistema ha sido la base del desarrollo médico en España. Deberíamos de mirar hacia otras organizaciones de reconocido prestigio como puede ser la Organización Nacional de Trasplantes, y aunque se trata de un tema menos abarcable, intentar generar la transformación de un sistema formativo bueno en excelente.

Mesa Redonda: Novedades en Endocrinología Infantil

Presentación a la Mesa: Más allá de las cifras y de los nombres

I. RIAÑO GALÁN

Pediatra. Hospital Universitario Central de Asturias.

La Endocrinología Infantil no ha sido ajena a los avances científicos y tecnológicos, en especial en relación con la aplicación de la genética para el diagnóstico de muchas entidades. No obstante, a la hora de seleccionar los temas a tratar en este Memorial se ha optado por aquellos que pueden ser de interés práctico para todos los pediatras, y muy especialmente para los de Atención Primaria. Temas que quieren poner el acento en que tenemos que ser capaces de ir más allá de las cifras y de los nombres y las etiquetas. Así como avanzar en una coordinación imprescindible entre Atención Primaria y Atención Especializada. Veamos porqué.

Las consultas y derivaciones a Endocrinología Infantil por el hallazgo de valores elevados de TSH en niños asintomáticos o con una clínica inespecífica se han multiplicado en nuestro medio. La mayor disponibilidad de petición de esta prueba analítica podría ser uno de los motivos. Todo ello conlleva la puesta en marcha de una serie de consultas, pruebas diagnósticas e incluso inicio de tratamientos innecesarios. No es un asunto simple, de hecho, existe controversia a nivel internacional sobre cómo actuar en estas situaciones. Persisten dudas acerca de si realmente es el reflejo de una disfunción tiroidea o no, así como cuál es su evolución y consecuencias a largo plazo. La respuesta a estos interrogantes a la luz de los conocimientos científicos nos orientará sobre cómo debemos actuar, cuál debe ser nuestra actitud y seguimiento, evitando en la medida de lo posible la medicalización de una alteración bioquímica. No debemos olvidar que todo ello genera un coste añadido no solo económico sino también de preocupación de las familias. En esta situación como en toda nuestra actividad asistencial

es importante promover una visión integral centrada en la clínica que incluya una historia clínica detallada y una exploración que nos permita tomar decisiones prudentes, que no pueden basarse en exclusiva en el hallazgo de una cifra de un análisis aislado.

El otro tema elegido es la diversidad de género en la infancia desde una mirada ética. En los últimos años, la demanda de la atención a menores con diversidad de género ha experimentado un incremento tanto en España como en el mundo. Este aumento podría explicarse, entre otras razones, por un contexto sociocultural que promueve mayor visibilidad, tanto de los recursos asistenciales como de los movimientos reivindicativos. Aunque el fenómeno no es nuevo, actualmente tiene mayor impacto en la opinión pública, con la tramitación o aprobación a nivel estatal y autonómico de normas para su regulación, generando, además, un debate en la opinión pública y en el ámbito académico y científico acerca de cómo abordarlo desde la perspectiva del interés superior del menor y del principio de protección frente a la vulnerabilidad.

En este caso, el nombre ha sido objeto de especial controversia, como refleja la atención mediática a la publicación por la OMS en junio de 2018 de una nueva versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11). Ello se debe a su decisión de eliminar la transexualidad del capítulo "trastornos mentales y de comportamiento" y trasladarla a un capítulo nuevo sobre "condiciones relacionadas con la salud sexual", con el fin de garantizar la atención sanitaria a estas personas. La "patologización" y clasificación de

estas situaciones plurales había sido un punto conflictivo. De igual modo, los sucesivos cambios en la denominación (transsexualidad, trastornos de la identidad de género, disforia de género, incongruencia de género, diversidad de género) pretenden evitar el estigma que acompaña a estas personas. Tal y como recoge el Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría más allá del género lo importante es la persona. Cada vida humana constituye un proyecto propio, único e inescindible, que cada uno tiene derecho a configurar. Por ello, resulta imprescindible promover un cambio de mirada social, capaz de superar estereotipos que suponen discriminación y aumentan el sufrimiento. Considerar que la respuesta a estas situaciones tan complejas y diversas es facilitar el acceso a una medicación o a una cirugía es una simplificación. El respeto a las personas con diversidad de género no se limita a tolerar las expresiones no convencionales de género; o no discriminar, sino que constituye un imperativo ético el reconocimiento de un valor positivo en la diversidad. Los pediatras de Atención Primaria sin duda

son claves en la acogida de estos niños y sus familias y en la coordinación de su atención en función de sus necesidades, evitando sufrimiento innecesario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lazarus J, Brown RS, Daumerie C, Hubalewska-Dydejczyk A, Negro R, Vaidya B. 2014 European Thyroid Association Guidelines for the Management of Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy and in Children. *Eur Thyroid J.* 2014; 3: 76-94.
2. Álvarez Casaño M, López Siguero JP. Review of the natural course of subclinical hypothyroidism and study of its costs. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2019; 66(9): 550-4.
3. Riaño Galán I, Del Río Pastoriza I, Chueca Guindulain M, Gabaldón Fraile S, de Montalvo Jááskeläinen F. Posicionamiento Técnico de la Asociación Española de Pediatría en relación con la diversidad de género en la infancia y la adolescencia: mirada ética y jurídica desde una perspectiva multidisciplinar. *An Pediatr (Barc).* 2018; 89(2): 123.e1-6.

Mesa Redonda: Novedades en Endocrinología Infantil

Y... ¿qué hacemos con esa TSH alta?

B. HUIDOBRO FERNÁNDEZ

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes.

RESUMEN

El hipotiroidismo subclínico es uno de los motivos de consulta más frecuentes en la consulta de Endocrinología Pediátrica y su manejo continúa siendo objeto de controversia. Ante un niño que presente una elevación aislada de TSH debemos tener presente que no siempre implica que presente una disfunción tiroidea y que se debe confirmar con una segunda determinación, ya que en más del 70% de los casos no se confirmará. Asimismo, deben descartarse interferencias analíticas, así como otras situaciones que pueden elevar la TSH de forma transitoria.

En los casos persistentes está indicado el estudio etiológico, principalmente la determinación de anticuerpos anti-tiroideos y la realización de una ecografía. La mayoría de los casos el origen será idiopático o autoinmune. En general, el hipotiroidismo subclínico es una condición benigna, con bajo riesgo de evolución de hipotiroidismo franco, algo más elevado en los casos de origen autoinmune. El seguimiento de esos pacientes vendrá condicionado por la etiología y el riesgo de progresión a hipotiroidismo.

Dado que no se ha demostrado que el hipotiroidismo subclínico afecte negativamente al crecimiento y tampoco al desarrollo cognitivo en mayores de 3 años, el tratamiento con levotiroxina no está justificado de forma rutinaria. En los últimos años algunos estudios han demostrado la relación entre el hipotiroidismo subclínico en niños y alteraciones proaterogénicas sutiles, pero existe controversia sobre si realmente se asocia a un riesgo aumentado de enfermedad

cardiovascular en la edad adulta. Por otro lado, aunque el tratamiento con levotiroxina puede tener algún efecto beneficioso sobre dichas alteraciones, no está claro el impacto que puede tener a largo plazo.

Palabras clave: Hipotiroidismo subclínico; Niños; Tirotropina; TSH; Levotiroxina.

ABSTRACT

Subclinical hypothyroidism is one of the most frequent reasons in the medical visit in the Pediatric Endocrinology office and its management continues to be an object of controversy. When a child has a single isolated elevation of TSH it should be kept in mind that this does not always imply that there is a thyroid disorder and it should be verified with a second measurement, since it will not be confirmed in over 70% of the cases. Furthermore, analytic interferences should be ruled out as well as other situations that may cause a transitory increase in the TSH.

The etiological study is indicated in persistent cases, mainly the measurement of antithyroid antibodies and an ultrasound. In most of the cases, the origin will be idiopathic or autoimmune. In general, subclinical hypothyroidism is a benign condition, with low risk of evolution to frank hypothyroidism, which is somewhat higher in the cases having an autoimmune origin. Follow-up of these patients will be conditioned by the etiology and risk of progression to hypothyroidism.

Since it has not been demonstrated that subclinical hypothyroidism negatively affects growth or cognitive development in children over 3 years of age, treatment with levothyroxine is not routinely justified. In recent years, some studies have demonstrated the relationship between subclinical hypothyroidism in children and subtle perovascular alterations, however there is existing controversy on whether it is associated to an increased risk of cardiovascular disease in the adult age. On the other hand, although treatment with levothyroxine may have a beneficial effect on said alterations, the impact it may have in the long term is not clear.

Key words: Subclinical hypothyroidism; Children; Thyrotropin; TSH; Levothyroxine.

INTRODUCCIÓN

La elevación de los valores de tirotrópina (TSH) asociados a valores normales de tiroxina (T4) libre o total se conoce como hipotiroidismo subclínico⁽¹⁾. No obstante, no existe un acuerdo pleno en su definición, de forma que algunos autores restringen el término de hipotiroidismo subclínico a situaciones en las que la TSH está discretamente elevada (habitualmente entre 5 y 10 mU/L), mientras que otros autores no establecen límite superior para los valores de TSH. El hallazgo de valores elevados de TSH en niños asintomáticos o con una clínica inespecífica es un hecho relativamente frecuente en nuestro medio y que puede ocasionar la realización de pruebas diagnósticas e incluso inicio de tratamientos innecesarios^(2,3). Por otro lado, tanto la etiología como la evolución natural del hipotiroidismo subclínico en niños difiere respecto a los adultos, lo que hace que su manejo sea también diferente.

La decisión de tratar o no un niño con hipotiroidismo subclínico depende no solo de los efectos perjudiciales que pueda ocasionar sino también de la posibilidad de que el hipotiroidismo subclínico empeore. Ante un niño que presente una elevación de TSH (excluimos el periodo neonatal), compatible con un hipotiroidismo subclínico, deberemos plantearnos una serie de preguntas antes de determinar la actitud que vamos a seguir:

- ¿Realmente estamos ante una situación de disfunción tiroidea?
- ¿Existe riesgo de evolución hacia un hipotiroidismo franco?
- ¿Qué consecuencias puede tener a largo plazo?
- ¿Qué seguimiento vamos a realizar?

Intentaremos a continuación dar respuesta a estas preguntas.

¿REALMENTE ESTAMOS ANTE UNA SITUACIÓN DE DISFUNCIÓN TIROIDEA?: ETIOLOGÍA

La elevación de la TSH es un problema prevalente. En un estudio retrospectivo de más 100.000 niños con edades comprendidas entre los 6 meses y los 16 años, el 2,9% presentaron valores de TSH entre comprendidos entre 5,5 y 10 mU/L⁽²⁾. El 73,6% presentaron valores normales en una segunda determinación hecha de media dos meses después y aproximadamente el 20% volvieron a presentar valores discretamente elevados, pero con tendencia a normalizarse en los siguientes 5 años. Más próximo, un estudio realizado en un hospital de Madrid en el que analizaban 102 niños remitidos por elevación de TSH aislada, el 90,4% presentaban valores normales en una segunda determinación⁽³⁾.

Por ello es fundamental tener presente que no todas las elevaciones de los valores de TSH traducen una situación de disfunción tiroidea. Habrá un grupo importante de niños en los que esa TSH elevada no tendrá significado patológico y, sin embargo, otro en el que sí, o al menos tendrá mayor riesgo de evolucionar a un hipotiroidismo franco (Fig. 1). Identificar ese primer grupo de pacientes es fundamental para evitar alarmas, así como pruebas y tratamientos innecesarios.

Elevación de TSH sin disfunción tiroidea

Valores de referencia específicos

En primer lugar, siempre que nos enfrentemos ante unos valores de TSH deberemos tener en cuenta los rangos de referencia adecuados para la población de estudio. En algunos laboratorios no se dispone de valores específicos para la edad, en cuyo caso deberían buscarse valores de referencia establecidos con la misma técnica y procedentes de una población con características similares a la nuestra⁽⁴⁾.

Variabilidad inter e intraindividual

Por otro lado, debemos tener en cuenta la variabilidad inter e intraindividual en los valores de TSH, que en una población sana siguen una distribución asimétrica, con una larga cola hacia los valores más altos de TSH (los conocidos como *outliers*)⁽⁵⁾. Se ha descrito que hasta el 40-65% de la variabilidad interindividual en los valores de TSH y T4 está determinada por factores genéticos⁽⁶⁾. En cualquier persona los niveles de hormonas tiroideas permanecen relativamente estables a lo largo de la vida y reflejan el *set-point* del eje hipotálamo-hipófisis-tiroideas en esa persona. Cambios en el estado del tiroides se traducen en variaciones concordantes entre hormonas tiroideas. Pequeñas oscilaciones en los valores de hormonas tiroideas (incluso en el rango normal) pueden producir variaciones importantes en los niveles de

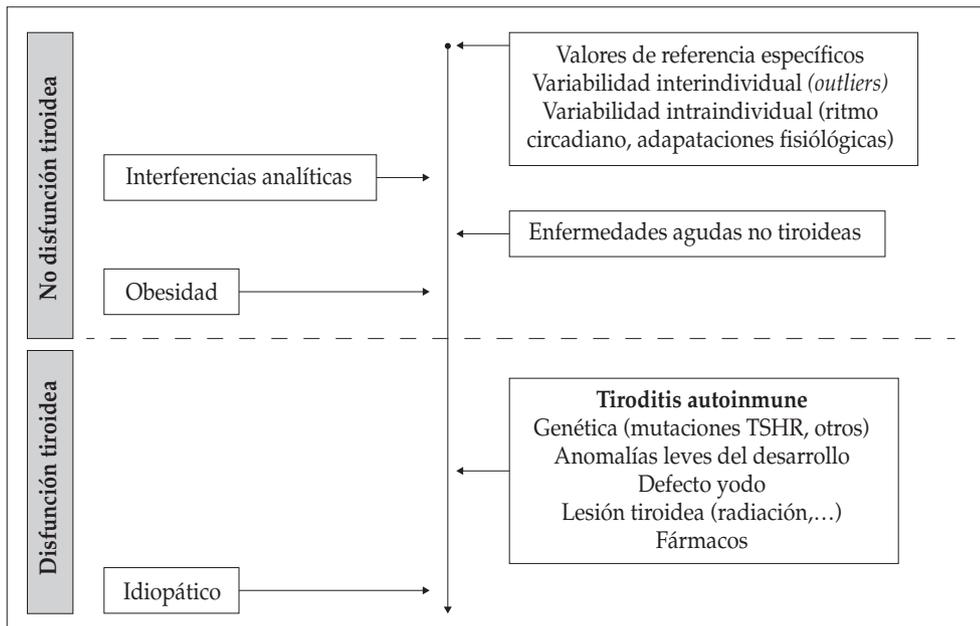


Figura 1. Causas de elevación aislada de TSH.

TSH (fuera del rango de normalidad). Otro de los factores que se han visto implicados en esa variabilidad intraindividual es la variación circadiana en los valores de TSH⁽⁷⁾.

Interferencias analíticas

Se ha descrito que hasta el 1% de las pruebas de función tiroidea presentan interferencias y de ellas, hasta el 50% de los casos inducen errores diagnósticos o manejo inadecuado⁽⁸⁾. Debemos sospechar una interferencia analítica siempre que exista discordancia entre los valores hormonales y la clínica del paciente, así como entre los diferentes parámetros biológicos (fundamentalmente TSH y T4 en nuestro caso). Existen al menos 6 tipos de interferencias que pueden afectar a la determinación de TSH y hormonas tiroideas, en el caso de elevación de TSH la causa más frecuente de interferencia será la presencia de anticuerpos heterófilos o macroTSH. Ante toda sospecha de interferencia debemos contactar con el laboratorio, ya que su identificación generalmente se basa en pruebas de laboratorio adicionales, que incluyen la comparación de métodos de ensayo, procedimientos de dilución, estudios de reactivos bloqueantes y la precipitación con polietilenglicol.

Respuesta adaptativa a enfermedades agudas no tiroideas

Los niños con enfermedades agudas pueden presentar un descenso transitorio de hormonas tiroideas, asociado a TSH bajas (pero no suprimidas). En la fase de recuperación pueden presentar elevaciones transitorias de TSH (habitualmente por debajo de 20 mU/L). Es por ello que no se

debe determinar la función tiroidea en paciente gravemente enfermo a menos que la sospecha de disfunción tiroidea sea elevada.

Obesidad

El hipotiroidismo subclínico es un hallazgo frecuente en niños obesos⁽⁹⁾. No está claro cuál es la causa de esta elevación de la TSH y se han implicado diferentes mecanismos como la modificación en la expresión de desyodasas, la disminución de receptores de triyodotironina en el hipotálamo o la producción de pro-TRH inducida por leptina. El hecho de que la pérdida de peso se asocie a una normalización de los valores de TSH ha hecho pensar que la elevación de la TSH sea una respuesta adaptativa del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides a la ganancia ponderal. Esta hipótesis se ve reforzada por el hecho de que la pérdida de peso conlleve en muchos casos la normalización de los valores de TSH⁽¹⁰⁾.

Elevación de TSH con disfunción tiroidea

Después de revisar las causas de elevación de TSH sin disfunción tiroidea, puede entenderse que solicitar TSH en situaciones de bajo índice de sospecha de patología tiroidea nos puede llevar a malinterpretar las pruebas e iniciar investigaciones innecesarias. Pasamos ahora a revisar las situaciones en las que sí implica una disfunción tiroidea.

Tiroiditis autoinmune

Es una de las principales causas de hipotiroidismo subclínico, especialmente en niños mayores. La presentación

de la enfermedad tiroidea autoinmune es variable, desde el eutiroidismo e hipotiroidismo subclínico a hipotiroidismo franco o hipertiroidismo (menos frecuentes las dos últimas). Los pacientes con determinadas condiciones genéticas, como el síndrome de Down o Turner y los niños con otras enfermedades autoinmunes son más susceptibles a padecer una enfermedad tiroidea autoinmune.

Origen genético (mutaciones TSHR, otros)

Debemos sospechar el origen genético en casos de hipotiroidismo subclínico con anticuerpos frente a antígenos tiroideos negativos y antecedentes familiares de hipotiroidismo subclínico⁽⁹⁾. Los principales implicados hasta ahora son:

- Mutaciones en el gen del receptor de TSH: se ha documentado mutaciones de pérdida de función en heterocigosis en niños con hipotiroidismo subclínico no autoinmune^(11,12). El espectro clínico de la disfunción tiroidea en estos pacientes es muy amplio, desde formas graves de hipotiroidismo congénito a elevaciones leves de TSH.
- Defectos en el gen que codifica la subunidad α de la proteína G, implicada en la transmisión de la señal de varios receptores hormonales, entre ellos el de la TSH y responsable del pseudohipoparatiroidismo Ia.
- Mutaciones en el gen que codifica DUOX2: las mutaciones en este gen se han asociado a hipotiroidismo congénito, desde formas leves con hipotiroidismo subclínico persistente hasta formas graves y también transitorias⁽¹³⁾.

Anomalías leves del desarrollo

Se ha descrito una mayor incidencia de alteraciones morfológicas menores en pacientes con hipotiroidismo subclínico persistente en primeros años de vida⁽¹⁴⁾, por lo que algunos autores recomiendan la realización de pruebas de imagen, principalmente ecografía en los menores de 3 años.

Defecto de yodo

La deficiencia crónica de yodo se asocia a trastornos tiroideos, principalmente bocio e hipotiroidismo, pero también se ha descrito una mayor incidencia transitoria de hipotiroidismo subclínico cuando una población con un aporte deficiente de yodo pasa a tener un aporte adecuado de yodo⁽¹⁵⁾.

Exposición a radiación ionizante

Tanto la exposición terapéutica como ambiental a radiación ionizante aumenta la incidencia de hipotiroidismo subclínico, con mayor riesgo a menor edad del niño, pudiendo manifestarse hasta varios años después de la exposición⁽¹⁶⁾.

Fármacos

Diferentes fármacos pueden inducir hipotiroidismo subclínico en niños, a través de diferentes mecanismos y en ocasiones no llega a ser completamente conocidos. Entre los más conocidos se encuentran aquellos fármacos que contienen yodo, como la amiodarona o los contrastes radiológicos. En el caso del interferón α la disfunción tiroidea se ha relacionado con una desregulación de la inmunidad con producción de anticuerpos antitiroideos y también a través de un efecto tóxico directo sobre las células tiroideas. En el caso de los fármacos antiepilépticos (fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, ácido valproico) el mecanismo no está tan claro, se ha relaciona con un aclaramiento acelerado de las hormonas tiroideas, así como una interferencia en la secreción hipofisaria de TSH⁽⁹⁾.

Idiopático

Cuando no puede establecerse la causa del hipotiroidismo se considera idiopático. Hoy en día el hipotiroidismo subclínico idiopático forma el grupo más numeroso junto el de origen autoinmune.

RIESGO DE EVOLUCIÓN A HIPOTIROIDISMO FRANCO

La historia natural del hipotiroidismo subclínico dependerá de la etiología. En una serie de 92 niños con hipotiroidismo subclínico idiopático con seguimiento durante 5 años, el 41,3% de los pacientes normalizaban la TSH, el 46,7% mantenían valores de TSH estables (entre 5 y 10 mU/L) y solo un 12% presentaban empeoramiento en los valores de TSH⁽¹⁷⁾. Cuando el origen es autoinmune, se ha descrito peor pronóstico, evolucionando a hipotiroidismo entre el 20 y el 50% de los casos^(1,18,19). En estos pacientes el riesgo de empeoramiento de la función tiroidea se ha relacionado con la presencia de enfermedad celíaca, valores de anticuerpos frente a la peroxidasa tiroidea más elevados y cifras más elevadas de TSH al diagnóstico, así como a la elevación de la TSH durante el seguimiento.

En cuanto al origen genético, los defectos en heterocigosis en el gen del receptor de TSH el hipotiroidismo subclínico permanece estable en tiempo, sin presentar alteraciones en el crecimiento ni el desarrollo neurocognitivo^(11,12). En el caso de los defectos de DUOX2, dado que la expresión clínica varía ampliamente entre individuos, incluso con la misma mutación y a lo largo del tiempo, podría tanto normalizarse como evolucionar a hipotiroidismo, por lo que se recomienda la reevaluación periódica de estos pacientes⁽²⁰⁾.

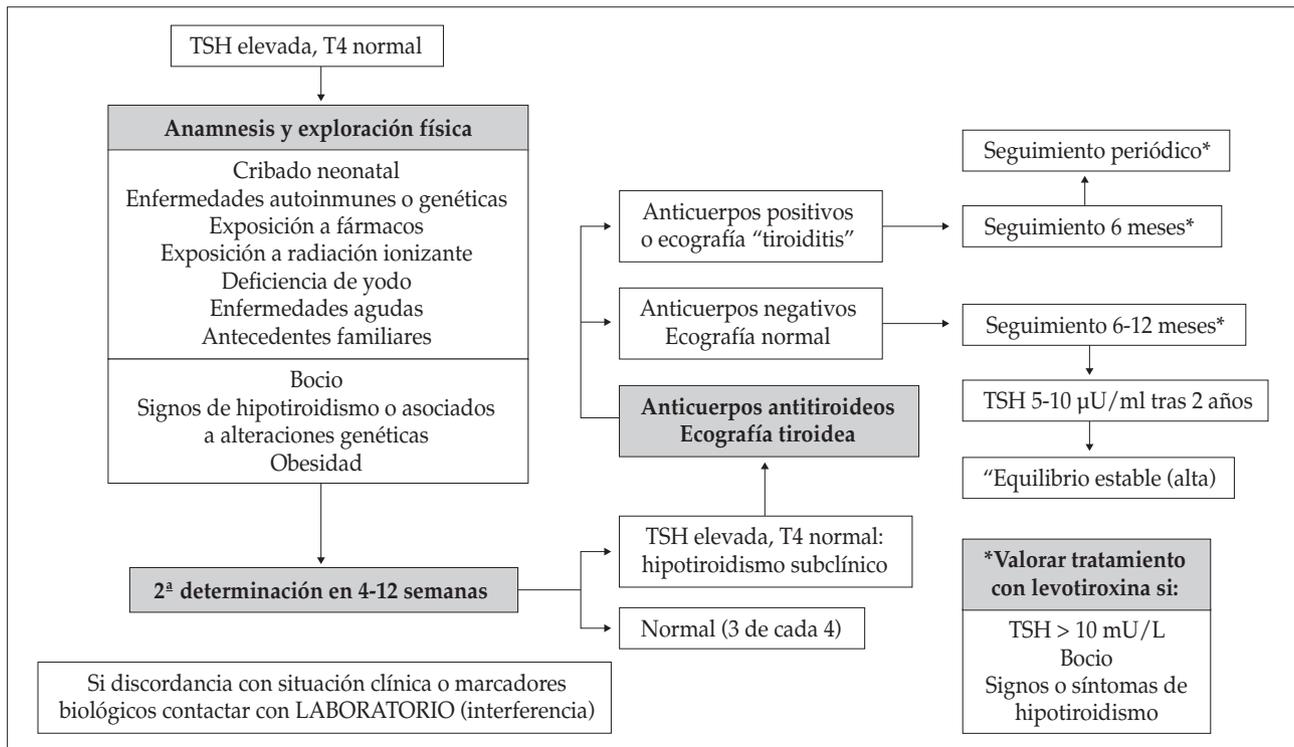


Figura 2. Algoritmo de diagnóstico y seguimiento del hipotiroidismo subclínico.

CONSECUENCIAS DEL HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN LOS NIÑOS

No se han descrito diferencias en el crecimiento, la maduración ósea ni el índice de masa corporal en niños con hipotiroidismo subclínico^(17,21). Tampoco se han descrito diferencias en el desarrollo neurocognitivo, aunque en este caso no disponemos de estudios en niños menores de 3 años, periodo de desarrollo fundamental para el desarrollo cerebral⁽²¹⁾. Algunos estudios transversales han demostrado alteraciones proaterogénicas sutiles en niños con HS como por ejemplo el índice cintura/cadera, el ratio triglicéridos/colesterol HDL, el índice aterogénico, los niveles de homocisteína o el grosor íntima-media carotídeo^(22,23), pero existe controversia sobre si realmente estos niños tienen un riesgo aumentado de enfermedad cardiovascular en la edad adulta. Por otro lado, aunque el tratamiento con levotiroxina puede tener algún efecto beneficioso, no está claro el impacto que puede tener a largo plazo.

DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO

El manejo del hipotiroidismo subclínico en niños es motivo de controversia. Ante todo paciente con elevación

de aislada de TSH el primer paso será realizar una segunda determinación transcurridas 4-12 semanas, para confirmar que se trate de una elevación persistente. En caso de confirmarse, se recomienda realizar estudio etiológico, que incluya una historia clínica detallada preguntando sobre presencia de hipotiroidismo en periodo neonatal, enfermedades autoinmunes o genéticas asociadas, fármacos, exposición a radiación ionizante o antecedentes familiares. En la exploración física se buscarán signos de hipotiroidismo así como rasgos físicos sugestivos de condiciones genéticas específicas. Entre las exploraciones complementarias a todos los pacientes se les deberá determinar anticuerpos antitiroideos y ecografía tiroidea⁽⁹⁾. En función de la sospecha clínica pueden estar indicadas otras pruebas como estudio genético o determinación de otros valores hormonales (ante la sospecha de pseudohipoparatiroidismo Ia).

El seguimiento posterior dependerá de la etiología y los niveles de TSH. La decisión de iniciar tratamiento con levotiroxina deberá plantearse en todos los niños con síntomas y signos de hipotiroidismo, bocio o riesgo de progresión a hipotiroidismo franco (generalmente se considera con TSH > 10 mU/ml). Si se identifica una etiología concreta, como por ejemplo una deficiencia de yodo el tratamiento se hará en función del diagnóstico (en ese caso suplemento de yodo).

En los niños no tratados se recomienda control de la función tiroidea cada 6 meses y determinar anticuerpos y ecografía cada 1-2 años⁽⁹⁾, especialmente en casos de otras enfermedades autoinmunes o cromosomopatías. En el caso del hipotiroidismo subclínico idiopático, si los niveles de TSH permanecen estables después de 2 años de seguimiento, puede suspenderse el seguimiento periódico, teniendo en cuenta que habrá que considerar realizar alguna reevaluación posterior, como en la adolescencia o el embarazo.

CONCLUSIONES

El hipotiroidismo subclínico es una condición benigna, la mayoría de las veces autolimitada y con riesgo bajo de progresar hacia un hipotiroidismo franco. Ante el hallazgo de una TSH elevada en un niño asintomático, el primer paso es plantearse si realmente nos encontramos ante una disfunción tiroidea o no. No está indicada la determinación rutinaria de TSH en población sana ni durante enfermedades agudas si no hay sospecha clínica de hipotiroidismo, ya que la determinación cuando bajo índice de sospecha, implica un riesgo de malinterpretación e iniciar investigaciones y tratamientos no necesarios.

El pronóstico a largo plazo es peor en las formas con TSH más elevadas al diagnóstico (> 10 mU/L) y en las de origen autoinmune, especialmente si hay otros factores asociados, como la presencia de bocio o cromosomopatías. Es en estos casos en los que se deberá plantear tratamiento con levotiroxina, así como en aquellos casos que presenten bocio u otros signos o síntomas de hipotiroidismo. No hay evidencia de que el hipotiroidismo subclínico afecte al crecimiento ni al desarrollo cognitivo, pero algunos autores han demostrado alteraciones proaterógenas sutiles en esos niños y se ha sugerido que podrían mejorar con el tratamiento con levotiroxina. No obstante, estos hallazgos a día de hoy no justifican el tratamiento generalizado de los niños con hipotiroidismo subclínico y debe valorarse de forma individual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lazarus J, Brown RS, Daumerie C, Hubalewska-Dydejczyk A, Negro R, Vaidya B. 2014 European Thyroid Association Guidelines for the Management of Subclinical Hypothyroidism in Pregnancy and in Children. *Eur Thyroid J*. 2014; 3: 76-94.
2. Lazar L, Frumkin RBD, Battat E, Lebenthal Y, Phillip M, Meyrovitch J. Natural History of Thyroid Function Tests Over 5 Years in a Large Pediatric Cohort. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009; 94: 1678-82.

3. Pérez Pérez A, Martínez-Villanueva Fernández J, Martos-Moreno GA, Argente J. Natural History of Isolated Increased Thyrotropin (TSH) Levels in Childhood. *An Pediatr (Barc)*. 2014; 80: 90-1.
4. Önsesveren I, Barjaktarovic M, de Rijke YB, Jaddoe VWV, Van Santen HM, Visser TJ, et al. Childhood Thyroid Function Reference Ranges and Determinants: A Literature Overview and a Prospective Cohort Study. *Thyroid*. 2017; 27: 1360-9.
5. Hollowell JG, Staehling NW, Flanders WD, Hannon WH, Gunter EW, Spencer CA, et al. Serum TSH, T4, and Thyroid Antibodies in the United States Population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III). *J Clin Endocrinol Metab*. 2002; 87: 489-99.
6. Medici M, Visser TJ, Peeters RP. Genetics of thyroid function. *Best Pract. Clin Endocrinol Metab*. 2017; 31: 129-42.
7. Rose SG, Nisula BC. Circadian Variation of Thyrotropin in Childhood. *J Clin Endocrinol Metab*. 1989; 68: 1086-90.
8. Favresse J, Burlacu MC, Maiter D, Gruson D. Interferences with Thyroid Function Immunoassays: Clinical Implications and detection Algorithm. *Endocrine Review*. 2018; 39: 830-50.
9. Salerno M, Capalbo D, Cerbone M, De Luca F. Subclinical Hypothyroidism in Childhood - Current Knowledge and Open Issues. *Nat Rev Endocrinol*. 2016; 12: 734-46.
10. Reinehr T, de Sousa G, Andler W. Hyperthyrotropinemia in obese children is reversible after weight loss and is not related to lipids. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006; 91: 3088-91.
11. Tenenbaum-Rakover Y, Almashanu S, Hess O, Admoni O, Hag-Dahood Mahameed A, Schwartz N, et al. Long-term outcome of loss-of-function mutations in thyrotropin receptor gene. *Thyroid* 2015; 25:292-9.
12. Vigone MC, Di Frenna M, Guizzardi F, Gelmini G, de Filippis T, Mora S, et al. Mild TSH resistance: Clinical and hormonal features in childhood and adulthood. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2017; 87: 587-96.
13. Moreno JC, Visser TJ. New Phenotypes in Thyroid Dysmorphogenesis: Hypothyroidism Due to DUOX2 Mutations. *Endocr Dev*. 2007; 10: 99-117.
14. Leornardi D, Polizzotti N, Carta A, Gelsomino R, Sava L, Vigneri R, Calaciura F. Longitudinal study of thyroid function in children with mild hyperthyrotropinemia at neonatal screening for Congenital Hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008; 93: 2679-85.
15. Zimmermann MB, Boelaert K. Iodine deficiency and thyroid disorders. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015; 3: 286-95.
16. Ostroumova E, Brenner A, Oliynyk V, McConnell R, Robbins J, Terekhova G, et al. Subclinical hypothyroidism after radioiodine exposure: Ukrainian-American cohort study of thyroid cancer and other thyroid diseases after the Chernobyl accident (1998-2000). *Environ Health Perspect*. 2009; 117: 745-50.
17. Wasniewska M, Salerno M, Cassio A, Corrias A, Aversa T, Zirilli G, et al. Prospective Evaluation of the Natural Course of Idiopathic Subclinical Hypothyroidism in Childhood and Adolescence. *Eur J Endocrinol*. 2009; 160: 417-21.

18. Radetti R, Maselli M, Buzi F, Corrias A, Mussa A, Cambiaso P, et al. The Natural History of the Normal/Mild Elevated TSH Serum Levels in Children and Adolescents With Hashimoto's Thyroiditis and Isolated Hyperthyrotropinaemia: A 3-year Follow-Up. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2012; 76: 394-8.
19. Aversa T, Valenzise M, Corrias A, Salerno M, De Luca F, Mussa A, et al. Underlying Hashimoto's thyroiditis negatively affects the evolution of subclinical hypothyroidism in children irrespective of other concomitant risk factors. *Thyroid*. 2015; 25: 183-7.
20. Dufort G, Larrivière-Vanier S, Eugène D, De Deken X, Seebauer B, Heinemann K, et al. Wide Spectrum of DUOX2 Deficiency: From Life-Threatening Compressive Goiter in Infancy to Life-long Euthyroidism. *Thyroid*. 2019; 29: 1018-22.
21. Cerbone M, Bravaccio C, Capalbo D, Polizzi M, Wasniewska M, Cioffi D, et al. Linear growth and intellectual outcome in children with long-term idiopathic subclinical hypothyroidism. *Eur J Endocrinol*. 2011; 164: 591-7.
22. Cerbone M, Capalbo D, Wasniewska M, Mattace Raso G, Alfano S, Meli R, et al. Cardiovascular risk factors in children with long-standing untreated idiopathic subclinical hypothyroidism. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014; 99: 2697-703.
23. Unal E, Akın A, Yıldırım R, Demir V, Yıldız I, Haspolat YK. Association of Subclinical Hypothyroidism with Dyslipidemia and Increased Carotid Intima-Media Thickness in Children. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2017; 9: 144-9.

Mesa Redonda: Novedades en Endocrinología Infantil

Diversidad de género en la infancia y la adolescencia: una mirada ética

I. DEL RÍO PASTORIZA

Pediatra. Centro de Salud Arcade. Pontevedra.

EL CONTEXTO

La diversidad de género es un tema apasionante sobre el que los profesionales que trabajamos con menores deberíamos contar con una formación mínima. La meta sería evitar generar sufrimiento, en caso de que nuestro acompañamiento fuese inadecuado. Es un reto que merece la pena.

La mirada ética, que presenta la diversidad de género como una riqueza humana, podría convertirse en una herramienta de protección para esos menores ante la potencial transfobia, que puede llevar al maltrato en el contexto familiar o escolar. De ahí el empeño en difundir esa mirada, no solo con interés en el ámbito profesional, sino también social, como oportunidad para intentar evitar la exclusión que se puede generar.

APRENDIENDO CON LOS EXPERTOS

De las oportunidades de aprendizaje con los expertos en el tema, destacar las intervenciones en el curso **Identidad de género en la infancia y la adolescencia** (Barcelona, julio de 2017), organizado por el CUIMP-Centre Ernest Lluch, de carácter multidisciplinar, con asistencia masiva.

Begoña Román, profesora de Filosofía de la Universidad de Barcelona, experta en Bioética, muestra una propuesta desde la Ética aplicada: habla de la deferencia, del respeto a la diferencia. A dejar abierto a ser lo que el menor sea,

cuando quiera, y garantizar siempre la aceptación. Evitando los extremos: tanto el tradicional (“se le pasará”), como la precipitación (“solucionitis”: encasillar, encajar rápidamente). Propone un cambio de mirada, de paradigma. Nos alerta de que hemos de ser críticos con las evidencias, porque aportan un diagnóstico cerrado, y en este caso nos encontramos con un tema muy complejo, que precisa de un abordaje amplio y de reflexiones profundas.

Se refiere a la persona como proyecto que se vive subjetiva y socialmente, intersubjetivamente, de la importancia de cómo nos reciben los demás, de nuestra identidad narrativa. Nos recuerda las obligaciones universales y necesarias, de dignidad y respeto. Habla de que, en la lucha de las personas por el reconocimiento, por forjar su identidad, por narrar su propia biografía, los menores precisan de autoconfianza, auto-respeto y autoestima. Para lograr esa autoconfianza es preciso el amor incondicional de la familia; para alcanzar el auto-respeto, han de sentir que se han respetado sus derechos; y para conseguir desarrollar su autoestima, necesitan ser valorados por sus capacidades. En caso de que esto falle, pueden aparecer violencia y sufrimiento. De ahí el importante papel del amor incondicional de la familia o, en su defecto, de la comunidad solidaria.

Nos recuerda también que los menores a veces no cuentan con lenguaje para narrar su propia historia, y que no se les puede dejar solos, que necesitan de ayuda desde los entornos familiar, educativo y político. Afirma rotundamente que “no es su causa sino la causa de todos”.

Realiza una propuesta desde la Ética aplicada: las familias como primer nivel de reconocimiento. Se refiere a varios modelos de familia: las que no hacen caso, que lo consideran tabú; las que escuchan, pero para hacer cambiar de opinión (“metamorfosis”); y aquellas que dotan de recursos, de acompañamiento (algunas un tiempo y otras que lo harán siempre). Dado el importante trabajo realizado desde hace unos años por las asociaciones de familias, es esperable que mejore el porcentaje de este último modelo, propuesto como el más adecuado para el desarrollo de la libre personalidad del menor.

Se refiere al derecho a la acogida por cada idiosincrasia: “eres tú en tu especificidad, te respeto en tu diferencia”. Nos recuerda que la identidad es un proceso que dura toda la vida, lo decide la propia persona, se vive intersubjetivamente, y no tiene por qué ser binaria. Que es preciso evitar el estigma y reducir la persona a ser o no ser trans, en ese proceso de deferencia a la diferencia personal. La idea central sería intentar disminuir el sufrimiento que puede generar la búsqueda.

Finaliza recordando el papel de la Ética dentro de la búsqueda de la “vida buena”, que lo ideal es que sea acompañada y centrada en la persona. Nos recuerda a los profesionales que no debemos improvisar, que esto nos ha de coger “pensados y organizados” para que nos puedan ver como ayuda y que “nadie tiene derecho a expropiarles sus vidas” a nuestros menores trans.

En dicha jornada, uno de los organizadores del evento, Sabel Gabaldón, psiquiatra infantil en el Hospital San Joan de Déu, se refirió a su trabajo “La transexualidad medicalizada: una mirada ética”⁽¹⁾.

Destacar su referencia a la existencia de obstáculos sociales para el desarrollo de derechos fundamentales, al concepto de salud de la OMS (como bienestar bio-psico-social) y, en especial, al enfoque sobre los posibles tratamientos: hasta donde uno quiera (como necesidad sentida); de forma libre, autónoma; con capacidad para analizar, decidir y comprender; garantizando el compromiso; personalizando; midiendo consecuencias.

Propone la valoración psicológica para ayudar a explorar consecuencias, como asesoramiento, de modo opcional, enfocada a tratar el posible malestar, individualizando las necesidades. Con una actitud prudente de escucha (no de miedo o inacción), y un seguimiento riguroso, tanto del menor como de su familia.

Considera que la transición puede necesitar apoyo psicológico y que tendría beneficios potenciales. Que los retrasos en los tratamientos pueden potenciar el malestar, el estigma. Nos recuerda la máxima: *lo metodológicamente*

incorrecto no es éticamente aceptable, de ahí la necesidad de contar con formación. La situación de orfandad terapéutica, que hace necesaria la investigación clínica, ética, de calidad.

Remarca que lo urgente es la intervención en los distintos niveles: educativo, legislativo y sanitario, contra el rechazo; la creación de espacios de seguridad para explorar; y la necesidad de evitar las exclusiones incluyentes (falsas tolerancias). Señala que la diversidad de género ayuda a cuestionar la normatividad social, que el respeto a lo trans no se limita a tolerar o cambiar las leyes, sino que reconoce un **valor positivo** en esa diversidad.

Además, Lucas Platero, persona referente en el activismo trans, se refiere a las **intervenciones educativas**. Analiza el tema en profundidad en su libro *TRANS*exualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*⁽²⁾. Menciona que las personas trans cuentan con experiencias amplias, distintas, que se alejaban de normas impuestas. Que no es necesario ningún diagnóstico, sino que lo único preciso es generar espacios amigables. Se refiere al hecho de que quien decide la identidad es solo la propia persona, en un proceso íntimo de construcción. Que a las personas trans solo se las concibe por los “hitos”, pero que “son muchas más cosas que trans”. Y que es preciso respetar los tiempos que necesita para sí mismo cada menor.

Ofrece una invitación a estudiar, a leer cosas de la vida cotidiana, para “aprovechar el asombro que nos disloque de nuestro lugar de confort”. Recuerda que en los procesos de acompañamiento es preciso generar un vocabulario positivo y trabajar con las familias. Solicita mayor sensibilidad para personas que son cuestionadas continuamente, en vez de preguntar si están bien, para intentar, si es posible, lograr un entorno mejor para todas las personas.

En la Jornada *La construcción de la identidad de género. Menores y disforia de género*, de la Cátedra Santander de Derecho y Menores, de la Universidad de Comillas (Madrid, octubre de 2016), la profesora Carmen Massé se refiere a la responsabilidad ética en contextos de vulnerabilidad.

Menciona el enfoque ético desde la ética de mínimos, que se centraría en no dañar, mientras que la de máximos añadiría el aliviar, el permitir el libre desarrollo de la personalidad o el evitar daños. La necesidad de individualizar necesidades, apelando siempre a la prudencia responsable, y animando a cuestionar el discurso social porque tenemos la “obligación de construir una sociedad con individuos con una vida plenamente humana”. Que no debemos interferir sino proteger, tanto la integridad física como la psíquica, respetando y promoviendo la autonomía, ayudando

a superar obstáculos para comprender, desarrollando capacidades en un contexto de solidaridad e integración social. Propone llegar a comprender sin juzgar, y menciona la posibilidad de múltiples transexualidades, dado que no existe un modelo único, sino tantos como personas trans.

De las personas referentes en el **activismo por la despatologización a nivel internacional**, destacar a Amets Suess, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, que participa en el movimiento STOP TRANS PATHOLOGIZATION. En resumen, la propuesta del enfoque se refiere a: la argumentación desde una perspectiva de Derechos Humanos, basada en el enfoque de salud de la OMS; la necesidad de inclusión como categoría no patologizante, relacionada con la atención sanitaria trans-específica en la CIE; y el desarrollo de estrategias contexto específicas.

Dentro de esa visión de despatologización se entiende el seguimiento psicológico como acompañamiento, apoyo, nunca como evaluación, y siempre de modo voluntario⁽³⁾.

Desde 2019 se encuentra clasificado dentro de la CIE 11, en su capítulo 17, de *Condiciones relacionadas con la salud sexual*, como **Discordancia de género**:

- HA60 Discordancia de género en la adolescencia o adultez.
- HA61 Discordancia de género en la infancia.
- HA6Z Discordancia de género, sin especificación.

Susan Stryker, profesora universitaria estadounidense, activista trans, afirma rotundamente que: *El respeto a las personas trans* no consiste en «tolerar» las expresiones no convencionales de género; no solo hay que cambiar las leyes para prohibir la discriminación, sino que forma parte de un «imperativo ético» más amplio que supone reconocer un valor positivo en la diversidad. Es decir, el respeto depende de un reconocimiento del valor de «lo otro», de lo distinto a uno (2013).*

De la **Jornada sobre Enfoques actuales de la Transexualidad en la infancia y la adolescencia** (Madrid, UNED, julio de 2016), destacar la intervención de Javier González de Dios, pediatra del Hospital Universitario de Alicante, experto en Pediatría y Cine, con unos mensajes muy claros para los profesionales: la necesidad de velar con ciencia y conciencia, de individualizar necesidades, la propuesta de prescribir películas (cine transgénero), y todo ello con la intención de *“mejorar el abrazo a la diversidad humana para luchar contra la ignorancia”*. Se refiere a las 5C en transexualidad: Ciencia, Conciencia, Calidad, Color y Calor. Y añade mensajes claros como el NO a la transfobia, el NO al cuerpo inadecuado, el que NO es imprescindible el rechazo a los genitales, y que

lo sí existe es una mentalidad social equivocada, llena de prejuicios.

RECOMENDACIONES PARA LOS PROFESIONALES

El papel del pediatra de AP en la promoción, la protección y el acompañamiento de los menores en el ámbito sanitario, en el caso de menores trans lleva a actuar como asesores de salud, puesto que no se trata de atender a personas con ninguna patología. Este es el enfoque de una publicación de la AEP sobre diversidad de género en la infancia y la adolescencia (*Posicionamiento Técnico de la Asociación Española de Pediatría en relación con la diversidad de género en la infancia y la adolescencia: mirada ética y jurídica desde una perspectiva multidisciplinar*)⁽⁴⁾.

La intención del documento, elaborado por un grupo multidisciplinar, es transmitir a los profesionales que trabajan con menores trans, la importancia de contar con unos conocimientos mínimos para poder realizar acompañamientos adecuados, en caso de que sean necesarios, con una visión transpositiva. Y más allá, como mensaje global, en un intento de evidenciar que la Ética nos recuerda la necesidad de respeto a la diversidad de género como derecho humano fundamental, pero que, además, se considera un **imperativo ético el reconocimiento de un valor positivo en esa diversidad**. De ahí que sea preciso impulsar un cambio de mirada social para lograr llegar a verlo como una riqueza humana más.

La recomendación para los pediatras de Atención Primaria sería que, además de contar con esa formación básica, han de conocer la información de sus recursos locales, tanto de las asociaciones de familias como de los grupos de pares para adolescentes. Es preciso individualizar, valorando las necesidades específicas y los diversos contextos. Intentando actuar siempre con prudencia, más aún si tenemos en cuenta las incertidumbres con las que nos hemos de manejar. Se exige rigor científico, de ahí la formación mínima que se precisa, y responsabilidad, lo que nos lleva a medir las consecuencias de nuestras decisiones, consensuadas en lo posible con el menor y su familia.

Hemos de entender al menor no solo como sujeto de protección sino también de derechos. Con capacidad para tomar decisiones sobre su propia salud, de modo proporcional a su competencia y la gravedad de las mismas. Entendemos por competencia, la madurez suficiente para tomar decisiones basadas en juicios internos y de actuar de acuerdo con ellos, de sus creencias, de su plan vital. Por tanto, se entiende que,

a mayor gravedad, se precisará de una mayor competencia, como podemos ver reflejado en la escala móvil de Drane⁽⁵⁾, que será una posible guía para este proceso. Hemos de considerar que cuanto más graves, más irreversibles o mayor impacto emocional, precisaremos de más tiempo, serenidad, conocimiento y prudencia para dicha toma de decisiones consensuadas.

El concepto que ha de guiarnos será siempre el del **interés superior del menor**, concepto ético y legal, explicitado en la Ley 26/2015 de 28 julio de 2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia (Art. 2), que se refiere, por un lado, a criterios generales: necesidades básicas; entorno familiar adecuado y libre de violencia; pero también hace mención explícita a nuestro deber de atender a los deseos, sentimientos y opiniones del menor; y por otro, a los elementos a ponderar, como la edad y madurez, la garantía de igualdad y no discriminación (en contextos de vulnerabilidad), o la estabilidad de las soluciones.

El mensaje a los profesionales se traduciría en un intento de desmedicalizar la vida de los menores trans, escuchando sus necesidades particulares y evitando sufrimiento innecesario. Recordar la importancia de que se use en las consultas tanto el sexo sentido como el nombre elegido.

El pediatra no ha de influir en el menor: ni prohibir ni animar a que se exprese (potenciando la creación de “espacios de seguridad” para explorar). Realizar un acompañamiento positivo, informando con lenguaje claro y comprensible, adaptado a los menores y sus familias, tranquilizando, practicando una escucha activa. Considerar el papel dentro del empoderamiento de los menores, entendido como acompañamiento para que desarrollen sus capacidades propias, por sí mismos.

Importante la coordinación entre Atención Primaria y especializada en cuanto al seguimiento, la petición de estudios, la promoción de hábitos de vida saludables, con la posibilidad de derivación a la consulta de Endocrinología Pediátrica cuando el menor lo desee (se puede demorar hasta el desarrollo puberal estable porque antes no se van a tomar decisiones activas). Ante disforia intensa, angustia del menor o su familia, o psicopatología asociada, valorar derivar a la Unidad de Salud Mental o a los expertos de referencia.

En caso de detección en la familia de falta de respeto a la identidad de género del menor, hemos de considerar la posible situación de **maltrato**. Nuestra obligación como profesionales de velar por el interés superior del menor, nos lleva a poner en marcha los posibles protocolos de protección de menores. Se intentará mediación a través

del contacto con los servicios sociales, o recurriendo a los comités de ética asistencial, previa a la judicialización del caso, que se pondrá en marcha si no se soluciona o se considera que el menor está en riesgo. Existen protocolos para la vigilancia y atención del posible acoso en el contexto escolar.

Se ha de caminar hacia el acceso equitativo en el SNS, intentado ofrecer una asistencia integral a los menores trans. Se precisa de un marco normativo común en las CCAA que ayude a la protección de los derechos de los menores, en la lucha contra la discriminación, los abusos o el rechazo. Son precisas campañas de información que hablen del respeto a la diversidad, a la diferencia.

La diversidad de género, dentro de la diversidad sexual, como otras diversidades (cultural, funcional...), exigen el respeto como derecho humano fundamental, pero la mirada ética habla de considerarlo una riqueza humana, con valor positivo. La capacidad de aprendizaje conjunto, mutuo, con los protagonistas y sus familias, es sin duda un privilegio para las personas que trabajamos en este contexto de diversidad.

Es fundamental escuchar a los protagonistas para caminar hacia una sociedad con una mirada más abierta:

“El enfoque para mí no debería centrarse en el derecho al propio cuerpo en el sentido de modificarlo sino en la libertad de vivir el propio cuerpo sin malestares ni violencias, sin presiones que derrumban nuestra autoestima”.

(Miquel Misse, A la conquista del cuerpo equivocado)⁽⁶⁾.

Finalizar con una petición de un joven trans, hijo de una compañera pediatra, que merece la pena recordar:

“Escuchar a las distintas personas trans comprometiéndonos a darles voz, sin poner ninguna de sus realidades en duda”.

(Alejandro Sánchez, Madrid, octubre de 2018).

Es nuestra responsabilidad *“re-dibujar el género”* para intentar evitar la exclusión que puede generar. Con la mirada ética planteada como factor de protección, podemos comenzar a caminar en tan necesaria y hermosa tarea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gabaldón S. La transexualidad medicalizada: una mirada ética. *Bioética & Debat.* 2016; 22(79): 3-8.
2. Platero L. *TRANS*exualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos.* 2ª ed. Barcelona: Bellaterra; 2014.
3. Cabral M, Suess A, Ehrt J, Seehole TJ, Wong J. Removal of gender incongruence of childhood diagnostic category: a human rights perspective. *Lancet Psychiatry.* 2016; 3(5): 405-6.

4. Riaño Galán I, Del Río Pastoriza I, Chueca Guindulain M, Gabaldón Fraile S, de Montalvo Jááskeläinen F. Posicionamiento Técnico de la Asociación Española de Pediatría en relación con la diversidad de género en la infancia y la adolescencia: mirada ética y jurídica desde una perspectiva multidisciplinar. *An Pediatr (Barc)*. 2018; 89(2): 123.e1-6.
5. Drane JF. Las múltiples caras de la competencia. A mayor riesgo, criterios más estrictos. En: Couceiro A, ed. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela; 1999. p. 163-76.
6. Missé M. *A la conquista del cuerpo equivocado*. 2ª ed. Barcelona-Madrid: Egales; 2018.

Comunicaciones Orales

Viernes 15 de noviembre - Sala 4

Moderadores: Juan Mayordomo Colunga y Ana Vivanco

MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS. *Carreras Ugarte L, Vivanco Allende A, Miguélez González A, Moriyón Martí C, Rey Galán C. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Analizar la evaluación y el tratamiento del dolor en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Material y métodos. Estudio prospectivo, observacional y descriptivo. Durante 3 meses, se recogieron datos demográficos, clínicos (enfermedad de base y necesidad o no de cirugía), escalas del dolor y fármacos empleados para su tratamiento.

Resultados. Se incluyeron 103 pacientes, con una mediana de edad de 22 meses. La principal causa de ingreso fue la patología respiratoria (60,2%, de los cuales la mitad precisó ventilación mecánica invasiva o no invasiva), seguida de la patología quirúrgica (29,1%, siendo la más frecuente la cirugía abdominal). La escala multidimensional fue la más utilizada para medir el dolor (70,9%). La media de las puntuaciones máximas obtenidas en las escalas fue de 3,34 sobre 10 puntos (dolor moderado), siendo mayor en el grupo de pacientes quirúrgicos que en los no quirúrgicos: 4,10 frente a 3,03 ($p=0,025$). Los fármacos analgésicos más frecuentemente empleados fueron paracetamol (59,2%) y metamizol (46,6%), y el sedante más utilizado midazolam (27,2%).

Conclusiones. La escala para medir el dolor más frecuentemente utilizada es la multidimensional, que debe utilizarse por debajo de los 3 años de edad. Se debe intensificar la evaluación y tratamiento del dolor en los pacientes postquirúrgicos. Los fármacos utilizados con mayor frecuencia concuerdan con las recomendaciones habituales sobre el tratamiento del dolor en pediatría.

SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. *Carreras Ugarte L, Vivanco Allende A, Gonzalo Costales P, Rubio Granda A, Suárez Marcos N, Rey Galán C. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Analizar los fármacos más utilizados para sedoanalgesia en procedimientos realizados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), medir su efectividad (nivel de sedación alcanzado), los principales efectos secundarios y la satisfacción de los profesionales y de los padres y/o pacientes (escala de 1 a 4).

Material y métodos. Estudio prospectivo, observacional y descriptivo. Se recogieron datos epidemiológicos y clínicos, fármaco/s utilizado/s, nivel de sedación alcanzado, incidencias o efectos adversos y escalas de satisfacción, de pacientes de 0 a 18 años de edad sometidos a procedimientos que precisaron sedoanalgesia.

Resultados. Se incluyeron 112 pacientes con una edad media de 8,3 años. El fármaco más utilizado fue el propofol (64,3%), seguido de la asociación de ketamina con midazolam (16,1%) y del sevoflurano (12,5%). En el 70,5% de los pacientes se alcanzó un nivel de sedación profunda, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas entre los distintos fármacos. Se registraron efectos adversos en un 51,8% de pacientes, principalmente desaturación, con una frecuencia mayor al emplear propofol ($p<0,05$). La puntuación en la satisfacción fue de 4 en todos los padres encuestados, sin hallarse diferencias significativas en función del procedimiento, fármaco, nivel de sedación o efectos adversos. En el 80% de los profesionales la puntuación fue de 4, siendo 3 en el 20% restante.

Conclusiones. El fármaco más utilizado y con mayor eficacia en valores absolutos es el propofol, aunque se asocia más frecuentemente con efectos adversos. El nivel de sedoanalgesia fue adecuado en el momento de iniciar los procedimientos. El grado de satisfacción es óptimo en la mayor parte de los encuestados, aunque fue registrado en menos de la mitad de los procedimientos.

O-CYL-PRISM: UNA NUEVO SISTEMA DE Puntuación PARA VALORAR LA GRAVEDAD DE NIÑOS SOMETIDOS A TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS QUE REQUIEREN INGRESO EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. *Mosquera Froufe M, Gómez de Quero Masía P, Haro Martínez A, Riesco Riesco S, Mendoza Sánchez MC, González Prieto A, Gómez Díaz M, Domínguez Cendal G. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

Objetivos. Analizar la utilidad del índice de riesgo de mortalidad pediátrico oncológico (O-PRISM) en los pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) en nuestra UCIP y valorar si es posible encontrar un índice pronóstico que tenga una mejor correlación con este tipo de pacientes.

Material y métodos. Revisión de los pacientes sometidos a TPH de 2003 a 2019 que han precisado ingreso en UCIP. Describir en ellos los factores pronósticos, complicaciones, evaluar el (O-PRISM) e intentar encontrar un índice más fiable (O-CyL-PRISM). El análisis estadístico se realizó con "IBM SPSS Statistics" versión 25 y para establecer el

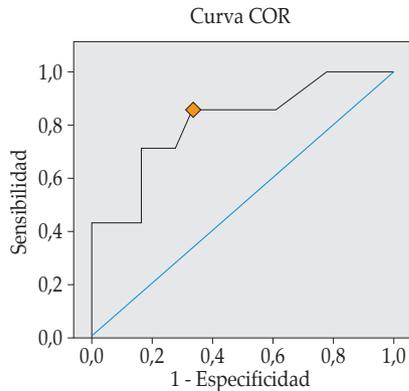


Figura 1.

punto de corte de los sistemas de puntuación se usan las curvas ROC ("Receiver Operating Characteristics").

Resultados. Del total de TPH (77) han precisado ingreso en UCIP 24,67% (19), con un número de ingresos de 24. La mortalidad del TPH de niños que ingresan en UCIP es del 29,17%. El motivo más frecuente es respiratorio (33%). Los factores pronósticos asociados a mortalidad en nuestra serie son la necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI), disfunción multiorgánica y el fallo hemodinámico. El O-PRISM resulta útil con un punto de corte en las curvas ROC de 8,5 y un área bajo la curva de 0,81 (0,611-1,008) (Fig. 1). Nuestro nuevo sistema de puntuación llamado O-CyL-PRISM añade cuatro parámetros: VMI, disfunción multiorgánica, fallo hemodinámico y necesidad de terapia de reemplazo renal. Se encuentra un punto de corte en la curva ROC en 15,5 con una sensibilidad y especificidad mayores, teniendo un área bajo la curva de 0,952 (0,873-1,032) (Fig. 2).

Conclusiones. El O-PRISM es un predictor de mortalidad en los pacientes sometidos a TPH que precisan ingreso en UCIP. Sin embargo, presenta una especificidad y sensibilidad mejorables. O-CyL-PRISM, un nuevo sistema de puntuación ideado en el presente trabajo, mejora significativamente los dos aspectos y podría ser en el futuro un índice de riesgo de mortalidad mucho más fiable.

ANÁLISIS DEL TRANSPORTE SECUNDARIO REALIZADO DESDE UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL. Rodríguez García L¹, Laso Alonso AE², García Aparicio C², González García LG.², Fernández Miaja M², Mata Zubillaga D², Amigo Bello MC². ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital Vital Álvarez Buylla. Asturias.

Objetivos. Describir el transporte secundario que se realiza desde un hospital de primer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo que recoge los traslados secundarios realizados en pacientes de edad pediátrica desde un hospital de primer nivel a lo largo de un periodo de estudio de 29 meses. Se recogieron variables demográficas y clínicas.

Resultados. Se trasladaron 114 pacientes (61,4% varones; 38,4% mujeres), mediana de edad de 3 años (rango intercuartílico -IQR- de 0 a 8,25 años). En el 91,2% de los casos el objetivo del traslado fue terapéutico o de evaluación del paciente, mientras que en el 8,8% se hizo con el fin de realizar pruebas complementarias no disponibles en el hospital de origen. El 66,4% de los traslados se realizó en ambulancia convencional, siendo el restante en UVI móvil. Durante el traslado el 86,7% no necesitó soporte respiratorio (11,5% recibieron oxigenoterapia y 2 pacientes precisaron ventilación mecánica). El motivo de traslado

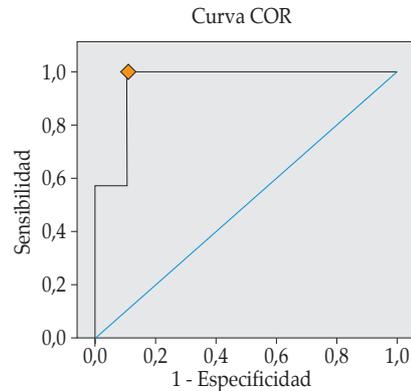


Figura 2.

más frecuente fue la sospecha de abdomen agudo (28,9%), de los que el 60% precisó cirugía. La patología respiratoria fue la segunda causa de traslado (14%), precisando el 76,9% de ellos conexión a ventilación mecánica no invasiva -VNI-. Otras patologías fueron: neonatales (14,1%); quirúrgicas -excluyendo abdomen agudo- (10,5%); neurológicas (6,1%); cuerpo extraño (6,1%) y traumatismo craneoencefálico (6,1%). El 60,2% de los pacientes fue derivado al servicio de urgencias del hospital de referencia, el 18,6% a la unidad de neonatología y el 14,2% a la de cuidados intensivos pediátricos. Solo el 7% de los pacientes se retornó al hospital de origen.

Conclusiones. En nuestra serie de casos las causas más frecuentes de traslado fueron la sospecha de abdomen agudo (el 60% precisaron cirugía), la patología respiratoria (el 76,9% se conectó a VNI) y la neonatal. El 66,4% de los traslados se realizó en ambulancia convencional y sin necesitar soporte respiratorio en un 86,7%.

INTOXICACIONES EN LA URGENCIA DE PEDIATRÍA. RECOGIDA DE DATOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. Buendía de Gueza A, Caldeiro Díaz MJ, Llorente Pelayo S, De Lamo González E, Docio Pérez P, Marlasca San Martín P, Portal Buenaga M. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. En las urgencias pediátricas hospitalarias las intoxicaciones suponen un 0,3% de la patología atendida. Se distinguen principalmente dos grupos de edades: la edad infantil (menores de 5 años) y los adolescentes. Los productos más implicados en las intoxicaciones son los fármacos, seguidos de los productos del hogar, el etanol... En los últimos años ha habido un cambio en la epidemiología de las intoxicaciones, los psicofármacos, como las benzodiazepinas, son el principal fármaco relacionado con las intoxicaciones, mientras que hace años eran los antitérmicos. Así como, se ha visto un aumento del número de intoxicaciones étlicas.

Nuestros datos. Se recogieron los datos de manera retrospectiva de los pacientes atendidos por intoxicación en la urgencia de pediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. desde el 1 de enero 2014 hasta el 1 de septiembre del 2018, atendiendo pacientes hasta los 16 años, con un 57% de mujeres y 43% de varones. Los dos principales motivos de consulta fueron la ingesta de fármacos y las intoxicaciones étlicas. Los fármacos más frecuentes implicados fueron las benzodiazepinas, seguidos de los antitérmicos. Dos tercios de los pacientes presentaban sintomatología en el momento de ser atendidos en la urgencia. Aproximadamente la mitad de los pacientes atendidos precisaron ingreso hospitalario, con una media de ingreso de 1,6 días.

Conclusiones. Los datos obtenidos en nuestro estudio coinciden con los datos de otros estudios obtenidos a nivel nacional. Observamos un aumento del número de intoxicaciones por benzodiazepinas. Al atender pacientes hasta los 16 años atendemos un mayor número de intoxicaciones étlicas, lo cual aumenta nuestro porcentaje de ingresos y pacientes con sintomatología.

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA BUCODENTAL EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA. RECOGIDA DE DATOS EN HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. *Buendía de Guezala A, Caldeiro Díaz MJ, Portal Buenaga M, De Lamo González E, Docio Pérez P, Marlasca San Martín P. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. Según la AEPED 1 de cada 100 de las urgencias atendidas en hospitales de 3er nivel corresponden a patología bucodental, siendo el principal motivo de consulta los traumatismos dentales. Se atiende principalmente a varones, en las edades tempranas de la vida, coincidiendo con los primeros pasos y en la edad escolar.

Nuestros datos. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo donde se han recogido los pacientes atendidos en la urgencia de pediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. entre el 1 de septiembre de 2016 y el 31 de diciembre de 2018, por patología traumática bucodental. Se ha obtenido un total de 175 pacientes hasta los 16 años. La mayoría de los pacientes atendidos fueron varones, el 63% de ellos entre el año y los 5 años de edad. Casi dos tercios de los pacientes fueron atendidos durante el turno de la tarde, con un nivel de triaje de 4-5. De los motivos de consulta el más frecuente fue el traumatismo labial (61%) con predominio la afectación del labio inferior; precisando cierre primario mediante sutura 62% de ellos. Otros motivos de consulta en orden de frecuencia patología dental por traumatismos, las heridas de lengua y las fracturas-luxaciones mandibulares. Solo 2 de los pacientes atendidos precisaron ingreso y solo consta en un 17,7% la derivación para valoración por dentista.

Conclusiones. La patología bucodental y en especial la traumática, es una causa frecuente de consulta en la urgencia pediátrica. En nuestro estudio recogemos datos como la patología traumática en labio y lengua, no incluida en otros estudios epidemiológicos. Al igual que en otros estudios se atienden a más varones y principalmente menores de 5-6 años. Es importante una buena coordinación con el servicio de maxilofacial desde la urgencia, así como, la derivación al dentista de todo paciente con traumatismo bucodental, tanto para atención inmediata como diferida.

ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA SEDOANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS TRAUMATOLÓGICOS DOLOROSOS EN PEDIATRÍA. *Arteta Sáenz E¹, Santamaría Sanz P¹, Gómez Sánchez E¹, Rodríguez Miguélez M¹, García González M¹, Gómez Saez F¹, Hidalgo Bilbao R², López Díez E².* ¹Servicio de Pediatría, ²Servicio de Traumatología. Hospital Universitario de Burgos.

Objetivo. La patología osteoarticular en pediatría requiere en ocasiones técnicas diagnósticas o terapéuticas que generan ansiedad y dolor. Existen protocolos de sedoanalgesia seguros y efectivos para los procedimientos más dolorosos. El objetivo es conocer las características de los procedimientos traumatológicos para los que se ha requerido sedoanalgesia en la unidad de cuidados intensivos, así como la eficacia y seguridad de los mismos.

Material y métodos. Estudio descriptivo y retrospectivo que incluye a los pacientes sometidos a sedoanalgesia profunda para

la realización de procedimientos traumatológicos entre 1/10/2008 y 31/5/2019. Se recogen datos demográficos, procedimiento traumatológico, protocolo de sedoanalgesia, eventos adversos y niveles de analgesia y sedación (escala de Ramsay Hunt modificada por Valdivielso).

Resultados. Se realizaron 103 procedimientos. 12 fueron excluidos por registro incompleto. Edad media 6.07 (rango 0,0054-17 años). 60,5% varones. Los procedimientos fueron: 40,6% retirada de material de osteosíntesis, 30,7% artrocentesis, 17,5% tenotomía aquilea, 7,6% reducción de fractura y 3,2% drenaje de abscesos. El protocolo más utilizado de sedoanalgesia se basa un bolo de fentanilo seguido de perfusión de propofol (96,7%). Por alergia al huevo se empleó midazolam+ ketamina en 1 paciente y kalinix en otros 2. En el 100% de niños se alcanzó un nivel de sedoanalgesia de 3-4. En el 53% fueron precisos bolos adicionales de fentanilo para mantener analgesia deseada. En un 3,3% se registraron complicaciones respiratorias: en 2, apneas con desaturación y en otro estridor. En todos se detuvo la sedación, precisando ventilación con ambú en dos y antídoto en el tercero. En todos los casos se terminó el procedimiento.

Conclusiones. Los protocolos de sedoanalgesia profunda para procedimientos traumatológicos realizados por nuestra unidad han resultado seguros y eficaces. El número de procedimientos con sedoanalgesia profunda realizados requiere otros estudios para conocer la situación real del manejo del dolor en nuestro medio.

INGESTAS E INHALACIONES DE TÓXICOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO. *Goez Sanz C, Castro Rey M, Carranza Ferrer J, Justo Vaquero P, Nieto Sánchez RM, Ortega Vicente E, Izquierdo Herrero E. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos. Conocer las características epidemiológicas de las ingestas e inhalaciones de tóxicos en Urgencias. Describir las sustancias más frecuentemente implicadas y la causa de la ingesta o inhalación. Analizar las pruebas complementarias utilizadas y los tratamientos empleados, incluyendo técnicas de descontaminación.

Material y método y Resultados. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que acudieron por intoxicación o inhalación de tóxicos al servicio de Urgencias durante el periodo de septiembre de 2018 a agosto de 2019. Se registraron 41 consultas por este motivo. La edad media fue de 10,7 años (rango 11 meses-13 años). Un 44% fueron varones y un 56% mujeres. El tiempo medio de desde el contacto con la sustancia hasta la atención fue de 2 horas. Un 53,6% fue de origen medicamentoso, un 24,4% por productos domésticos, un 14,6% por CO o humos y un 7,3% por etanol. 83% fueron ingestas accidentales, 7,3% errores de dosificación o administraciones accidentales por parte de los progenitores y 7,3% ingestas de etanol. Se detectó un intento autolítico. De las ingestas accidentales, la mitad fueron por medicamentos y la otra mitad por productos domésticos. Un 46,3% de los pacientes presentó sintomatología. Se realizó analítica sanguínea a ocho pacientes, detección de tóxicos en orina a cuatro y endoscopia digestiva a dos. Se empleó carbón activado en un 12,2% y a un paciente se le realizó lavado gástrico. Un 68,2% se mantuvo en observación. Solo tres pacientes precisaron ingreso, siendo todos por ingesta de cáusticos.

Conclusión. Al igual que los datos publicados, los medicamentos son el principal producto implicado en las ingestas o inhalaciones de tóxicos, seguidos de los productos domésticos. Predominaron las ingestas o inhalaciones accidentales, por ello, sería útil insistir en las medidas de prevención. La mayor parte de los pacientes no precisaron la realización de pruebas complementarias ni tratamiento, esto puede ser porque generalmente no son cuadros graves.

¿QUIÉN SE BENEFICIA DE UNA PRUEBA CAPILAR EN EPISODIO DE GASTROENTERITIS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA? *Torre González T, Guerra Díez JL, Castañares Saiz M, Fernández Cabo V, Frank de Zulueta P, López de Viñaspre Vera-Fajardo M, Peñalba Citorres AC, Cabero Pérez MJ. Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La gastroenteritis aguda constituye uno de los principales motivos de asistencia a urgencias. El manejo de esta patología se basa en la anamnesis y exploración, el uso de pruebas a pie de paciente pueden apoyar una decisión clínica.

Objetivos. 1) Definir las características de los episodios urgentes por GEA que requieren una prueba capilar en cabecera de paciente; 2) Establecer la utilidad del resultado analítico en función de la evolución del episodio.

Metodología: realizado estudio retrospectivo incluidos episodios con motivo de consulta digestiva (vómitos y/o diarrea) de forma aleatoria durante un año. Analizados por edad, sexo, motivo de consulta, tipo de rehidratación y niveles glucemia (mg/dL) y cetonemia (mmol/L).

Resultados. 667 episodios revisados, seleccionadas 211 urgencias con glucemia y cetonemia. Niños: 53,6%, niñas 46,4%, mediana de edad 36 meses. Los vómitos constituyeron el principal motivo de consulta (65,4%), seguido por la asociación de vómitos y diarrea (31,3%) y la diarrea aislada con 3,3%. Los valores medios de glucemia y cetonemia fueron de 93,05 mg/dl \pm 28,54 DE y 2,07 mmol/L \pm 1,89 DE, respectivamente. En 69 niños (32,7%) precisó rehidratación en urgencias: vía oral 48 (22,7%), endovenosa rápida 20 (9,5%) y 1 de forma clásica. De los 211 casos ingresaron 31. La diferencia entre los valores medios de glucemia de los ingresos respecto a los dados de alta no fueron estadísticamente significativos, mientras que los de cetonemia sí lo fueron.

Conclusiones:

- El episodio tipo es un paciente niño con edad menor o igual a 2,5 años con predominio de vómitos como motivo de consulta principal.
- En nuestro medio el valor de la cetonemia constituye un elemento importante en la toma de decisión de observación/ingreso en pediatría.

ANAFILAXIA, CASOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN. *Robles Álvarez I, Regueras Santos L, Tamargo Cuervo A, Fuentes Martínez S, Álvarez Juan B, Andrés Andrés AG, Rodríguez Fernández C, Muñiz Fontán M. Hospital Universitario de León.*

Introducción. La anafilaxia es una reacción alérgica multisistémica grave, rápida y potencialmente mortal que puede afectar a niños y jóvenes sanos, y que suele responder de forma eficaz a la adrenalina.

Objetivos. Describir las características de pacientes que han sido diagnosticados de anafilaxia en el servicio de urgencias del hospital universitario de León (Complejo Asistencial Universitario de León).

Material y métodos. Se han recogido informes de alta de urgencias de menores de 14 años diagnosticados de anafilaxia en el Complejo Asistencial Universitario de León, entre julio de 2017 y septiembre de 2019, según los criterios de la guía Galaxia 2016. Se estudian variables epidemiológicas y clínicas, realizando un análisis descriptivo.

Resultados. 29 pacientes, 65% niños. Edad media de 5,5 + 2,9 años. La época del año donde más casos hubo fue verano (34%). Un 40% de los niños tenían antecedentes de alergia, siendo la alergia a proteínas de leche de vaca la más frecuente (35%). 8 de los 29 pacientes habían sufrido un ataque previo de anafilaxia. Respecto a la clínica: el 70% presentaron síntomas cutáneos o inflamación de mucosas acompañados de dificultad respiratoria (criterio 1 de guía Galaxia) y otro

30% presentaron los criterios 2 de la guía. Los alérgenos causales más frecuentes fueron los alimentos (72%). El tiempo medio transcurrido entre el inicio del cuadro y su llegada al Complejo Asistencial Universitario de León fue de 80 + 60 minutos. A ningún paciente se le había administrado adrenalina autoinyectable en su domicilio. El tratamiento fue adrenalina im (93%), antihistamínicos (96%), corticoides (86%) y broncodilatadores (48%). El 45% de los niños ingresaron, un 15% en la unidad de cuidados intensivos.

Conclusiones. La clínica más frecuente fue la cutánea y la respiratoria. Un porcentaje importante tenían diagnóstico previo de alergia. En ningún paciente con antecedente de anafilaxia se había administrado adrenalina autoinyectable en domicilio. Hubo una baja prevalencia de ingreso en la unidad de cuidados intensivos, expresando una baja tasa de complicaciones graves y una buena respuesta a la adrenalina.

Viernes 15 de noviembre - Sala 5

Moderadores: Agustina Alonso Álvarez y David Pérez Solís

EVALUACIÓN DEL CONTROL GLUCÉMICO A CORTO PLAZO DEL TRATAMIENTO INTEGRADO POR BOMBA DE INSULINA Y MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1. *Alonso Rubio P¹, Mayoral González B², García García R², Megido Armada A², Riaño Galán P. ¹Hospital Carmen y Severo Ochoa. Cangas del Narcea, Asturias. ²Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Los sistemas integrados por una bomba de infusión subcutánea continua de insulina (ISCI) más un dispositivo de monitorización continua de glucosa (MCG) permiten ajustar de forma más precisa la dosis de insulina con el objetivo de mejorar el control glucémico en niños y adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1).

Objetivos. Evaluar las diferencias a corto plazo en el control glucémico tras inicio de tratamiento con ISCI + MCG en un grupo de niños y adolescentes con DM1 que previamente estuviesen a tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI).

Metodología. Se recogió en 25 niños y adolescentes de entre 4 y 16 años, en seguimiento en la Unidad de Diabetes Infantil de un hospital de 3º nivel, la hemoglobina glicosilada (HbA1c) y parámetros de control glucémico previo al inicio de ISCI+MCG y seis meses después. Los parámetros de control glucémico fueron recogidos mediante monitorización tipo Flash previo inicio tratamiento integrado y a los seis meses mediante MCG de las dos semanas previas. Las diferencias en el control glucémico fueron analizadas por el test estadístico correspondiente.

Resultados: Tabla I.

TABLA I. CONTROL GLUCÉMICO ANTES Y DESPUÉS DE ISCI+MCG

	Previo inicio ISCI	Seis meses después	p
HbA1c (%)	7,39 \pm 0,88	6,59 \pm 0,73	p: 0,000
Hiperglucemia > 180 mg/dl (%)	38,11 \pm 17,18	29,29 \pm 17,89	p: 0,070
Tiempo en rango 70-180 mg/dl (%)	52,81 \pm 17,17	63,82 \pm 17,03	p: 0,013
Hipoglucemia < 70 mg/dl (%)	8,71 \pm 6,32	6,41 \pm 5,54	p: 0,220

Conclusiones:

- Los pacientes redujeron la HbA1c y aumentaron el tiempo en rango de forma significativa a los seis meses de haber iniciado el tratamiento.
- A los seis meses de tratamiento, el tiempo en hiperglucemia e hipoglucemia fue menor, aunque no de forma significativa.

- Un seguimiento más amplio permitirá evaluar si la mejora del control glucémico se mantiene o se modifica a largo plazo.

PREVALENCIA DE OBESIDAD Y SÍNDROME METABÓLICO EN LA INFANCIA. *Ochoa Sangrador C y Grupo de Pediatras de Atención Primaria de Zamora. Complejo Asistencial de Zamora.*

Objetivos. Estimar la prevalencia de agrupación de criterios de síndrome metabólico en niños con obesidad abdominal y/o global.

Métodos. Estudio transversal en niños mayores de 4 años y menores de 14 que acuden a revisión pediátrica en los centros de salud de Zamora. Se realizó medición somatométrica y de presión arterial (OMRON 1300) a todos los niños y analítica (glucemia, insulina, HDL colesterol, triglicéridos) a aquellos con obesidad abdominal (índice cintura-talla (ICT) > 0,50) y/o global (índice de masa corporal > percentil 97%, tablas Orbegozo). Se determinó la prevalencia de obesidad y de agrupación de criterios de síndrome metabólico (criterios International Diabetes Federation). Beca GRS 1566/A/17.

Resultados. En los primeros 9 meses de estudio se han realizado mediciones somatométricas a 2035 niños, con una media de edad 9,1 años (IC 95%: 8,9 a 9,2 años). La prevalencia de obesidad abdominal fue 31,2% (IC95%: 29,1 a 33,2%) y de obesidad global de 19,1% (IC95%: 17,3 a 20,8%). En 256 niños con obesidad abdominal o global se realizó analítica para criterios de síndrome metabólico, encontrando que el 16% tenían al menos dos criterios asociados (IC 95%: 12 a 21%). El 17,2% de los casos estudiados tenían obesidad abdominal pero no general; no se encontraron diferencias en la prevalencia de criterios de síndrome metabólico entre los que tenían obesidad abdominal y global (16,7% frente a 17,3%); los que tenían ambas tenían un 18,2% de acumulación de criterios de síndrome metabólico, frente a un 6,3% de los que no tenían obesidad abdominal.

Conclusiones. La prevalencia de obesidad abdominal es mayor que la de obesidad global (31,2% y 19,1%), con diferencias entre sexos exclusivamente para la obesidad global con mayor riesgo en niños. El 16% de los sujetos con obesidad abdominal o global tenían al menos dos criterios de riesgo de síndrome metabólico, aumentando a un 18,2% si ambas estaban presentes, frente a un 6,3% si solo había obesidad global.

MICROCALCIFICACIONES TESTICULARES. *Rodríguez Lorenzo P, García Iglesias A, Rodríguez Prieto A, Fernández Rodríguez H, Pérez Alba M, Rodríguez Fernández S, Álvarez Álvarez A, Pérez Méndez C. Hospital Universitario de Cabueñes.*

Introducción. Las microcalcificaciones testiculares son una patología infrecuente en niños (prevalencia 2,4%-3,8% en < 19 años). Se han asociado con un mayor riesgo de tumores testiculares en adultos y su seguimiento ha sido objeto de controversia.

Objetivos. Revisión de los casos de microcalcificaciones testiculares pertenecientes a nuestra consulta y de las guías actualizadas para su seguimiento.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de los casos de microlitiasis testicular diagnosticados en niños menores de 14 años entre el 1 de enero de 2013 y el 30 de septiembre de 2019. Se analiza la prevalencia, edad al diagnóstico, motivo del estudio, desarrollo puberal, valores de LH, testosterona y marcadores tumorales, hallazgos ecográficos y su seguimiento.

Resultados. Se diagnosticaron 4 casos (prevalencia: 0,7% en ecografías escrotales realizadas en niños menores de 14 años). Edad media: 8,5 años (rango: 8-10). Los motivos de consulta fueron pubarquia prematura en dos casos y dolor escrotal en otros dos (uno de ellos también con

pubarquia prematura). El volumen escrotal era prepuberal en todos los casos y en ninguno de ellos se observaron masas ni macrocalcificaciones. Los valores de LH y testosterona fueron prepuberales en todos y los marcadores tumorales negativos. Hallazgos ecográficos: los casos presentaban microcalcificaciones bilaterales; siendo el volumen y vascularización testicular siempre normal. El tiempo medio de seguimiento fue de 25 meses (rango: 9 meses-3 años); donde solo uno presentó un nuevo episodio de dolor escrotal (torsión de hidátide) y no hubo cambios ecográficos en su evolución.

Conclusiones. La microlitiasis testicular es un hallazgo infrecuente en la edad pediátrica, tratándose normalmente de un hallazgo casual en ecografías solicitadas por un motivo no relacionado. Las recomendaciones para su seguimiento han sido controvertidas; por lo que se revisan las nuevas guías de la Sociedad Europea de Radiología Pediátrica.

TUMORES TESTICULARES EN LA PRIMERA INFANCIA: REVISIÓN DE CASOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. *García Lorente M, Mendoza Sánchez MC, Riesco Riesco S, González Prieto A, Cebrián Muiños C, Moreno Zegarra C, Liras Muñoz J, Domínguez Cendal G. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

Introducción. Los tumores testiculares y paratesticulares constituyen el 1-2% de tumores sólidos en la infancia. La edad de presentación más frecuente en la infancia es entre los 2 y los 4 años (75% antes de los 3 años), con un descenso progresivo hasta los 15 años. La mayoría de ellos presentan un perfil con una mayor tendencia a la benignidad con respecto aquellos tumores que aparecen en la adolescencia tardía y la edad adulta. Es por esta razón que la tendencia actual del manejo de estos tumores sea menos agresiva que anteriormente.

Objetivos. El estudio de tumores testiculares en la primera infancia: principales rasgos, diagnóstico y su abordaje terapéutico.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se han revisado las historias clínicas de 3 pacientes diagnosticados de tumores testiculares y paratesticulares primarios en nuestro centro desde el año 2017 hasta el 2019. Se han recogido datos epidemiológicos (edad en el momento del diagnóstico), forma de presentación clínica (motivo de consulta, síntomas asociados, localización del tumor), metodología diagnóstica (pruebas de imagen, marcadores tumorales), resultado del estudio anatomopatológico y tratamiento que recibieron.

Resultados Los tres pacientes estudiados eran menores de 3 años. La forma de presentación clínica fue una masa testicular indolora, sin otra sintomatología acompañante. Los niveles de alfafetoproteína no estaban elevados en ninguno de ellos. El estudio anatomopatológico demostró 3 tumores primarios testiculares: dos tumores del estroma gonadal y un teratoma quístico maduro.

Conclusiones Los tumores testiculares y paratesticulares en niños prepuberales presentan características epidemiológicas, evolutivas y terapéuticas bien diferenciadas con respecto a la edad adulta. A pesar de representar una entidad poco frecuente, resulta de gran relevancia su estudio para un diagnóstico y tratamiento adecuados. El enfoque en la edad pediátrica puede plantearse como un manejo quirúrgico más conservador dado el carácter benigno de los tumores. Sin embargo, se requieren más estudios que corroboren estos resultados.

HOSPITALIZACIÓN EN LOS LACTANTES DURANTE 25 AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. *Soltero Carracedo JF, González García C, Doval Alcalde I, Corral Hospital S, Barrio Alonso MP, Cantero Tejedor MT, Bartolomé Porro JM, Andrés de Llano JM. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.*

Objetivo. Analizar las características de todos los ingresos de lactantes (1 a 23 meses) en nuestro hospital entre 1992-2016.

Material y métodos. A través del Conjunto Mínimo Básico de Datos, se accedió a la información referente a todos los lactantes ingresados en nuestro centro entre los años 1992-2016. Se estudiaron las siguientes variables: edad, días de estancia hospitalaria, sexo, mes y día de la semana en el que se realizaron los ingresos, diagnóstico principal, tipo de ingreso, tipo de alta, servicio responsable del ingreso, tipo de GRD. Se realizó un análisis de estadística descriptiva y mediante el modelo de regresión log-lineal de Joinpoint se evaluó la tendencia a lo largo de este tiempo.

Resultados. La población de estudio incluía un total de 13.023 pacientes hospitalizados, cuya edad estaba comprendida entre los 1 y 23 meses, ambos inclusive. La mediana de edad fue de 10 meses y la de estancia fue de 3 días. La mayoría de los lactantes (74,3%) procedía de ámbito urbano. El 56,6% de los casos eran varones. El 98% de los casos tuvo un ingreso tipo urgente y un 97,5% fue dado de alta a su domicilio. El 98,7% de los pacientes estaba a cargo del servicio de pediatría y en el 99,5% de los casos el GRD fue de tipo médico. El 36,9% de los pacientes ingresaron por patología respiratoria. En nuestro estudio el mes y día de la semana en los que más ingresan se realizan es en Enero y los lunes, respectivamente. El análisis de regresión muestra un cambio de tendencia en la tasa de ingresos, que fue significativamente ascendente desde el año 1993 hasta el año 2001 y significativamente descendente desde el año 2001 hasta el año 2009, para posteriormente mantenerse estable desde el año 2009 hasta el año 2017.

Conclusión. La patología respiratoria es la que más ingresos produce entre los lactantes en nuestro hospital, y dentro de ella, la bronquiolitis es la que más ingresos produce. Se ha observado un descenso significativo de los ingresos por patología respiratoria en nuestro hospital en los últimos años.

HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR DURANTE 25 AÑOS: ESTUDIO EN UN CENTRO DE SEGUNDO NIVEL.

González García C, Soltero Carracedo JF, Corral Hospital S, Doval Alcalde I, Barrio Alonso MP, Villagomez Hidalgo FJ, Torre Santos SI, Andrés de Llano JM. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

Objetivo. Analizar las características de todos los ingresos de niños en edad preescolar (2 a 5 años) en nuestro hospital entre 1993-2017.

Material y métodos. A través del Conjunto Mínimo Básico de Datos, se obtuvo la información referente a los preescolares ingresados en nuestro Centro entre 1993 y 2017. Se estudiaron diferentes variables, entre las que destacan: edad, días de estancia hospitalaria, sexo, ámbito de residencia, mes de ingreso, tipo de ingreso y de alta, tipo de GRD. Se realizó un análisis de estadística descriptiva y mediante el modelo de regresión log-lineal de Joinpoint se evaluó la tendencia a lo largo de este tiempo.

Resultados. La población de estudio incluía un total de 12.167 pacientes hospitalizados, cuya edad estaba comprendida entre los 2 y 5 años, ambos inclusive. La mediana de edad fue de 3 años y la de estancia de 2 días. El 57,3% de los casos eran varones. En cuanto al ámbito de residencia, el 71% residían en ámbito urbano. El 72,3% tuvieron un ingreso de tipo urgente y un 98,2% fueron dados de alta a su domicilio. El 64,26% de los pacientes estaban a cargo del Servicio de Pediatría y en un 70,5% de los casos el GRD fue de tipo médico. El 50,9% de los pacientes ingresaron por patología respiratoria. En nuestro estudio el mes en los que más ingresos se realizan es marzo. El análisis de regresión muestra un cambio de tendencia en la tasa de ingresos, que fue significativamente ascendente desde el año 1993 hasta el 1997 (APC: + 7,5) y significativamente descendente (APC: -3,5) desde el año 1993 hasta el 2017.

Conclusiones. En los preescolares de nuestro Centro la patología respiratoria motiva alrededor de la mitad de las hospitalizaciones y el GRD es de tipo médico en más de dos tercios de los ingresos. Existe una tendencia descendente en la tasa de ingresos de los últimos años.

HOSPITALIZACIÓN EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR DURANTE 25 AÑOS: ESTUDIO EN UN CENTRO DE SEGUNDO NIVEL. *González García C, Soltero Carracedo JF, Doval Alcalde I, Corral Hospital S, Barrio Alonso MP, Cabanillas Boto M, Fernández Alonso JE, Andrés de Llano JM. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.*

Objetivo. Analizar las características de todos los ingresos de niños en edad escolar (6 a 12 años) en nuestro hospital entre 1993-2017.

Material y métodos. A través del Conjunto Mínimo Básico de Datos se accedió a la información referente a los escolares ingresados en nuestro Centro entre los años 1993 y 2017. Se estudiaron diferentes variables, de entre las cuales destacan: edad, días de estancia hospitalaria, sexo, ámbito de residencia, mes de ingreso, tipo de ingreso y de alta, servicio responsable del ingreso, tipo de GRD. Se realizó un análisis de estadística descriptiva y mediante el modelo de regresión log-lineal de Joinpoint se evaluó la tendencia a lo largo de este tiempo.

Resultados. La población de estudio incluía un total de 9.719 pacientes hospitalizados, con edad comprendida entre los 6 y 12 años, ambos inclusive. La mediana de edad fue de 9 años y la de estancia de 2 días. El 56,8% de los casos eran varones. En cuanto al ámbito de residencia, el 66,5% residían en ámbito urbano. El 78,9% tuvieron un ingreso de tipo urgente y un 98,1% fueron dados de alta a su domicilio. El 64,6% de los pacientes estaban a cargo del Servicio de Pediatría y en un 68% de los casos el GRD fue de tipo médico. El 24,5% de los pacientes ingresaron por patología respiratoria. El mes en el que más ingresos se realizaron fue mayo. El análisis de regresión muestra una tendencia en la tasa de ingresos significativamente ascendente desde el año 1993 hasta el 1997 (APC: + 10,8) y significativamente descendente (APC: -2,3) desde el año 1997 hasta el 2017.

Conclusiones. La patología respiratoria es la que más ingresos produce en la edad escolar. Existe una tendencia descendente de ingresos en los últimos años y según nuestro estudio, en los meses de invierno no hay más hospitalizaciones de escolares que durante el resto del año.

FACTORES DETERMINANTES DE LA HIPERFRECUENTACIÓN EN LAS CONSULTAS PEDIÁTRICAS. *Hernández Peláez L¹, Díaz González L², Mora Gandarillas P. ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²C.S. Ventanielles.*

Objetivos. Conocer los factores determinantes de hiperfrecuentación sanitaria en atención primaria y hospitalaria en una población pediátrica multicultural.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal. Se realizó recogida sistemática de datos de la historia clínica de OMI-AP de todos los niños que acudieron a una consulta pediátrica del centro de salud de Ventanielles de forma consecutiva, hasta alcanzar el tamaño muestral. Se registraron: edad, sexo, etnia, consultas realizadas en el último año en AP, urgencias y consultas externas hospitalarias, patologías crónicas, edad de padres, número de hermanos y de orden en la fratria y código de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) asignado, como medida indirecta de la clase socio-económica familiar. Análisis estadístico mediante SPSS 11.0 y EPI INFO 6

Resultados. De un cupo de 833 niños se estudiaron 276, que generaron 3.101 consultas durante un año. El 10% de los niños realizó el 25% de las consultas y el 25% de los niños el 50% de las consultas. Se

TABLA I.

Desarrollos normativos	Regulación H. clínica	Edad acceso autónomo	Refleja menor maduro	Refleja valoración de gravedad	Límites patria potestad	Acceso historia digital
Asturias	D. 7/2019	16	No	No	Ambivalentes	No activo
Castilla y León	D. 101/2005	16	Sí	No	Por contenido	Activo
Cantabria	E. Cántabra Salud	14	No	No	¿?	En proceso

consideró hiperfrecuentación la media de consultas más una desviación estándar, estando el punto de corte en 19 consultas. La prevalencia de hiperfrecuentación en el total de consultas fue del 17,0% (IC 95%: 12,9%-22,1%). En el análisis bivalente la hiperfrecuentación se relacionó significativamente con: edad en meses (mayor cuanto menos edad), número de diagnósticos, edad materna (mayor cuanto menos edad), etnia gitana (Odds Ratio (OR): 2,5; IC 95%: 1,1-5,8), TSI 001 (OR 2,6, IC 95%: 1,3-5,3) y niños con asma (OR 2,6, IC 95%: 1,2-5,6). Tras el análisis multivariante (regresión logística) los factores de riesgo se redujeron a la edad en meses, el número de diagnósticos y la TSI 001.

Conclusiones: La edad, el nivel socioeconómico y la mayor prevalencia de patología crónica se relacionaron con mayor frecuentación en todos los niveles asistenciales.

CONFIDENCIALIDAD Y MENOR MADURO ¿UTOPIA O REALIDAD? González Martínez MT, Costa Romero M, Fernández Martínez B, Lobeiras Tuñón A. *Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes.*

Introducción. Los datos sanitarios y en consecuencia la historia clínica, están en la encrucijada de tres ámbitos legislativos: 1) "Actos relativos a derechos de la personalidad"; 2) Datos sanitarios; 3) "Datos especialmente protegidos". El derecho internacional, nuestra L.O.01/1982 y el Código Civil recogen el derecho del niño a ser escuchado. La Ley 41/2002, reconoce además la capacidad del mayor de 16 y del menor maduro para tomar sus propias decisiones sanitarias, siempre que no exista riesgo grave para su salud y su vida. En este último caso siempre deberá escucharse y ser tenida en cuenta su opinión. La confidencialidad es un pilar básico en la relación médico-paciente. También es un deber deontológico del pediatra, tanto en relación con los padres como con el menor maduro que pone en nuestras manos su intimidad. Su violación en determinadas circunstancias, puede conllevar perjuicios para el menor.

Objetivos. Conocer el impacto sobre la confidencialidad en el menor maduro de los desarrollos legislativos de los Servicios de Salud de Cantabria, Castilla y León y Asturias.

Material y métodos. Revisión de los contenidos normativos relativos a confidencialidad e historia clínica de las tres Comunidades, así como de la información de acceso a la Historia Digital.

Resultados. Castilla y León y Asturias tienen Decretos específicos de regulación de acceso a la historia clínica (Tabla I). En relación con la historia digital, no hay referencias etarias relativas a los límites del acceso. El acceso mediante DNI electrónico podría implicar los 14 años. Tampoco hay referencias sobre las edades en que los progenitores pueden acceder sin el consentimiento de sus hijos.

Conclusiones:

- Los menores de 16 años en Asturias y de 14 años en Cantabria con madurez suficiente, no pueden acceder autónomamente a sus datos sanitarios.
- Los profesionales sanitarios del territorio SCCALP, no podemos garantizar la confidencialidad a los menores maduros que atendemos, y parcialmente a los mayores de 16 años.
- La automatización del acceso a la historia clínica, puede conllevar pérdida de oportunidades en la detección de situaciones de riesgo.

- Procedimientos de solicitud compartida, podrían posibilitar tanto los derechos del menor a ser informados y escuchados, como individualizar situaciones conflictivas.

¿ESTÁ JUSTIFICADO EL CRIBADO DE LA DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERAS? Pérez Gavilán C, Cebrián Fernández R, Escribano García C, Bachiller Carnicero L, Caserio Carbonero S. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. La prevalencia de la displasia evolutiva de cadera (DEC) 1/1.000 recién nacidos. Los programas de cribado recomendados tienen baja sensibilidad y especificidad. Los criterios de solicitud de ecografía de caderas son muy variables.

Objetivo. Analizar el motivo de solicitud de las ecografías de cadera y su utilidad en el diagnóstico de DEC.

Población y método. Estudio observacional descriptivo-retrospectivo en pacientes a los que se les había realizado una ecografía de caderas (Enero 2017-Diciembre 2018), desde atención primaria o especializada.

Resultados. Se recogieron 458 pacientes, excluyéndose 30 por no constar motivo de solicitud. Ninguno tenía DEC. El 69,6% eran mujeres. El 34,1% solicitadas en el hospital (85,1% cumplían los factores de riesgo según las recomendaciones Previnfad). En todos los que tenían factores de riesgo se solicitó la ecografía desde el hospital. El resto solicitadas por: Ortolani y/o Barlow positivos, clic, asimetría de pliegues, etc. Hubo un total de 12 DEC: 3 detectadas por cribado (sensibilidad (S) 25%, especificidad (E) 96,5%). Las 9 restantes (6 hospital y 3 primaria) por clínica (S83,3%, E93,7%). La S y E en hospital fue del 75 y 96,3%, frente a primaria de 60 y 92,2% respectivamente. Realizadas un total de 529 ecografías a un precio medio publicado de 23 euros lo que supone 12.167 euros. Sumándole la primera consulta de pediatría especializada (140 euros) y de primaria (16 euros), el precio aumenta hasta más de 30.000 euros durante el periodo de análisis.

Conclusiones. Nuestros datos avalan la escasa evidencia del test de cribado. Muchas ecografías normales son realizadas basándose en la exploración con gran variabilidad interobservador, disminuyendo su sensibilidad y especificidad. Es cierto que una DEC no detectada a tiempo produce incapacidad y necesidad de asistencia multidisciplinar, por lo que consideramos necesario un análisis coste-beneficio y la aplicación adecuada de los protocolos de prevención existentes para el control del gasto.

Viernes 15 de noviembre - Sala 6

Moderadores: Enrique García López y Marta Costa Romero

DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS ENTRE 2003 Y 2018. González López C, Navarro Campo S, Alonso Losada D, Elola Pastor AI, Pérez Pérez A, Vicente Martínez C, García López E, Fernández Colomer B. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. El ductus arterioso persistente (DAP) es una patología frecuente en las unidades neonatales. Requiere un manejo multidisciplinar y existen varias alternativas para su tratamiento. El objetivo de este trabajo es describir las características de los pacientes con DAP en nuestro centro y el manejo llevado a cabo.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en el que se incluyen pacientes con diagnóstico de DAP recogido en la historia clínica entre 2003 y 2018. De los 262 pacientes incluidos el 53% fueron niños, mediana de 29 semanas de edad gestacional y 1252 gramos de peso al nacimiento. Gestación múltiple en el 21% de los casos. Parto eutócico en 116 pacientes, ventosa en 11, fórceps en uno y cesárea en 134. Al diagnóstico el 83% presentaban soplo cardíaco. Fallecieron 22 pacientes. En cuanto al tratamiento realizado fue conservador en 152 pacientes (58%). Se empleó ibuprofeno intravenoso (tres dosis de 10-5 mg/kg/día) en 93 (35,5%), con cierre del mismo tras un solo ciclo en el 73%. Se trató con paracetamol a cuatro niños (dos por daño renal agudo, uno por plaquetopenia, otro no recogido en la historia clínica). Tratamiento con indometacina en 13 pacientes, todos los casos antes del año 2005. Ningún paciente precisó cirugía primaria y solo secundaria en seis casos.

Conclusiones. En nuestro centro el tratamiento conservador es el más habitual. En cuanto al farmacológico, destaca el ibuprofeno a dosis estándar. El paracetamol se emplea si hay contraindicación para el tratamiento con ibuprofeno, la indometacina se usó antes del año 2005 y el tratamiento quirúrgico es excepcional.

REVISIÓN DE LA HEMORRAGIA SUPRARRENAL EN NEONATOS. *Elola Pastor AI, Vicente Martínez C, González López C, Martín Ramos S, Pérez Pérez A, Alonso Losada D, Suárez Rodríguez M, Solís Sánchez G. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La hemorragia suprarrenal (HS) es una entidad relativamente infrecuente. La bibliografía la relaciona con parto traumático y variables como peso, edad gestacional, sufrimiento intraparto, sepsis y asfisia perinatal.

Objetivos. Estudio descriptivo de neonatos (RN) diagnosticados de HS, para conocer factores de riesgo y describir su forma de presentación y evolución.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de casos diagnosticados de HS entre 1 de enero de 2000 al 1 de octubre de 2019 en un hospital de tercer nivel.

Resultados. Se analizan 16 RN (68% varones), que supone un 0,4 por mil RN. Edad gestacional media 38s y peso medio al nacimiento 3.347 g. Parto eutócico 50%, instrumental 37% y cesárea 13%. La mediana del Test de Apgar fue de 7/9 al minuto y cinco minutos. 62,5% precisaron reanimación. 3 tuvieron un Apgar menor de 5 al minuto de vida y 2 a los 5 minutos. 3 pacientes eran prematuros tardíos. No hubo bajos pesos. Todos fueron diagnosticados mediante ecografía abdominal (3 prenatal). El 62,5% eran derechas. La clínica más frecuente: ictericia (43%), anemia (18%) y masa palpable (18%). Uno presentó trombopenia y otro hematoma escrotal. Se objetivó sepsis en 2 pacientes y 3 infección urinaria. El diagnóstico diferencial con neuroblastoma por estudio de catecolaminas en orina se realizó en el 50%, siendo todos negativo. Tratamientos: 43,7% venoclisis, 31,25% fototerapia, 6,2% eritropoyetina y 37,5% antibioterapia. Evolución: en 15 RN se realizó seguimiento ecográfico, resolviéndose en todos la HS. A largo plazo uno fue diagnosticado de esferocitosis congénita y otro de trastorno cognitivo-motor.

Conclusiones. La HS es una entidad poco frecuente que ocurre, en la mayoría de los casos, en RN con peso adecuado y a término. Un tercio de los casos se asocian a parto instrumental. La presencia de

ictericia neonatal es el dato clínico más llamativo y la palpación de masa abdominal es poco frecuente.

IMPACTO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA APERTURA DE UN BANCO DE LECHE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Martín Ramos S, Suárez Rodríguez M, Lareu Vidal S, Caunedo Jiménez M, González López C, Pérez Pérez A, Mantecón Fernández L, García López E. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La apertura de bancos de leche donada en nuestro país ha provocado un cambio en la práctica clínica en las Unidades de Neonatología por los ya conocidos beneficios de la lactancia materna donada (LMD) frente a la fórmula artificial (FA).

Objetivo. Conocer el impacto de la apertura del banco de la leche materna donada en la práctica clínica de nuestro centro en recién nacidos menores de 1500 gramos.

Material y métodos. Estudio cuasiexperimental antes-después de la apertura del banco de leche de madre donada en febrero de 2017. Se tomaron 42 recién nacidos menores de 1.500 gramos ingresados desde febrero de 2017 a febrero de 2018 (Grupo B), comparándolos con una cohorte de 44 menores de 1500 gramos, previa a su apertura (Grupo A), todos ellos supervivientes al alta de nuestra unidad.

Resultados. Al comparar ambos grupos en las variables básicas (peso, edad gestacional, sexo o tipo de parto) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo ambos grupos muy homogéneos. En cuanto a las variables resultados, se objetivó un menor número de días con catéter epicutáneo (6,4 frente a 9,1), menor número de días con catéter central (10,7 frente a 13,6) y un menor número de días con nutrición parenteral (9,5 frente a 11,9) de los neonatos del grupo B (post-apertura) frente a los del grupo A (pre-apertura), si bien estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. La alimentación enteral se inició antes en el grupo post-apertura (29 horas frente a 31 horas), pero la recuperación del peso al nacimiento fue posterior en este grupo (10,0 frente a 9,7 días) (diferencias estadísticamente no significativas). Finalmente, encontramos más infecciones neonatales en el grupo previo a la apertura (52%) que en el grupo post-apertura (26%) ($p=0,013$).

Comentarios. La apertura de un banco de leche materna donada en nuestro centro ha permitido disminuir el tiempo de catéter central y de alimentación intravenosa, disminuyendo el número de infecciones.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICO-SOCIALES Y MORBIMORTALIDAD EN NEONATOS PROCEDENTES DE EMBARAZOS NO CONTROLADOS.

Roux Rodríguez A, Martín López-Pardo BM, Garrido Pedraz JM, Alonso Díez C, Pablos López A, Villalón Martínez MC. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Objetivos:

- Conocer las características demográfico-sociales de las gestantes de nuestro entorno cuyo embarazo no fue controlado.
- Establecer su posible relación con la morbimortalidad en los RN.
- Determinar las principales consecuencias en las gestantes y sus RN derivadas del mal control de la gestación.

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo transversal retrospectivo que recoge datos demográficos y de morbimortalidad de los recién nacidos procedentes de gestación no controlada en la población atendida en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca entre mayo 2009 y octubre 2019. El principal criterio de inclusión fue el antecedente de «embarazo no controlado» y el análisis estadístico descriptivo se realizó con el programa SPSS.

Resultados. Durante el periodo estudiado, registramos 40 nacimientos con dichas características. Tras el análisis de los datos, comprobamos que: el 82% de los RN ingresó en la Unidad de Neonatología. El 23% precisó reanimación neonatal. Un 24% fueron prematuros, de estos el 64% presentó complicaciones asociadas, sobre todo respiratorias (45%), metabólicas (36%), neurológicas (36%) e infecciosas (27%). Entre los RN a término, destacó la presencia de patología cardíaca (15%) e infecciosa (14%). Entre la demografía materna, la mediana de la edad fue de 24 años. Entre los antecedentes de riesgo, observamos que el 20% consumieron tóxicos durante el embarazo, siendo el 15% drogas ilegales, lo que provocó un síndrome de abstinencia en el 50% de los RN afectados. En el 15% de los casos se inició un proceso de adopción.

Conclusiones:

- Los embarazos no controlados requieren una estrecha vigilancia para minimizar el riesgo de los RN. Existe una importante relación con la drogadicción. La edad de las madres es menor que en los embarazos controlados.
- Existe mayor morbilidad en estos RN, con mayor necesidad de reanimación neonatal, tasa de prematuridad y síndrome de abstinencia.
- Respecto a la población general, un número elevado de recién nacidos de gestaciones no controladas termina en programas de adopción.

REVISIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DEL CRIBADO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN NUESTRO CENTRO. *Álvarez Juan B, Terroba Seara S, Alonso Quintela P, Robles Álvarez I, Tamargo Cuervo A, Fuentes Martínez S, De Castro Vecino MP, Valdés Montejo I. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Objetivos. Describir la etiología del cribado positivo de cardiopatías congénitas (CPCC) en los recién nacidos (RN) ingresados en la Unidad de Neonatología del Complejo Asistencial Universitario de León.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, de la cohorte de RN ingresados por CPCC entre el 1/04/2017 y el 31/08/2019. Se estudiaron variables prenatales y postnatales. Se excluyeron las cardiopatías críticas diagnosticadas prenatalmente.

Resultados. 4.076 RN fueron sometidos al cribado. Se obtuvo un resultado positivo en 29 RN. Hubo 1 FN, una interrupción del arco aórtico. De los niños con CP, 6 fueron VP (2 patología cardíaca y 4 cardíaca y pulmonar) y 23 fueron FP (11 por patología pulmonar y 12 sanos). De los 29 RN con CP, 17 (58,6%) eran mujeres. La media de EG fue de 39,8 semanas y la de PRN de 3.385 (± 400) gramos. Todos tuvieron un Apgar al minuto > 7 y a los 5 minutos > 9 . Ningún RN tuvo un pH de cordón $< 7,15$. Fueron parto eutócico el 65,5%. Hubo 1 (2,9%) FIV. El 51,7% de las madres eran caucásicas, destacar un 20,7% de etnia árabe. La media de días de ingreso fue de 4 días (1-12 días). Los motivos de ingreso fueron: 4 (13,8%) por diferencia > 3 puntos y 25 (86,2%) por hipoxemia. Precisaron oxigenoterapia 16 (55,17%). 10 RN (34,5%) fueron riesgo infeccioso, con hemocultivo negativo. Se realizaron 16 radiografías torácicas, 10 ecografías pulmonares y 16 ecocardiografías de las cuales 8 (27,6%) fueron patológicas. Al alta 17 (58,6%) RN tenían patología: 2 (6,9%) cardíaca, 11 (37,9%) pulmonar y 4 (13,8%) ambas. De la pulmonar: 9 (31%) tenían taquipnea transitoria del RN y 6 (20,7%) distrés respiratorio inmediato.

Conclusiones. Este cribado ayuda a identificar cardiopatías críticas y otras patologías, como la pulmonar. 29 RN ingresaron por CP. La mayoría fueron parto eutócico, sin asfisia. Un 55% precisó oxigenoterapia. Ninguno de los niños con CP presentaba una cardiopatía crítica.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA LACTANCIA MATERNA AL ALTA HOSPITALARIA TRAS EL PARTO EN UNA MUESTRA DE RECIÉN NACIDOS REPRESENTATIVA EN LA COMUNIDAD DE CANTABRIA (PARTE 1). *Madrigal C, Mazas R, Castro I, Báñez N, Caviedes B, Gil E, Martínez I, Redondo C. Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud.*

Objetivo. Describir la distribución del tipo de lactancia que reciben los niños al alta hospitalaria y los factores familiares y factores del embarazo que pueden asociarse con la lactancia materna (LM) al alta hospitalaria en una muestra representativa de recién nacidos en la comunidad de Cantabria.

Material y métodos. Estudio de cohortes, longitudinal, multicéntrico y abierto, en el que 25 pediatras de Cantabria han participado en la captación de 652 recién nacidos.

Resultados. La mayoría son dados de alta entre los días 2 y 5 de vida. La distribución del tipo de LM al alta: 57,9% LM exclusiva, 19,9% lactancia mixta y 22,3% lactancia artificial. En cuanto a los factores familiares que se asocian a la LM exclusiva, se aprecia que se asocia con la LM al alta el nivel de formación. No se asocia ni a la edad ni al IMC de la madre. El porcentaje de españolas que lactan es de 76,9%, mientras que en las no españolas es el 90,5%. No se encontró asociación con el estado nutricional de la madre. Respecto a los factores del embarazo que se asocian a la LM, la ganancia de peso en el embarazo y el número de visitas realizadas a la matrona influyen positivamente en la instauración de la LM, se asocia negativamente con las visitas al ginecólogo y no influyen las visitas realizadas al pediatra. El porcentaje de LM es similar en aquellas que tuvieron un embarazo deseado y en las que fue inesperado. Las madres fumadoras activas o expuestas a tóxicos durante la gestación dan menos pecho al alta. No se asoció la diabetes gestacional con la LM al alta. Las madres que ganan menos peso en el embarazo dan menos LM al alta.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA LACTANCIA MATERNA AL ALTA HOSPITALARIA TRAS EL PARTO EN UNA MUESTRA DE RECIÉN NACIDOS REPRESENTATIVA EN LA COMUNIDAD DE CANTABRIA (PARTE 2). *Madrigal C, Lastra LA, Bercedo A, Corrales A, Escorial M, Duque S, Rubio A, Redondo C. Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud.*

Objetivo. Describir los factores neonatales y en relación con el parto que pueden asociarse con la lactancia materna (LM) al alta hospitalaria en una muestra representativa de recién nacidos en la comunidad de Cantabria.

Material y métodos. Estudio de cohortes, longitudinal, multicéntrico y abierto, en el que 25 pediatras de Cantabria han participado en la captación de 652 recién nacidos.

Resultados. Respecto a los factores relacionados con el parto, el único factor cuantitativo considerado es la edad gestacional, apreciándose que las que dan LM al alta tiene una edad gestacional mayor (4 días) que las que no dan LM al alta. Entre los factores cualitativos, no se evidencian diferencias significativas entre el tipo de parto ni el lugar de nacimiento y la LM al alta. Entre las 642 madres de parto único, dieron LM al alta el 79,9%; mientras que de las 19 madres con parto múltiple, dieron LM solo 6 (24%). En cuanto a los factores neonatales influenciados en la LM al alta, las madres de los niños no reanimados dieron LM en un 78,5% de los casos frente a un 56,5% de los niños que no precisaron reanimación. Recibieron LM por igual los niños (78%) y las niñas (77,6%). Si se encontró una asociación con el estado nutricional del niño al nacimiento, aquellos con un estado nutricional por debajo del normal toman menos LM al alta hospitalaria que los que presentan

un estado nutricional normal. El 79% de los niños no ingresados en neonatología tomaban LM frente al 64,9% de los niños ingresados. No se encontró relación entre el trato recibido por la madre en el hospital y la LM al alta hospitalaria.

ADMINISTRACIÓN DE CALOSTRO OROFARINGEO A RECIÉN NACIDOS PREMATUROS MENORES DE 1500G: EXPERIENCIA DE DOS AÑOS. Arteta Saenz E¹, Corpa Alcalde A¹, Doval Alcalde P, Aja García G¹, Benito L³, De Diego C³, Navarrete V⁴, De Frutos C¹.

¹Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Burgos. ²Servicio de Pediatría, Hospital Río Carrión, Palencia. ³Matrona, Hospital Universitario de Burgos. ⁴Supervisora Enfermería Neonatología, Hospital Universitario de Burgos.

Objetivo. El calostro presenta elevada concentración de moléculas con actividad inmunomoduladora, antiinflamatoria y anti-infecciosa. La administración precoz de calostro en orofaringe (COF) estimula el sistema linfoide y promueve una microbiota saludable, lo que podría conferir protección frente a infección y enterocolitis necrotizante a recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP), menor de 1.500 g. Además, la extracción precoz de calostro se relaciona con mejores tasas de lactancia materna (LM). El objetivo es analizar la implementación del protocolo de recogida precoz y administración de COF a RNMBP en una unidad neonatal de nivel IIIB.

Método. Se desarrolló un protocolo multidisciplinar para la recogida precoz y administración de COF a RNMBP, formando al personal sanitario implicado en las distintas áreas y adquiriendo el material específico. Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, durante dos años (marzo2017- marzo2019), en RNMBP ingresados en nuestra unidad desde el primer día de vida. Se analizan variables perinatales, tasas de administración de COF en la primera semana de vida y prácticas de lactancia al alta.

Resultados. De los 53 RNMBP posibles, se excluyen 3 por no disponer de LM (1 por adopción, 2 por decisión materna informada). Se incluyen 50 RNMBP con edad gestacional media de 28 semanas (24-34sem) y peso al nacer 1.070 g (600-1.490 g). El 90% recibió COF, comenzando el primer día de vida el 67% de ellos. Las razones para no administrar COF fueron inestabilidad del RN (n= 3) y enfermedad materna (n= 2). En ningún paciente se registraron incidencias relacionadas con el procedimiento.

Al alta, las tasas de LM en el grupo de RNMBP que recibió COF fueron: 63,6% LM-exclusiva, 11,4% LM-suplementada, 25% lactancia artificial.

Conclusiones. La recogida precoz de calostro y su administración orofaríngea a los RNMBP ha sido factible en nuestro entorno, desde el primer día de vida en la mayoría de los casos, sin haber documentado incidencias.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTOS EN ADOLESCENTES (13 A 19 AÑOS) ENTRE LOS AÑOS 1993 Y 2017 EN NUESTRO CENTRO.

Soltero Carracedo JF¹, Urueña Leal C², González García C¹, Doval Alcalde I, Corral Hospital S¹, Barrio Alonso MP¹, Alberola López SF³, Andrés de Llano JM¹. ¹Complejo Asistencial Universitario de Palencia. ²Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ³Centro de Salud Jardinillos, Palencia.

Objetivos. Analizar las características de los partos en mujeres adolescentes en nuestro hospital entre los años 1993 y 2017.

Material y métodos. Se recogen las características de los partos de adolescentes (13-19 años) en nuestro centro entre los años 1993-2017, a las que accedimos a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Entre las variables que se estudiaron destacan la edad materna, tipo de

gestación, tipo de parto, factores de riesgo materno, presencia de sufrimiento fetal y presencia de patología del crecimiento fetal. Se realizó un análisis de estadística descriptiva y mediante el modelo de regresión log-lineal de Joinpoint se evaluó la tendencia a lo largo de este tiempo.

Resultados. El total de partos fue de 23.380 de los cuales 680 corresponden a adolescentes (2,7%). Por cada 1000 mujeres adolescentes, la tasa de embarazos ha aumentado a lo largo de los años. La edad sigue una distribución exponencial, con mínimos a los 13 años y mayor número de gestaciones a los 19 años. El tipo de parto fue eutócico (75,1%), cesárea (19,1%), siendo menor el porcentaje respecto al grupo de gestantes entre 20-35 años (22,6%) y el grupo de mayores de 35 años, en los que el porcentaje de cesáreas fue del 30% e instrumental (7,1%), porcentaje similar en todas los grupos etarios de gestantes. Parto único en el 99,3% y parto gemelar (0,7%). La presentación fetal fue anómala en el 4,7% de las gestaciones y el 1,2% de los embarazos curso con HTA, sin otra patología asociada, que sí que estuvieron presentes en los otros grupos de gestantes con incremento a medida que aumentaba la edad de las gestantes. Se produjeron 3 muertes fetales (0,4%). En los recién nacidos de madres adolescentes existió CIR en el 1,3%, similar en porcentaje a los de los otros grupos de madres de mayor edad e isoimmunización en el 4,6%, con un ligero incremento en los recién nacidos de madres con edad adecuada y añosas. No hubo anomalías cromosómicas ni alteración del SNC en ninguno de los recién nacidos.

Conclusión. La tasa de embarazos en mujeres adolescentes ha ido aumentando a lo largo de los años, sin significación estadística.

ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD DEL GRAN PRETÉRMINO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. López Casillas P¹,

Bermúdez Barrezueta L¹, Brezmes Raposo M¹, Garrote Molpeceres R¹, Del Barrio Lozano P, Cancho Soto T², Pino Vázquez A¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid.

Introducción. La supervivencia de los grandes prematuros se ha incrementado durante los últimos años, pero nuestro objetivo es aumentar la supervivencia sin aumentar la morbilidad asociada y sobre todo evitando la discapacidad grave. Predecir la evolución y la supervivencia es difícil, planteando problemas clínicos y éticos a la hora de tomar decisiones en las que debemos hacer partícipes a los padres, eso implica poder ofrecerles datos fiables de los resultados obtenidos en nuestro centro.

Objetivos. Conocer los resultados relativos a mortalidad y morbilidad en los pretérmino de ≤ 32 semanas de gestación de nuestra unidad.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte histórica de prematuros de ≤ 32 semanas asistidos en nuestro Hospital durante un periodo comprendido entre los años 2003 y 2018, ambos incluidos. Se recogieron variables cuantitativas y cualitativas relacionadas con características socio-demográficas, factores perinatales, manejo clínico, morbilidad y mortalidad.

Resultados. De los 21.658 partos habidos en nuestro hospital durante los años 2003 a 2018, 382 fueron prematuros de La edad media de las madres fue de 32,75 años, IC 95% (32,14 y 33,36 años). La edad media de gestación de 29,04 semanas, (IC 95% 28,80-29,28). El peso medio al nacimiento fue de 1.247,5 g, (IC 95% 1.209 -1.286). En cuanto a los datos de morbilidad obtenidos: el 56,7% se diagnosticó de EMH, un 35% presentó DAP, el 7% ROP, el 9,1% ECN, el 14,8% tuvo algún grado de HIV, el 35% precisó antibioterapia por sepsis clínica y el 20% fue catalogado de DBP. La mortalidad supuso el 10,6% de los prematuros estudiados, afectando fundamentalmente a los de menor edad de gestación. **Conclusiones:** Conocer nuestros resultados nos permite compararnos con los hospitales del mismo nivel asistencial, analizar campos de mejora y disponer de datos objetivos que nos permitan ofrecer una información

fidedigna a los padres acerca de las posibilidades de supervivencia y supervivencia sin secuelas.

Viernes 15 de noviembre - Sala 7

Moderadores: Carlos Pérez Méndez y Flor Ángel Ordóñez Álvarez

APLICACIÓN DE LA NUEVA HERRAMIENTA FILMARRAY® EN EL DIAGNÓSTICO DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA EN NUESTRO MEDIO. *Romero García C, García Salamanca YÁ, Marco Sánchez JM, Martínez Pereira A, Pendones Ulerio J, Sánchez Granados JM. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

Objetivos. El FilmArray® es una prueba diagnóstica que consiste en un panel de PCR de los principales patógenos actuales para detectar patógenos en el diagnóstico de la meningoencefalitis aguda infecciosa. Se ha objetivado una ventaja en cuanto a la diferencia temporal en los resultados frente a la PCR específica y al cultivo, lo que permite marcar una u otra actitud terapéutica más rápidamente, siendo de gran utilidad en este tipo de enfermedades. Hasta la fecha se ha visto en diferentes estudios una similar aunque variable sensibilidad y especificidad respecto a los métodos tradicionales en función del patógeno. El objetivo es comprobar la correlación del FilmArray® como método diagnóstico frente a los métodos tradicionales y su utilidad para poder realizar una actitud terapéutica determinada.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo utilizando una base de datos de los pacientes menores de 14 años a los cuales se les ha realizado el FilmArray®, prueba de PCR específica y cultivo en nuestro centro en los años 2018 y 2019. Se han recogido un total de 27 pacientes para FilmArray®. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y terapéuticas y se han analizado mediante el programa SPSSv22.

Resultados y Conclusiones. De los 26 casos de FilmArray® 5 fueron positivos (tres enterovirus, un meningococo y un echovirus). De los 18 que comenzaron tratamiento antibiótico, 8 cambiaron tras las pruebas (5 tras el FilmArray® y 3 tras la PCR específica). En el caso concreto del Aciclovir en ningún caso se retiró solo con el resultado del FilmArray®, precisando de la confirmación de la PCR específica. En los 26 casos tanto los hemocultivos como los cultivos de LCR solicitados fueron todos negativos, salvo en el caso del meningococo que fue positivo el cultivo de LCR. En dos casos positivos de enterovirus el resultado fue el mismo en la PCR específica, mientras que en los negativos no se han hallado PCR específica negativa.

ENFERMEDAD DE KAWASAKI: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NIÑOS INGRESADOS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. *Villalón Martínez MC, Hernández A, Alonso C, Roux A, Martín B, Pablos A, González O, Criado C. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

Introducción. La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis cuya importancia radica en la posible producción de aneurismas coronarios. Es la principal causa de cardiopatía adquirida en la infancia.

Objetivos. Analizar características epidemiológicas, clínicas, analíticas, hallazgos ecocardiográficos y otros hallazgos encontrados en pruebas diagnósticas y tratamientos realizados.

Métodos. Estudio retrospectivo de niños menores de 14 años ingresados en la planta de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Salamanca entre los meses de noviembre de 2014 y agosto de 2019 con sospecha de diagnóstico de Enfermedad de Kawasaki.

Resultados. Trece pacientes fueron diagnosticados de Enfermedad de Kawasaki, tres cumplían criterios diagnósticos de Enf. de Kawasaki

completa y el resto de Kawasaki incompletos. La mayoría fueron mujeres, mediana de edad de tres años. Todos los casos presentaron fiebre. El ecocardiograma fue normal en Diez de los pacientes, y durante el seguimiento se normalizaron las alteraciones coronarias en los restantes. Doce de los pacientes se trataron con IGIV, solo un caso precisó una 2º dosis por persistencia de la fiebre. Todos recibieron la dosis antiinflamatoria y antiagregante de AAS, excepto un paciente, que solo requirió dosis antiagregante profiláctica. Únicamente un paciente precisó ingreso en UCIP por complicaciones asociadas.

Conclusiones. Tres de los pacientes presentaron alteraciones coronarias en el ecocardiograma durante el ingreso, por lo que un diagnóstico de sospecha adecuado y un tratamiento precoz son fundamentales para la evolución y el pronóstico cardiológico a corto y largo plazo de estos niños.

RENTABILIDAD DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN INFECCIÓN OSTEOARTICULAR EN LA INFANCIA. *Pérez González D, Gómez Arce A, Caldeiro Díaz MJ, Jimenez Montero B, Álvarez Álvarez C, Santos Lorente C, Ansó Mota M, Justel Rodríguez M. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La infección osteoarticular (IOA) engloba los procesos de osteomielitis (OM), artritis séptica (AS) y espondilodiscitis (EP). Se trata de entidades de difícil diagnóstico, con potenciales complicaciones y secuelas, por lo que es importante realizar un diagnóstico e inicio de tratamiento precoz.

Objetivos. Conocer la rentabilidad de las pruebas complementarias disponibles para el diagnóstico de IOA.

Material y métodos. Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes dados de alta de planta de pediatría con diagnóstico de IOA entre 2008 y 2018.

Resultados. Obtenemos una muestra de 112 pacientes (57 OM, 42 AS, 13 EP), con edad media de 4,83 años y 8 días de evolución hasta el diagnóstico. Analíticamente presentan una media de 12.535 leucocitos/mm³ (55% neutrófilos), con PCR 4,3 mg/dl y VSG 46,5 mm/h (AS mayor alteración analítica). Respecto a pruebas de imagen, la radiografía resulta alterada en torno a un 30%, mientras que la ecografía es patológica entre un 71% (OM) y un 90% (AS). La RMN y/o gammagrafía son necesarias en torno al 50% de los casos (100% EP), confirmando el diagnóstico en más del 90% de los estudios. Para realizar diagnóstico etiológico, obtenemos extracción de hemocultivo en un 76%, con aislamiento microbiológico en un 17%; mientras que se extrae muestra biológica peri-/intraarticular en un 31% de los casos (64% en AS), obteniendo resultado positivo en un 40% de las mismas.

Conclusiones. El empleo de antibioterapia empírica precoz se relaciona con evolución clínica favorable y menor tasa de secuelas, por lo que es importante iniciarlo ante la sospecha clínica de IOA a pesar de pruebas de primer nivel (analítica, radiografía, ecografía) normales. Debe recogerse muestra para análisis microbiológico siempre que sea posible antes de iniciar el tratamiento antibiótico (recordar hemocultivo en procesos afebriles).

VARIABILIDAD EN LA INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX EN NIÑOS CON SOSPECHA DE NEUMONÍA. *Justo Vaquero P, López Balboa P, Marcos Temprano M, González Fuentes S, Carranza Ferrer J, Nieto Sánchez R, González García H. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivo. Evaluar la fiabilidad y validez de la interpretación de la radiografía de tórax en niños con sospecha de neumonía.

TABLA I.

	Gold estándar		Pediatra de Urgencias ciego			Pediatra Neumólogo ciego				Radiólogo pediátrico ciego			
	n	n	VPP	VPN	K (IC 95%)	n	VPP	VPN	K (IC 95%)	n	VPP	VPN	K (IC 95%)
Si Neumonía	91	106	84	88	0,51 (0,33 - 0,69)	90	78	39	0,16 (-0,02 - 0,35)	82	70	42	0,11 (-0,06 - 0,29)
Neumonía típica	41	45	88	89	0,74 (0,62 - 0,87)	56	68	65	0,30 (0,14 - 0,47)	49	63	86	0,50 (0,35 - 0,66)
Neumonía atípica	50	61	75	93	0,68 (0,56 - 0,81)	34	71	70	0,35 (0,19 - 0,52)	33	67	69	0,30 (0,13 - 0,47)

VPP: valor predictivo positivo. VPN: valor predictivo negativo. K: valor kappa

Métodos. Las radiografías de tórax de 122 niños con sospecha de neumonía fueron clasificadas, siguiendo la guía de la Organización Mundial de la Salud para su interpretación, por un pediatra de urgencias, un neumólogo pediátrico y un radiólogo pediátrico, quienes desconocían otros datos acerca de los pacientes ("ciegos"). Posteriormente fueron clasificadas por otro pediatra que dispuso de todos los datos clínicos incluyendo su evolución hasta la curación, considerado el "gold estándar". Se determinó el grado de acuerdo intraobservador valorando de 20 radiografías en dos momentos diferentes y entre observadores ciegos sobre 122. Se expresan los valores predictivos positivos y negativos con respecto al "gold estándar" y el coeficiente Kappa (K).

Resultados. La edad mediana fue 3,75 años (rango: 0,3-13,8), siendo mujeres 62 (50,81%). El pediatra con información clínica y evolutiva catalogó de neumonía a 91 pacientes (74,60%), de ellas 50 atípicas (54,95%) y 41 típicas (45,05%). El pediatra "ciego" sobrediagnosticó neumonías (106, 86,88%) y el neumólogo pediatra sobrediagnosticó neumonías típicas (56, 62,22%). El estudio intraobservador mostró en todos los profesionales acuerdos débiles (K entre 0,21-0,40), salvo acuerdo moderado del pediatra ciego para neumonía típica (K = 0,56). En la tabla I se muestran los principales resultados interobservador.

Conclusiones. La fiabilidad (acuerdo intraobservador) de la radiografía de tórax es baja. En cuanto a la validez los mejores valores predictivos y concordancia los consigue el pediatra de urgencias "ciego" (acuerdos buenos o excelentes), siendo los del neumólogo pediatra y el radiólogo pediátrico de menor consistencia. Surge como alternativa la ecografía torácica en neumonías pediátricas, siendo necesarios estudios de su fiabilidad y validez.

EXPERIENCIA EN MORDEDURAS DE VÍBORA EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. Fernández Cabo V, López De Viñaspre Vera-Fajardo M, Frank De Zulueta P, Fernández Calderón L, López Fernández C, Guerra Díez JL, Torre González T, Castañares Saiz M. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. La mordedura de víbora es el accidente ofídico más frecuente en nuestro país. En nuestro medio, la que habita es la víbora cantábrica (*Vipera seoanei*).

Objetivos. Analizar las consultas en Urgencias Pediátricas por mordedura de víbora, su manejo y la necesidad de actualizar protocolos de actuación.

Material y método. Análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes que acudieron a Urgencias Pediátricas de un hospital de tercer nivel por mordedura de víbora entre los años 2000 y 2018.

Resultados. Analizamos 25 pacientes (84% varones, 16% mujeres). El 80% mayores de 7 años. Nivel de triaje mayoritario el 2. Sin manejo prehospitalario el 96% y el 76% acudía en las primeras 6 horas. 80% de las mordeduras fueron en extremidades superiores y la mayoría (64%) consultaban con un estadio inicial 1. Solo 12% presentaban al inicio síntomas generales. Se realizó analítica sanguínea al 88% (100% con coagulación). Presentaban criterios de mal pronóstico 20% (leucocitosis > 15.000). En cuanto al tratamiento: al 12% se les administró vacuna antitétánica, 52% sueroterapia, 100% antibioterapia, 40% corticoide, 44% antihistamínico y 12% antiveneno. Estadio máximo alcanzado (0: 12%, 1: 40%, 2: 35%, 3: 12%). Solo un paciente presentó complicaciones (síndrome compartimental) y requirieron ingreso el 88% (18% en UCI).

Conclusiones. A pesar de que la mordedura de ofidio es poco frecuente en España, es un cuadro potencialmente grave, lo que hace imprescindible conocer su manejo y disponer de protocolos actualizados.

AFECTACIÓN RENAL EN RELACIÓN CON INFECCIÓN RESPIRATORIA POR GRIPE A. Fraile García L¹, Garrote Molpeceres R², Urbaneja Rodríguez E¹, Pino Vázquez MA³, Lejarazu Leonardo R⁴, González García H. ¹Servicio de Pediatría, ²Unidad de Nefrología Pediátrica, ³Unidad de Cuidados Intensivos, ⁴Servicio de Microbiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La infección por el virus gripe A (VGA) puede ocasionar complicaciones renales potencialmente graves. A continuación, presentamos un estudio descriptivo de las características clínico-epidemiológicas, diagnósticas, terapéuticas y evolutivas de los pacientes 0-14 años ingresados por nefropatía en nuestro centro de 2016-2018 en contexto de infección respiratoria por VGA.

Resultados. En nuestra unidad ingresaron 8 pacientes por patología renal asociada a infección VGA, 6 (75%) varones y 2 (25%) mujeres. Ninguno de ellos presentaba alteración de la función renal previa ni había recibido vacuna antigripal. La mediana etaria fue de 5,5 años (1-10). *Sintomatología al ingreso:* renal 8 (100%), respiratoria+renal 4 (50%), mialgias 4 (50%). *Latencia entre inicio sintomatología respiratoria y renal:* 3 días (1-5). *Datos analíticos relevantes:* Cifra mediana de máxima creatinemia 2,3 mg/dl (0,95-4,4), elevación de CK en 4 (50%), proteinuria en rango nefrótico 3 (37,5%), proteinuria significativa no nefrótica 5 (62,5%). *Clasificación-RIFLE:* 2 (25%) estadio 3, 3 (37,5%) estadio 2, 3 (37,5%) estadio 1. *Patología renal diagnosticada:* 1 SHU con neumonía por gripe A(H1N1) coinfectado por neumococo, 4 GNA por gripe A(H3N2), 3 síndromes nefróticos por gripe A(H3N2). *Mediana de días de estancia hospitalaria:* 15 (3-45). 2 (25%) precisaron técnicas de depuración extrarrenal por fallo renal agudo (1 SHU, 1 GNA), con una mediana de duración de 7,5 días (1-14) y mediana días de estancia en UCIP: 16,5

(3-30). *Tratamiento con oseltamivir*: los 2 pacientes ingresados en UCIP. *Evolución*: Supervivencia del 100%. Secuelas en 1(20%) en forma de ERC estadio G3A1 en el paciente con SHU, habiendo sido tratado con eculizumab iv 10 meses.

Comentario. Aunque la afectación renal en el transcurso de infección por VGA es infrecuente, en nuestra serie hemos objetivado la diversidad de daño descrito en la literatura (GNA, SHU, síndrome nefrótico). Por ello resulta imprescindible un diagnóstico y tratamiento precoces para disminuir la morbi-mortalidad asociada.

EXPERIENCIA Y MANEJO DEL SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO DURANTE 20 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Castañares M, Frank De Zulueta P, Fernández Calderón L, López Fernández C, González-Lamuño Leguina D, Guerra-Díez L. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. Una de las principales causas de fallo renal agudo en < 5 años es el síndrome hemolítico-urémico (SHU). Se compone de la triada: anemia hemolítica microangiopática, trombopenia y fallo renal agudo. La mayor parte se presentan como SHU típico (90%). Alcanzando una mortalidad del 5%.

Objetivos. Describir características epidemiológicas, clínicas, y evolutivas de pacientes con SHU.

Pacientes y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes de 1 a 16 años ingresados por SHU en un hospital de tercer nivel entre 1/1/1999 – 31/08/2019.

Resultados. 15 pacientes (60% mujeres), mediana de edad 19 meses. 6 casos (40%) en verano. 86,6% casos de SHU típico, 2 casos atípicos sin diarrea (13,3%). 76,9% presentaban rectorragia; periodo prodrómico medio 5,5 días. Todos presentaron anemia y esquistocitos, trombopenia presente en 14 pacientes (93%). Coprocultivo negativo en el 73,3%, uno positivo (*Aeromonas Aerophila*). Un caso de SHU atípico con anticuerpos anti factor H; otro en paciente con infección neumocócica concomitante. 14 pacientes (93,3%) presentaron IRA; 11 hematuria (73,3%); 13 proteinuria (86,6%); 8 HTA (53,3%), 5 convulsiones (33,3%) y 2 coma (13,3%). 4 pacientes precisaron antihipertensivos (33,3%); 2 corticoterapia (13,3%) y 46,6% transfusiones. En un caso de SHU atípico se realizaron 6 ciclos de plasmaféresis. 66,6% ingresó en UCI, el 70% de estos se trasladó para terapia de sustitución renal. Duración mediana de ingreso 12,5 días. Un único éxitus. Buena evolución a largo plazo, 1 único paciente ERC leve, 1 recurrencia, 3 con proteinuria persistente, 2 de ellos en tratamiento con IECA.

Conclusiones. Es importante conocer y sospechar esta entidad ya que, aunque poco frecuente en nuestro medio, tiene una morbimortalidad importante. El coprocultivo debe realizarse de manera precoz.

REVISIÓN DE CASOS DE LITIASIS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA.

García Salamanca YÁ, Martínez Pereira A, Romero García C, Marco Sánchez JM, Criado Muriel C. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción. La litiasis se define como la presencia de cálculos en el tracto urinario. En la mayoría de los casos se identifica un factor de riesgo subyacente (anomalías metabólicas en orina, ITUs y/o anomalías estructurales del tracto urinario). Existen diferentes tratamientos médicos o quirúrgicos, en función de la severidad del dolor, la presencia de obstrucción o infección y del tamaño y localización de la litiasis.

Objetivo. Revisión de pacientes < 14 años con diagnóstico de litiasis en seguimiento por Nefrología Infantil de nuestro hospital entre enero de 2006 y octubre de 2019.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y terapéuticas, y se analizaron posteriormente con el programa SPSSv22.

Resultados. Se incluyeron 18 pacientes con una media comprendida entre 5,45 ± 4 años, con sexo predominante masculino (61,11%). Los antecedentes familiares de litiasis solo se encontraron en un 33,33% de los pacientes, hallándose mayoritariamente en los familiares de primer grado (66,67%). Los factores de riesgo predominantes fueron las anomalías metabólicas en orina, siendo la hipercalcemia la más frecuentemente encontrada (61,11%), seguida de la combinación hipercalcemia con hipocitratemia (11,11%); solo un paciente presentó hiperuricosuria. Un 66,57% habían padecido ITU, siendo el *E. coli* el microorganismo más frecuente (66,67%). En cuanto a las anomalías genitourinarias como factor de riesgo de litiasis, solo se evidenció una EPU en un único paciente. El 50% presentaron resolución espontánea de la litiasis con una dieta adecuada. El 16,67% precisaron tratamiento farmacológico. Un 5,56% precisó tratamiento quirúrgico exclusivo. El 27,78% se benefició de la combinación de ambos. En el 77,78% no se evidenciaron recurrencias.

Conclusión. En nuestro estudio el factor de riesgo más frecuentemente encontrado fueron las alteraciones metabólicas urinarias (predominando la hipercalcemia), seguido de las ITUs y de las anomalías estructurales. En cuanto al tratamiento, se evidenció que la mayoría de las litiasis presentaron una resolución espontánea siguiendo una adecuada dieta e hidratación.

POLIQUISTOSIS RENAL EN EDAD PEDIÁTRICA.

Díaz Anadón LR, Quesada Colloto P, Hernández Peláez L, Fernández Castiñeira S, Carnicero Ramos S, Ordóñez Álvarez FÁ. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Tradicionalmente se ha considerado la poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD) como una enfermedad característica de adultos y que solo la poliquistosis autosómica recesiva (PQRAR) se manifiesta en la edad pediátrica con la aparición de quistes renales. Este concepto está evolucionando en la actualidad a la luz de la mayor difusión de la ecografía y de las mejoras técnicas en las ecografías prenatales.

Serie de casos. Se recabaron datos de todos los casos de pacientes menores de 18 años controlados en consultas de Nefrología Pediátrica de un hospital de tercer nivel con diagnóstico de PQRAD y PQRAR en los últimos 5 años con el fin de describir clínicamente estas patologías. Durante este periodo se identificaron dos casos de PQRAR, un adolescente de 18 años y una lactante de 12 meses, ambos diagnosticados en época neonatal y con afectación hepática además de renal. En este mismo periodo se siguieron en consultas nueve casos de PQRAD (8 mujeres, 2 de ellas hermanas, media de edad 9,7 años, rango 4-15 años), diagnosticados todos por la presencia de quistes renales en la ecografía, dos de ellas prenatalmente, el resto tenían edades al diagnóstico desde los 2 meses hasta los 12 años. De estos pacientes, una presenta hipertensión arterial y enfermedad renal crónica estadio 2, el resto están asintomáticos y tienen una función renal normal en la actualidad.

Conclusiones. En esta serie de pacientes se evidencia que la PQRAD puede debutar ya desde la edad pediátrica con la presencia de quistes renales. Asimismo, la prevalencia en nuestras consultas de PQRAD en la edad pediátrica es mayor que la de la PQRAR. La mayoría de pacientes con PQRAD presenta un curso benigno durante la infancia. Estos datos nos hacen reflexionar sobre la necesidad de cambiar nuestra concepción de la enfermedad y de pensar en esta patología también en el diagnóstico diferencial de los quistes renales en niños.

REVISIÓN MORBILIDAD DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE BURGOS EN 2018. Galvañ Félix Y, Montero García J, Hernández Díaz C, Ortega Escudero M, Ruiz Hierro C, Mugerza Vellibre R, Guitérrez Dueñas JM. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. La cirugía mayor ambulatoria (CMA) tiene como objetivo la implementación del uso de los recursos sanitarios y de la eficiencia y calidad asistencial.

Objetivo. Evaluar los índices de calidad establecidos por el Sistema Nacional de Salud de la unidad de CMA del servicio de Cirugía Pediátrica de Burgos.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyen todos los pacientes intervenidos en régimen ambulatorio en el año 2018.

Resultados. La tasa de intervenciones ambulatorias fue del 66%, interviniéndose 494 pacientes en los que se realizaron 547 procedimientos (26 tipos de procedimientos con 40 diagnósticos diferentes); con una media de edad de 70 meses ± 113 meses. El 82% de los pacientes residían en la provincia de Burgos, el 18% restante en otras provincias de Castilla y León y La Rioja. La tasa de suspensión quirúrgica fue del 5% (por patología respiratoria aguda (29%), fiebre (4%) y otros (67%)). El 83% se realizaron bajo anestesia general, 15% bajo sedación con anestesia local y 2% exclusivamente con anestesia local. Un 5,4% de los pacientes solicitaron atención postquirúrgica (60% en su pediatra de atención primaria y un 30% a las urgencias hospitalarias), siendo la tasa de morbilidad total del 6,1%, con una tasa de reingreso del 0%. La tasa de pernocta fue del 1,6% y la de infección de herida quirúrgica del 1%.

Conclusión. La CMA en nuestro centro cumple los índices y estándares en morbilidad, funcionamiento interno, eficiencia y calidad establecidos por el Sistema Nacional de Salud.

Fernández Francés M¹, Dominguez Aurrecochea B², Pérez Candás JF³, García Merino Á⁴, Fernández López FJ⁵, Coto Fuente M⁶, Rolle Soñora V⁷. ¹C.S. La Corredoria. ²AEPAP. ³C.S. Sabugo. ⁴C.S. Vallobin. ⁵C.S. Nava. ⁶C.S. Magdalena. ⁷ISPA.

Objetivos. Conocer la influencia de antecedentes, factores socioculturales familiares y conocimientos previos de la madre en la decisión del tipo de alimentación del RN

Métodos. Estudio longitudinal prospectivo multicéntrico de una cohorte de niños nacidos entre marzo de 2017 y febrero de 2018, que acuden por primera vez (antes de 15 días de vida), a consultas de Pediatría de atención primaria (PAP) pertenecientes a PAPenRed. Datos recogidos mediante formulario específico. Variables: ámbito geográfico, factores perinatales, socioculturales, antecedentes maternos, conocimientos previos de la madre, momento y participación en la decisión de dar LM. Se emplearon modelos de regresión logística bivariados y múltiples. Las variables que en el bivariado tenían un p-valor inferior a 0,2 se incluyeron en el múltiple; se excluyeron las no significativas del modelo múltiple, una a una, en orden de p-valor descendiente, hasta obtener el modelo final. El criterio final para escoger el mejor modelo se basó en el criterio de información de Akaike (AIC).

Resultados. Exponemos datos de 2.066 primeras visitas (antes de 15 días de vida):

- Ámbito geográfico: rural: 22,1%; urbano: 73,6%; mixto: 4,3%.
- Lugar nacimiento: hospital público 87,3%; domicilio: 0,6%.
- Tipo de parto: cesáreas: 17,9%; parto vaginal: 81,8%.
- Edad materna: 41% tienen más de 35 años.
- Procedencia: autóctonas: 78,7%.
- Estudios: universitarias: 45,4%.
- Trabajo: asalariadas: 68,4%; desempleo: 7,9%; autónomas 8,5%; hogar: 5,7%
- El 34,3% no gestaciones previas.
- Decidieron dar lactancia materna: 90,9%. Decisión antes del embarazo: 71,4%; durante el embarazo: 23%; tras nacimiento: 5,5%.
- Participaron en la decisión: solo la madre: 33,6%; el padre y la madre: 66,2%

En la figura 1 se exponen las variables con influencia positiva y negativa respecto a la decisión de dar LM al RN.

Sábado 16 de noviembre - Sala 4

Moderadores: Cristina Molinos Norniella e Isabel Pérez García

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DE DAR O NO LACTANCIA MATERNA. ESTUDIO LAYDI. Ordóñez Alonso MÁ¹,

Variable		N	Odds ratio	p
pract_clases_emb	No	907	Reference	0.01
	Sí	918	1.60 (1.11, 2.33)	
momento_decision	Antes de estar embarazada	1318	Reference	< 0.001
	Después del nacimiento del bebé	103	0.06 (0.04, 0.10)	
	Durante el embarazo	404	0.47 (0.32, 0.71)	
Partic_decision	Los dos	1206	Reference	< 0.001
	Sólo la madre	619	0.42 (0.29, 0.60)	
lacta_madre	No	478	Reference	< 0.001
	Sí	1347	2.37 (1.64, 3.42)	
nivel_de_estudios_madre_r	No universitarios	928	Reference	< 0.001
	Universitarios	897	2.18 (1.47, 3.26)	
origen+madre2	Autóctona	1543	Reference	< 0.001
	Inmigrante Latinoamérica	168	7.98 (2.77, 34.08)	
	Otros	114	3.03 (1.22, 9.39)	
tabaquismo_madre	No	1504	Reference	0.08
	Sí	321	0.70 (0.46, 1.05)	
enfermedades_durante_el_embarazo_r	Alguna enfermedad	622	Reference	0.11
	Sin enfermedad	1203	1.35 (0.93, 1.94)	
(Intercept)			6.75 (4.16, 11.19)	< 0.001

Figura 1.

Conclusiones. Debemos potenciar la lactancia materna con campañas (incluso colegios, institutos) incidiendo en las mujeres en edad fértil y proseguiendo con talleres durante embarazo.

LACTANCIA MATERNA A LOS 12 MESES: MANTENIMIENTO Y ABANDONO. RESULTADOS DEL ESTUDIO LAYDI. Fernández Francés M¹, Ordóñez Alonso M¹, García Merino Á², Fernández López FJ³, Pérez Candás JI⁴, Coto Fuente MM⁵, Domínguez Aurrecoechea B⁶, Red De Pediatras Pap.¹C.S. La Corredoria. Oviedo. ²C.S. Vallobín-C onci-nos. Oviedo. ³C.S. Nava. ⁴C.S. Sabugo. Avilés. ⁵C.S. La Magdalena. Avilés.

Objetivo. Conocer los datos sobre lactancia materna en niños de 12 meses y los factores asociados al mantenimiento y abandono de la misma.

Material y método. Estudio longitudinal prospectivo de una cohorte de niños nacidos entre marzo de 2017 y febrero de 2018 que acuden durante los 12 primeros meses de vida a las consultas de pediatría de AP pertenecientes a una red de investigación con cobertura nacional (PAPenRed). Se recogieron, mediante cuestionario específico, tipo de alimentación de los lactantes, motivos para introducir lactancia artificial y motivos para abandonar la lactancia natural. Se analizaron los datos de 6 visitas: 15 días, 1 mes, 2, 4, 6 y 12 meses.

Resultados. La lactancia materna exclusiva (LME) disminuyó desde el 65,6% a los 15 días hasta el 36,01% a los 6 meses. La mayor caída se produjo entre los 4 y los 6 meses (del 53,01% al 36,01%). La LM de cualquier tipo disminuyó desde el 89,1% a los 15 días hasta el 40,4% a los 12 meses.

Motivos más frecuentes para introducir lactancia artificial (LA):

- En las tres primeras visitas, sensación de hambre en el bebé (45,4%, 52,4%, 54,5%) y sensación de tener poca leche (32,8%, 39%, 36%);
- A los 4 meses, sensación de hambre del bebé (37,2%) y decisión de la propia madre (33,7%);
- A los 6 meses, trabajo materno (59,3%) y decisión propia (22,8%).
- A los 12 meses, trabajo materno (37,2%) y decisión propia (33,3%).

Motivos para el abandono de la LM:

- En las cuatro primeras visitas, sensación de hambre (52,9%, 49%, 40,4%, 50,4%, 42,5%) y sensación de tener poca leche (47,1%, 53,1%, 56,9%, 45,8%);
- A los 6 meses, trabajo materno (40,7%) y sensación de poca leche (39,7%);
- A los 12 meses, decisión propia (36,6%) y trabajo materno (33,8%).

Conclusiones. La falta de confianza de las madres en su capacidad de amamantar, junto a la reincorporación al trabajo tras el permiso de maternidad siguen siendo los motivos principales del fracaso de la LME. Los permisos actuales de maternidad dificultan la LME durante 6 meses y contribuyen a que la LM de cualquier tipo no se prolongue hasta los 12 meses.

¿SE ALIMENTAN BIEN NUESTROS NIÑOS HOSPITALIZADOS? Brel Morenilla M, Valladares Díaz AI, García-Trevijano Cabetas L, Lozano Rincón L, Bartolomé Calvo G, Carrón Bermejo M, Del Villar Guerra P. Hospital General de Segovia.

Introducción. Los hábitos dietéticos de la población infantil han cambiado a lo largo de los años. Actualmente, la ingesta excesiva de hidratos de carbono y azúcares refinados prevalece frente a una dieta variada y equilibrada. Los padres influyen en la dieta de sus hijos de distintas maneras, siendo la más importante decidir qué tipo de comida hay en casa y de qué forma se consume. Pero, ¿qué pasa durante un ingreso hospitalario? Presentamos un estudio realizado en la planta de

Pediatría de un hospital secundario, donde los padres pueden elegir entre varias opciones de platos para sus hijos.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo, basado en la revisión de las dietas de 84 pacientes hospitalizados en nuestro centro durante Abril-Septiembre de 2019, recogiendo sexo, edad, tiempo de ingreso, IMC en DE según tablas de Hernández y las opciones elegidas entre las propuestas en cada una de las ingestas del día, entre otras.

Resultados. El 56,5% (n= 48) fueron varones; edad media: 5,82 años; tiempo medio de ingreso 3,46 días; media IMC: 16,46 kg/m² (-0,17 DE). El 4,6% (n= 4) eran obesos; 7 padecían sobrepeso. El 66,65% tomaba un exceso de HC en la cena, 7 no desayunaban y un 38% tenían una ingesta mínima de 3 piezas de fruta/verdura al día. Un 42% escogía fruta en alguna comida. Del 28,5% que escogía guarnición, el más frecuente fue patatas fritas, generalmente mezcladas con fritos o rebozados. Prácticamente la totalidad de los yogures escogidos fueron azucarados.

Conclusiones. La mayoría de los padres delegaron la elección de los platos a tomar en sus hijos, objetivándose un predominio de los hidratos de carbono, sobre todo en las cenas. Prácticamente ningún paciente eligió verdura como guarnición. Desde los centros sanitarios debemos insistir en las recomendaciones de alimentación y pirámide nutricional para evitar problemas de salud y asentar buenos hábitos alimenticios desde el comienzo de la alimentación complementaria.

REVISIÓN DE LAS GASTROENTERITIS AGUDAS DESDE EL 2014 HASTA LA ACTUALIDAD EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE SALAMANCA. Domínguez Cendal G, Hernández Prieto A, Alonso Díez C, García Lorente M, De La Calle T, Prieto Matos P, Bajo AF, González González M. Hospital Clínico de Salamanca.

Introducción. La gastroenteritis aguda (GEA) es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes y con mayor demanda de servicios sanitarios. El principal agente causal es el Rotavirus.

Objetivos. Estudiar las características de los niños ingresados por GEA en el Hospital Clínico de Salamanca (HUSA) en los últimos 5 años.

Material y métodos. Estudio retrospectivo donde analizamos los ingresos por GEA en el HUSA en un periodo comprendido desde el 1 de enero del 2014 hasta la actualidad. El análisis se ha realizado mediante el programa estadístico SPSS17.0®

Resultados. Se registró un total de 196 ingresos por GEA en niños menores de 14 años. La mediana de edad fue 22 [9-69] meses. El 58,7% fueron niños y 41,3% niñas. El 67,51% de ingresos presentaron fiebre. El 52% de los que ingresaron por otro motivo distinto a GEA, presentaron infección nosocomial por Rotavirus. La media de ingresos anuales es de 32,7 ± 8,9. El 61,7% de los coprocultivos recogidos fueron positivos, siendo el Rotavirus el agente causal más frecuente (37,1%), el cual ha supuesto el 87,8% de las infecciones en niños menores de 24 meses, y el 53,3% en niños mayores de esta edad. Se observa un predominio de virus en las estaciones de primavera (40,6%) y verano (22,5%) y un predominio de bacterias en otoño (35,4%) y verano (33,3%). El promedio de días de ingreso en los que recibieron pauta de rehidratación rápida en Urgencias fue de 4,79 ± 2,8 días, frente a los que no la recibieron 5,56 días (p= 0,240).

Conclusiones. El Rotavirus continúa siendo la principal etiología de GEA en lactantes. Se ha visto un aumento de los casos fuera de las estaciones descritas en la literatura. Todavía existe un porcentaje importante de GEAs por Rotavirus de origen nosocomial. Existe una reducción de días de ingreso en los que recibieron pauta de rehidratación rápida con respecto a los que no, pero necesitaríamos una muestra de mayor tamaño para obtener unos resultados más representativos.

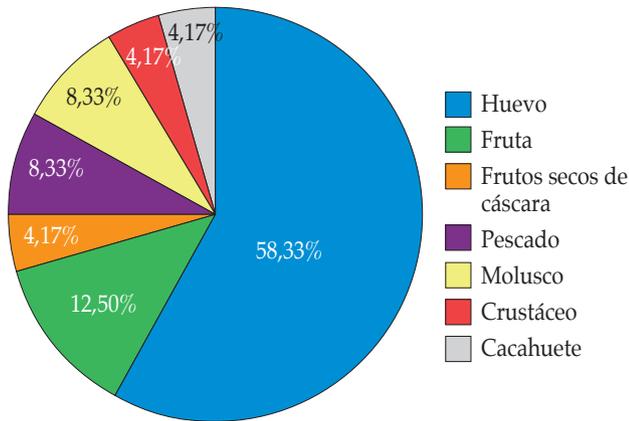


Figura 1.

PRUEBA DE EXPOSICIÓN ORAL CONTROLADA A ALIMENTOS EN UNA CONSULTA DE ALERGOLOGÍA DE NUEVA IMPLANTACIÓN. González García LG¹, Mata Zubillaga D¹, Toyos González P², Laso Alonso AE¹, Fernández Miaja M¹, Amigo Bello MC¹, García Aparicio C¹, Rodríguez García L². ¹Hospital Vital Álvarez Buylla. Asturias. ²Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivo. La PEOC es una prueba fundamental en el estudio de alergia alimentaria. En el HVAB ha empezado a realizarse desde la reciente implantación de la consulta de alergología pediátrica. Al tratarse de un hospital comarcal, surgen las dificultades logísticas propias de estos (personal de enfermería poco entrenado, ubicación...). Nuestro objetivo ha sido describir las realizadas, analizando su idoneidad e incidencias.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyeron PEOC realizadas a pacientes menores de 14 años en estudio por alergia alimentaria (excluyendo leche de vaca) durante 16 meses.

Resultados. Se incluyeron 24 PEOC realizadas a 14 pacientes (9 varones, 5 mujeres). Los alimentos fueron frutos secos, fruta, pescado, marisco y huevo (Fig. 1). La edad media fue 62 ± 47 meses (12-173 meses). Al diagnóstico presentaron urticaria 9/14, vómitos 3/14. En 2/14 se detectó IgE positiva en contexto de estudio. Ninguno presentó diarrea, abdominalgia, dificultad respiratoria ni anafilaxia. En 10/14 se precisó realizar 2-3 PEOC. De 14 PEOC realizadas a huevo, en 7 se confirmó la alergia (2 derivadas para ITO). De las 10 PEOC a otros

alimentos, se confirmó la alergia en 4 (pescado, fruto seco de cáscara, cacahuete y fruta). En 11/24 PEOC hubo reacción (8 urticaria, 3 vómitos, 1 abdominalgia), que se controló con administración de medicación pautada vía oral (antihistamínico/ondansetrón).

Conclusiones. Tras un periodo de aprendizaje y adaptación en el que no hubo ninguna incidencia, hemos comprobado que la realización de PEOC en nuestro entorno se realiza de forma adecuada y segura. Esto permite completar el estudio de alergia alimentaria sin más riesgos que los habituales. Actualmente ha pasado a ser una prueba de rutina que se realiza en el hospital de día de manera cada vez más frecuente.

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CELÍACOS. Fernández Miaja M¹, Díaz Martín JP², Jiménez Treviño S, Suárez González M, Bousoño García C. ¹Hospital Vital Álvarez Buylla. Asturias. ²Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivo. Analizar la calidad de vida (CV) relacionada con la salud en pacientes celíacos y estudiar posibles factores relacionados.

Material y métodos. Estudio observacional transversal. Se incluyeron pacientes seguidos en una consulta de Gastroenterología Pediátrica de Hospital de tercer nivel. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos y se valoró la adherencia a la dieta sin gluten (DSG) mediante cuestionario *Celiac Disease Adherence test* (CDAT) y análisis de péptidos inmunogénicos del gluten (GIP) en heces. Se cumplimentó el cuestionario de CV relacionada con la salud *Celiac Disease DUX* (CDDUX), cuya puntuación máxima es de 100 puntos (entre 1-20 puntos: muy malo, 21-40: malo, 41-60: neutro, 61-80: bueno y 81 a 100: muy bueno). Análisis estadístico: pruebas t de Student y pruebas U de Mann-Whitney para datos independientes.

Resultados. Se incluyeron 80 pacientes (42 varones) con una edad media de 11 ± 4,6 años. La mediana de CV fue 44 puntos. La puntuación en las distintas dimensiones del cuestionario fue: "Comunicación" 58,3 puntos [amplitud intercuartil (AIQ) 25]; "Tener EC" 25 puntos (AIQ 20,9); "Dieta" 41,6 puntos (AIQ 23). No se encontraron diferencias respecto a edad, edad al diagnóstico, tiempo de DSG, sexo, nivel socioeconómico, nivel de estudios paterno, problemas en el seguimiento o lugar de vivienda (rural/urbana). La mala adherencia a la DSG no se asoció a peor CV. En la tabla I se destacan los principales resultados observados

Conclusiones. La CV se encuentra afectada de forma variable, con una valoración general neutra por parte de los pacientes celíacos. Los pacientes que más afectada tienen su CV son aquellos que tienen dificultades con el seguimiento de la DSG, sobre todo cuando consideran insatisfactorias las texturas y/o el precio.

TABLA I. FACTORES ASOCIADOS A PEOR CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CELÍACOS.

Variable		CV Media ± DS	CV Mediana [AIQ]	Significación
Familiares celíacos primer grado	Ninguno	44,9 ± 16,9		p= 0,02
	Alguno	33,8 ± 10		
Dificultad seguimiento DSG	No	45,3 ± 17,3		p= 0,08
	Sí	37,7 ± 13,1		
Características somatosensoriales y precio	Satisfecho		45,8 [18,2]	p= 0,02
	Insatisfecho		28,1 [18,2]	
Sabor	Satisfecho		45,8 [20,3]	p= 0,09
	Insatisfecho		35,4 [24]	
Textura	Satisfecho		45,8 [22,9]	p= 0,009
	Insatisfecho		35,4 [22,9]	

Sábado 16 de noviembre - Sala 6

Moderadores: Ana de Lucio Delgado y Raquel Blanco Lago

CONVULSIONES FEBRILES SIMPLES: ANÁLISIS DE SUS CARACTERÍSTICAS ENTRE 1999 Y 2017 EN NUESTRO CENTRO. Soltero Carracedo JF¹, González García C¹, Corral Hospital S¹, Doval Alcalde I¹, Barrio Alonso MP¹, Cabanillas Boto M¹, Alberola López SP², Andrés de Llano JM¹. ¹Complejo Asistencial Universitario de Palencia. ²Centro de Salud Jardínillos. Palencia.

Objetivo. Evaluar las características de las convulsiones febriles simples de los niños, que han ingresado en nuestro hospital entre 1999 y 2017.

Material y métodos. Mediante la información registrada en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), se obtuvo el número de pacientes diagnosticados de convulsiones febriles simples entre el año 1999 y el año 2017, ambos inclusive. Se realizó un análisis descriptivo con las siguientes variables: sexo, tipo de ingreso, tipo de alta, edad en años, mes, día de ingreso y día de alta. Por último, mediante el modelo de regresión log-lineal de Joinpoint se evaluó la tendencia a lo largo de este tiempo.

Resultados. En total se diagnosticaron 432 pacientes de crisis febriles simples, durante el periodo estudiado. El 55,6% de los casos diagnosticados durante el periodo de estudio fueron varones. La mediana de edad de los pacientes fue de 21 meses. De los 432 pacientes, 429 (99,3%) fueron ingresados de forma urgente. El 99,8% de los pacientes (431), fue dado de alta a su domicilio. La edad en la que más ingresos hay es entre el primer y segundo año de vida, con un 52,8% de los casos y un 23,4% de los casos, respectivamente. Los meses que más ingresos hay son enero (12,3%), noviembre (10,6%) y diciembre (10,4%). El día de la semana que más ingresos se produjo en el periodo de estudio fue el viernes, con 72 pacientes ingresados ese día (16,7%). El día de la semana que más pacientes fueron dados de alta fue el martes, con un total de 79 pacientes dados de alta dicho día (18,3%). No se registraron diferencias significativas en la estancia en días en nuestro hospital entre varones y mujeres ($p=0,8$). De los 432 pacientes estudiados a 44 (10,2%) se les realizó EEG y estudio neuro fisiológico. De los 432 pacientes estudiados solo se le realizó punción lumbar a 1 (0,2%).

Conclusión. Las convulsiones febriles simples son más frecuentes entre el primer y segundo año de vida en nuestro medio, se diagnostican e ingresan más en los meses de noviembre, diciembre y enero, y ha habido una tendencia descendente en cuanto a la estancia media hospitalaria de los niños con convulsiones febriles simples en los últimos años en nuestro hospital.

PATOLOGÍA BUCODENTAL EN PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL. IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA. García Miralles LC, Mateos Benito ÁF, Santamaría Sanz PI, Bernués López EM, Obregón Asenjo M, Domínguez Sánchez P, Portugal Rodríguez R, Gabaldón Pastor D. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. La parálisis cerebral infantil (PCI) es la primera causa de discapacidad física en la infancia. Las condiciones físicas, psicológicas y el uso de distintos fármacos en estos niños generan una gran vulnerabilidad para padecer enfermedades bucodentales.

Material y métodos. Revisión de la bibliografía publicada acerca de la salud bucodental en pacientes con parálisis cerebral infantil.

Conclusiones. La patología bucodental es un problema frecuente e infravalorado en niños con PCI. Destaca por su frecuencia el

padecimiento de sialorrea, bruxismo, autolesiones, subluxaciones de la articulación temporomandibular, caries y la enfermedad periodontal, siendo estas dos últimas las más prevalentes y cuyo factor etiológico común es la placa bacteriana. LA PCI supone un riesgo 2,4 veces mayor de padecer una mala higiene. Es muy importante el enfoque de la prevención primaria para evitar repercusiones sistémicas y tratamientos invasivos a largo plazo. Dada la complejidad y dificultad de realizar en estos niños tratamientos invasivos, muchas veces es necesaria la sedación o la anestesia general. Por ello la PCI conlleva un riesgo de infratratamiento de 1,2. El eje fundamental de la prevención primaria es el control de la placa bacteriana, siendo el principal método de eliminación de la misma, el control mecánico mediante cepillado. Dadas las diferentes limitaciones que existen en cada uno de los pacientes, es muy importante individualizar cada caso, adaptando los utensilios y técnicas empleadas en el caso de niños que pueden realizar un cepillado parcial o totalmente independiente o en su defecto instruyendo al cuidador de aquellos niños poco o nada colaboradores. Otras estrategias preventivas son: uso de pasta dentífrica fluorada y de antisépticos orales, tartrectomías periódicas, sellado de fosas y fisuras y consejo dietético. Es necesaria la educación sanitaria y el apoyo multidisciplinar a las familias y cuidadores de estos niños.

ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD BUCODENTAL EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL DEL ÁREA DE SALUD DE BURGOS. Mateos Benito ÁF, García Miralles LC, Santamaría Sanz PI, Gabaldón Pastor D, Portugal Rodríguez R, Domínguez Sánchez P, Zarandona Leguina S, Obregón Asenjo M. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. La Parálisis Cerebral Infantil (PCI) es la causa más frecuente de discapacidad motora en la edad pediátrica y conlleva un gran número de comorbilidades entre las que se encuentran los problemas de salud bucodental. Según la OMS dos tercios de los pacientes con enfermedades neurocognitivas no reciben planes de salud bucodental adaptados. En la comunidad de Castilla y León existe un plan de atención bucodental para pacientes con necesidades especiales desde el año 2003.

Material y métodos. Estudio descriptivo y trasversal del estado de salud bucodental de los niños (0-18 años) con PCI que acudieron a consultas externas de Hospital Universitario de Burgos entre junio y agosto de 2019. El estudio se llevó a cabo mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes y cumplimentación de encuestas de salud bucodental.

Resultados. Se obtuvieron 22 encuestas. La mediana de edad de los pacientes fue de 10 años, con una relación varón/mujer de 1,3:1. El 80% de los encuestados realiza cepillado diario, presentando en la realización dificultad media debido a la nula colaboración o problemas de sensibilidad dental. Los problemas más habituales encontrados en nuestra población son: sialorrea, caries y enfermedad periodontal. El 80% de los padres refieren que la salud bucodental es un aspecto de máxima prioridad en la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, consideran que es algo secundario para los profesionales que les atienden. El 70% refiere como imprescindible la necesidad de sedoanalgesia para el abordaje del cuidado bucodental especializado.

Conclusiones. Existe una gran implicación de las familias para mantener una adecuada salud bucodental a pesar de las dificultades para realizarla. Desde el año 2003 el estado de salud bucodental en esta población ha mejorado, sin embargo, parece primordial la creación de un plan específico para pacientes con PCI.

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS DETECTADAS EN PACIENTES INGRESADOS POR CRISIS CONVULSIVAS EN UN HOSPITAL COMARCAL. *Laso Alonso AE, Amigo Bello M C, Fernández Miaja M, Rodríguez García L, González García LG, Toyos González P, García Aparicio C, Mata Zubillaga D. Hospital Vital Álvarez Buylla. Asturias.*

Introducción. Las crisis convulsivas son un motivo frecuente de consulta que conlleva gran preocupación para las familias y pueden ser el debut de enfermedades potencialmente graves. En nuestro centro la observación se realiza en planta de hospitalización al carecer de unidad de observación pediátrica.

Objetivos. El objetivo es describir los ingresos realizados por crisis convulsivas y revisar las enfermedades neurológicas diagnosticadas a raíz de los mismos.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyó pacientes menores de 14 años ingresados por crisis convulsivas durante un periodo de 5 años. Se recogieron datos demográficos, medio de transporte, antecedentes personales, sintomatología, pruebas complementarias, tratamiento y derivación.

Resultados. Se incluyeron 68 pacientes (50 varones:18 mujeres, $3 \pm 3,4$ años). Permanecieron ingresados $2,29 \pm 2,09$ días. Acudieron al hospital en vehículo propio 35/68, ambulancia 33/68 (UVI 30/68). Se administró medicación pre-hospitalaria en 12/68 (antitérmicos y benzodiacepinas). La sintomatología inicial más frecuente fue clonías generalizadas e hipertonia (39/68). Al ingreso se realizó determinación de glucemia capilar (57/68), analítica sanguínea (47/68) y estudios microbiológicos (29/68). Se realizó VEEG/EEG en 20/68 y TAC/RMN en 11/68 (1/11 alterado: displasia cortical). Únicamente 4/68 pacientes fueron derivados a hospital de referencia. Fueron diagnosticados de convulsión febril típica 28/68 y atípica 10/68. Otros diagnósticos fueron epilepsia benigna de la infancia, crisis parainfectiosa, ausencia juvenil, epilepsia mioclónica, crisis sintomáticas en contexto de enfermedad basal y displasia cortical. Se pautó tratamiento en planta en 13/68 (2/68 benzodiacepinas por repetición de crisis en planta y 11/68 levitiracetam que se mantuvo al alta).

Comentarios. La causa de ingreso más frecuente por crisis convulsivas son las convulsiones febriles. En este contexto, en varias ocasiones se diagnosticaron enfermedades tributarias de tratamiento al alta y seguimiento (displasia cortical, ausencias juveniles, epilepsia mioclónica y esclerosis tuberosa). La frecuencia de ingresos está condicionada por la ausencia de unidad de observación pediátrica, no obstante en pocas ocasiones se precisó derivación a centro de referencia.

ESTUDIO DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN UNA SERIE DE PACIENTES AFECTOS DE PARÁLISIS CEREBRAL. *Cancho Candela R, Cano Pérez A, Cano Garcinuño A, Andrés De Alvaro M, Mulero Collantes I, Palacio Tomas L, Cebrian Fernández R, Centeno Malfaz F. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Objetivos. La Parálisis Cerebral (PC) presenta diversas comorbilidades sobreañadidas al trastorno motor que define el diagnóstico; una de ellas es la disminución de la densidad mineral ósea (DMO). En el presente estudio se cuantificó la DMO, estudiando la relación entre esta y diversos factores clínicos como edad, sexo, severidad de la discapacidad motora, grado de malnutrición e hipocrecimiento.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de DMO en una serie de pacientes pediátricos afectados de PC. Se cuantificó DMO mediante densitometría por absorciometría dual de rayos X. La asociación de DMO con distintos factores clínicos se analizó con modelos multivariantes.

Resultados. Se estudiaron 21 pacientes (12 mujeres y 9 varones), entre 4,8 y 17,0 años (mediana de edad 11,8). 17 de ellos mostraban un grado funcional (GMFCS) IV o V (severo). La DMO media (z-score respecto a la población de referencia) fue de -2,0 desviaciones estándar (DS), intervalo de confianza 95% (IC 95%): -1,5 a -2,5. El análisis multivariante mostró disminución significativa de la DMO con la edad (-0,12 DS por año, IC95% -0,04 a -0,20, $p=0,004$) y con el GMFCS (-0,45 DS por grado, IC95% -0,19 a -0,71, $p=0,002$), y un aumento con la talla (0,33 DS por DS de talla, IC95% 0,19 a 0,47, $p<0,001$).

Conclusiones. Se ha evidenciado baja DMO en este grupo de pacientes, asociada a la edad y a la afectación funcional; existe relación entre mejor DMO y menos hipocrecimiento. Debe mantenerse un seguimiento de la salud mineral en este grupo de pacientes, con medidas que puedan mejorar la DMO, y que puedan evitar fracturas y dolor

ADMINISTRACIÓN DE NUSINERSEN INTRATECAL EN ESPALDAS COMPLEJAS DE PACIENTES AFECTOS DE ATROFIA MUSCULAR ESPINAL: ESTABLECIMIENTO DE CIRCUITO ASISTENCIAL MULTIDISCIPLINAR Y EXPERIENCIA CLÍNICA. *Cancho Candela R¹, Torío Salvador M¹, Andrés de Alvaro M¹, De La Calle García B², Villán González T³, Ortega Ladron de Cegama E³, Aldecoa Álvarez-Santullano C³, Centeno Malfaz F¹.* ¹Pediatría, ²Rehabilitación, ³Anestesia. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Objetivos. La atrofia muscular espinal (AME) es una enfermedad neurodegenerativa en la que actualmente existe una opción de tratamiento que puede modificar la historia natural mediante uso de nusinersen. La administración intratecal de este fármaco puede ser técnicamente de gran complejidad dada la progresiva deformidad espinal de los pacientes AME evolucionados. Se expone la sistemática de trabajo organizada en nuestro centro para una adecuada administración del fármaco, incluyendo visualización de la técnica de infiltración con guía radiológica en espaldas complejas

Material y métodos. descripción del circuito asistencial de tratamiento de los pacientes AME en nuestro centro; se han tratado en últimos dos años con nusinersen en nuestro centro 7 pacientes AME en edad pediátrica, 3 muestran "espalda sencilla" y 4 se consideran "espaldas complejas".

Resultados. Se han administrado hasta la fecha 28 dosis de nusinersen en el grupo de pacientes con espalda compleja. En dicho procedimiento intervienen de forma directa un grupo de pediatras y anestesiistas entrenados específicamente para la técnica. La administración se realiza en quirófano bajo sedación y con guía radiológica convencional mediante escopia, en régimen ambulatorio sin ingreso. Todos los procedimientos han sido exitosos, y no ha existido ninguna complicación.

Conclusiones. no existe consenso sobre la forma adecuada de administración intratecal de pacientes AME con espaldas complejas. El uso de radiología convencional es una opción válida frente a técnicas de mayor complejidad como son el uso de TAC, o la infiltración cervical. El uso de reservorios podría ser adecuada si esta opción terapéutica se convierte en crónica.

Sábado 16 de noviembre - Sala 7

Moderadores: Carlos Ochoa Sangrador y Jesús María Andrés del Llano

ESTATUS NUTRICIONAL DE LA VITAMINA D EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA ¿SON EFICACES LAS NUEVAS RECOMENDACIONES? *Mangas Sánchez C¹, Garriga García M², Serrano Nieto MJ³, García Romero R⁴, Álvarez Beltrán Ma⁵, Díaz Martín JJ⁶,*

Bousoño García C, González Jiménez D⁷. ¹C.S. Otero. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. ⁴Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁵Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁶Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁷Hospital Universitario San Agustín. Avilés.

Objetivos. Describir las consecuencias de la aplicación de las guías Europea y Americana sobre el estatus de la vitamina D.

Material y métodos. Estudio multicéntrico aprobado por CEIC. Se compararon dos cohortes antes (1) y después (2) de las recomendaciones (Estudio de cohortes retrospectivo). Se administraron dosis crecientes de vitamina D durante 12 meses a aquellos de la cohorte 2 con niveles < 30 ng/ml (Estudio experimental no aleatorizado ni controlado). Análisis estadístico: regresión logística con análisis multivariable.

Resultados. Ambas cohortes (cohorte 1: 179 pacientes vs cohorte 2: 71 pacientes) estaban correctamente pareadas. La cohorte 1 recibió dosis más bajas y tenía niveles más bajos de vitamina D: 27,4 (IC 95% 25,9 – 28,8) vs 31 (IC 95% 27,9 – 33,26) ng/ml (p= 0,028). Ajustando por factores de confusión los de la cohorte 1 tenían mayor riesgo de insuficiencia de vitamina D: OR 2,18 (IC 95% 1,07-4,46) (p = 0,032). 30 pacientes entre 1 y 39 años (mediana 9,1) completaron el estudio experimental (dos se retiraron por toxicidad). Tras 12 meses se observó un incremento de los niveles de vitamina D: 22,1 (IC 95%: 20,8-23,4) vs 29,7 (IC 95%: 26,4- 33,1) ng/ml (p< 0,0001). Únicamente el 37% alcanzaron niveles > 30 mg/dl. Se observó una correlación inversa entre la PTH y la Vitamina D en > 10 años. No se observó asociación con la función ni las exacerbaciones pulmonares. Los factores relacionados con la mejoría del estatus de la vitamina D tras la intervención fueron la edad y las dosis bajas de vitamina D al inicio.

Conclusiones. Los pacientes reciben dosis más altas de vitamina D que se corresponden con un incremento de los niveles séricos. A pesar de ello, un tercio no alcanzan niveles suficientes. Cuando se realizan incrementos de vitamina D, se debe monitorizar periódicamente los niveles de calcio y calcidiol.

Esta comunicación es producto de una beca/ayuda de investigación de la FESV (proyecto 05/2015).

REPERCUSIÓN DE LA ENURESIS EN LA POBLACIÓN ESCOLAR ASTURIANA. **Taborga Díaz E¹, Suarez Castañón C², Cebrian Muiños C³, Martínez Suarez V⁴.** ¹Centro de Salud Villalegre. Avilés. Asturias. ²Hospital del Oriente de Asturias. Arriondas. Asturias. ³Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ⁴Centro de Salud El Llano. Gijón. Asturias.

Objetivo. La enuresis es un trastorno que provoca un importante impacto emocional en los niños que la presentan y en sus familias. El objetivo es conocer la valoración que hacen y la repercusión que tiene este trastorno en los niños enuréticos y en sus padres.

Material y métodos. Estudio transversal mediante entrega de un cuestionario anónimo a padres de escolares asturianos entre los 6-13 años. Los niños que presentaban enuresis y sus padres contestaron a si: 1) consideran la enuresis una situación normal y frecuente, 2) consideran la enuresis una enfermedad, 3) cómo se sienten ante la enuresis, 4) la enuresis limita sus relaciones sociales.

Resultados. El 77% de los padres, pero solo el 18% de los niños consideran la enuresis una situación normal y frecuente. El 23 de los padres y el 22% de los niños consideran la enuresis una enfermedad. Los padres ante la enuresis de sus hijos se sienten: indiferentes (78%), frustrados (10%), enfadados (8%) y avergonzados (4%); mientras que los niños enuréticos se sienten: indiferentes (34%), enfadados (13%) y avergonzados (53%). El 24,5% de los padres y el 17% de los enuréticos cree que la enuresis limita las relaciones sociales de los niños. El 28,4% de

los padres cree que la enuresis provoca sentimientos de culpa en sus hijos y un 21% de los niños creen que su enuresis no preocupa a sus padres.

Conclusiones. La enuresis no es considerada una situación normal por la mayoría de los niños enuréticos y provoca vergüenza en la mitad de los niños que la sufren. Sin embargo, la mayoría de los padres consideran la enuresis una situación normal y no se sienten afectados porque sus hijos presenten este trastorno. Todavía el 23% de los padres y de los niños que presentan este trastorno piensan que la enuresis es una enfermedad. *Esta comunicación es producto de una beca/ayuda de investigación de la FESV.*

VALORACIÓN DEL DESARROLLO NEUROPSICOLÓGICO MEDIANTE EL ESTUDIO DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS DE UNA COHORTE DE PREMATUROS DE MUY BAJO PESO AL NACIMIENTO. **Alcántara Canabal L¹, Fernández Baizán C², Martínez Pérez L³, Méndez López M², Solís Sánchez G⁴, Arias Pérez JL².** ¹Centro de Salud de Paulino Prieto. Área Sanitaria IV de Oviedo. ²Departamento de Psicología. INEUROPA. Universidad de Oviedo. ³Psiquiatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁴Neonatología. Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. Valorar el desarrollo neuropsicológico a los 5-7 años en una cohorte de niños menores de 1.500 gramos (g) al nacimiento.

Material y métodos. estudio transversal y observacional. La muestra está compuesta por una cohorte de neonatos nacidos entre 2009 y 2011 (n= 147), con peso menor de 1.500 g, e ingresados en neonatología del Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.. El estudio se realiza cuando los niños tienen entre 5 y 7 años. Empleamos el Test de inteligencia breve de Reynolds para evaluar su desarrollo intelectual, y diversas pruebas de la batería NEPSY-II para evaluar distintas funciones ejecutivas.

Resultados. Son evaluados neuropsicológicamente 89 casos. En relación con la subtarea de inhibición NEPSY-II, existen diferencias en los errores cometidos en la parte de denominación y en inhibición, (p= 0,001 y p= 0,005, respectivamente), además del tiempo total empleado (p< 0,001 y p< 0,001), cometiendo más errores y tardando más tiempo a menor edad del niño. En la subtarea de memoria de nombre a corto plazo (p< 0,001) y largo plazo (p= 0,002), en la subtarea de memoria de diseños (p< 0,001), puzles geométricos (p< 0,001) y descubrimiento de rutas (p< 0,001) se registran mejores resultados a mayor edad. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones al comparar los casos por edad gestacional. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la comparación por peso (< 0 > 1.000 g al nacimiento) en el número total de errores de denominación (p= 0,006) y en el tiempo en la tarea de cambio (p= 0,034), empleando menos tiempo y cometiendo menos errores los prematuros con un peso = 1.000 g al nacimiento. Las niñas cometen menos errores en la tarea de denominación (p= 0,043) y los niños recuerdan más ítems en la tarea de memoria de nombres a corto plazo (p= 0,032).

Conclusiones. Los prematuros menores de 1.500 g al nacer, presentan peor rendimiento en las funciones neuropsicológicas de inhibición, flexibilidad cognitiva, memoria y orientación visoespacial. Esta comunicación es producto de una ayuda de investigación de la FESV.

ESTUDIO DEL DESARROLLO CONDUCTUAL EN UNA COHORTE DE NIÑOS DE MUY BAJO PESO AL NACIMIENTO. **Alcántara Canabal L¹, Martínez Pérez L², Fernández Baizán C³, Méndez López M², Solís Sánchez G⁴, Arias Pérez JL³.** ¹Centro de Salud de Paulino Prieto. Área Sanitaria IV de Oviedo. ²Psiquiatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³Departamento de Psicología. INEUROPA. Universidad

de Oviedo. ⁴Neonatología. Área de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. Valorar el desarrollo conductual a los 5-7 años en una cohorte de niños menores de 1.500 gramos (g) al nacimiento.

Material y métodos. Estudio transversal y observacional. La muestra está compuesta por una cohorte de neonatos nacidos entre 2009 y 2011 (n= 147), con peso menor de 1.500 g, e ingresados en neonatología del Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.. El estudio se realiza cuando los niños tienen entre 5 y 7 años. La conducta se evalúa mediante la cumplimentación del cuestionario BASC "Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes" (*Behavior Assessment System for Children*) adaptado a población española.

Resultados. Del total de 147 casos supervivientes iniciales, 87 son evaluados neuropsicológicamente. El análisis de comparación de las puntuaciones directas entre los sujetos prematuros y los diferentes grupos de edad indica que existen diferencias significativas en hiperactividad ($p < 0,001$), atipicidad ($p = 0,003$), conducta depresiva ($p = 0,042$), retraimiento ($p = 0,001$), somatización ($p = 0,019$), adaptabi-

lidad ($p < 0,001$), exteriorización de conductas ($p < 0,001$) y habilidades adaptativas ($p < 0,001$), de tal manera que los niños de 5 años presentan mayor tendencia a hiperactividad, conducta depresiva, retraimiento, somatización y adaptabilidad. A mayor edad del sujeto, hay mayor tendencia a la atipicidad, exteriorización de conductas y habilidades adaptativas. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad gestacional al nacimiento. En cambio, objetivamos diferencias estadísticamente significativas para las puntuaciones del BASC en problemas de atención ($p = 0,013$), depresión ($p = 0,01$), adaptabilidad ($p = 0,02$), habilidades sociales ($p = 0,003$) y liderazgo ($p = 0,032$), entre los niños nacidos con menos o más de 1000 g de peso al nacimiento. En relación al sexo, encontramos diferencias estadísticamente significativas para los problemas de conducta ($p = 0,019$).

Conclusiones. Los prematuros menores de 1.500 g al nacimiento presentan más tendencia a la hiperactividad, atipicidad, conducta depresiva, retraimiento, somatización, adaptabilidad y exteriorización de los problemas. Los niños desarrollan más problemas de conducta en comparación con el sexo femenino. Esta comunicación es producto de una ayuda de investigación de la FESV.

Posters

Viernes 15 de noviembre - Serie 1

Moderadores: Rafael Pardo de la Vega y Antonio Hedrera Fernández

1. **ENCEFALOPATÍA CARENCIAL, UN PROBLEMA TODAVÍA NO RESUELTO EN EL MUNDO DESARROLLADO.** *Corpa Alcalde A, Morante Martínez D, Obregón Asenjo M, Elizondo Alzola A, Del Blanco Gómez I, Pérez Santaolalla E, Muñoz Albillos M, Conejo Moreno D. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La lactancia tiene unos beneficios más que probados como alimento exclusivo los seis primeros meses de vida; pero su contenido vitamínico depende en gran medida de las reservas maternas. Incluso en madres con déficit vitamínicos importantes, el recién nacido cuenta con reservas hepáticas mínimas para un desarrollo ponderoestatural y neuronal adecuados iniciales haciéndose evidente clínicamente el déficit entre los 4-10 meses de vida.

Casos clínicos. Caso 1: Lactante 5 meses que ingresa por episodios de desconexión de medio y movimientos tónico-clónicos de extremidades superiores. Microcefalia relativa (caída desde p50 al nacimiento al p6 al ingreso). Retraso psicomotor muy evidente con datos de regresión: fijación de la mirada fluctuante sin seguimiento visual. No intención manipulativa con control cefálico mínimo por hipotonía global. En la RM atrofia frontotemporal bilateral. Datos de ferropenia y niveles de B12 < 100 pg/ml, ácido fólico y homocisteína elevados. En el estudio metabólico: aumento de ácido metilmalónico. Se confirma déficit B12 materno carencial, lactancia materna exclusiva. Gran mejoría clínica y control de las crisis tras inicio de suplementación intramuscular y estimulación precoz. **Caso 2:** Lactante 3 meses de raza negra que ingresa por distrés respiratorio en el contexto de una insuficiencia cardiaca aguda grave. Se evidencia una miocardiopatía dilatada con disfunción sistólica severa secundaria a niveles de vitamina D indetectables e hipocalcemia grave. Asocia retraso psicomotor con importante hipotonía global, y sostén cefálico inestable. Se confirma déficit materno de vitamina D carencial, lactancia materna exclusiva. Gran mejoría clínica tras inicio de suplementación de vitamina D y estimulación precoz.

Conclusiones. Una causa de retraso psicomotor precoz es la carencial y no solo pensando en madres con dietas restrictivas estrictas. La afectación es variable en función del papel de la vitamina deficitaria en el desarrollo SNC; pero toda hipovitaminosis cursa con distinto grado de afectación neurológica. Es importante el despistaje precoz de las hipovitaminosis porque forman parte del grupo de etiologías potencialmente reversibles y con buen pronóstico tras inicio del tratamiento precoz.

2. **“EL EXTRAÑO CASO DEL NIÑO ANCIANO”.** *Corpa Alcalde A, Arteta Sáenz E, Aguerrevere Machado M, Santamaría Sanz P, Miranda Vega M, Aja García G, Bustamante Hervás C, Suárez Fernández J. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. Realizamos un análisis descriptivo retrospectivo con el objetivo de analizar los casos de displasia ectodérmica (DE) diagnosticados en los últimos 15 años en nuestro hospital. La DE es un grupo heterogéneo de cerca de 200 trastornos hereditarios (80 genéticamente identificados), caracterizados por anomalías en al menos dos estructuras derivadas de la capa embrionaria ectodérmica (folículos pilosos, glándulas sudoríparas y/o dientes). Los signos clínicos cardinales son hipotricosis, hipohidrosis e hipodontia. Como resultado de la afectación de otras glándulas ecrinas, también asocian secreciones respiratorias espesas, disminución de las lágrimas y la saliva y alteraciones en el cerumen.

Casos clínicos. Caso 1: Recién nacido con fenotipo peculiar compatible con DE. Se solicita estudio genético dirigido confirmando el diagnóstico. Asocia hipohidrosis con importantes problemas para el control de la temperatura corporal, motivo por el que precisó varios ingresos en periodo neonatal para descartar etiología infecciosa. Además, presenta úlceras corneales frecuentes por ausencia de lágrima y problemas de deglución por escasa producción de saliva. Portador de prótesis dentales desde los 3 años por hipodoncia. **Caso 2:** Recién nacido que en la exploración de las 24 horas de vida destaca piel muy fina con descamación cutánea, pliegues en párpados inferiores, hipotricosis y madarosis. Ante la sospecha de DE se realiza estudio genético confirmando DE hipohidrótica, recesiva ligada al X, con afectación del exón 1 del gen EDA (variante: GRCh37/hg19delXq13.1). En el seguimiento a los 7 meses presenta sudoración escasa, con adecuada ganancia ponderoestatural y neurodesarrollo normal.

Conclusiones. La incidencia encontrada concuerda con la descrita en la literatura de 1 cada 10.000 recién nacidos vivos. Su abordaje debe ser multidisciplinar, incidiendo en los cuidados de hidratación cutánea mucosa y controlando las situaciones de hipertermia. Es importante el examen clínico de los padres y su estudio genético, para proporcionar un adecuado asesoramiento genético.

3. **EPILEPSIA SINTOMÁTICA OCCIPITAL CON PRESENTACIÓN SIMILAR AL SÍNDROME DE PANAYIOTOPOULOS: LA IMPORTANCIA DE LA NEUROIMAGEN.** *Fernández Castiñeira S¹, Oreña Ansorena VA¹, Quesada Colloto P¹, Santoveña González L², Anes González G³, Blanco Lago R¹, Hedrera Fernández*

A¹, *Málaga Diéguez P.* ¹Unidad de Neuropediatría, Área De Gestión Clínica de Pediatría; ²Servicio de Neurofisiología; ³Sección de Radiología Pediátrica, Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El síndrome de Panayiotopoulos (SP) es el segundo síndrome epiléptico más frecuente de la infancia, caracterizado por episodios focales, prolongados, con signos disautonómicos, secundarios a actividad epileptiforme occipital. Su evolución es benigna. La neuroimagen debe ser normal, por lo que se ha cuestionado la indicación en casos con patrón electro-clínico típico. Presentamos dos casos compatibles inicialmente con SP en los que se objetivaron diferentes alteraciones estructurales a nivel occipital.

Casos clínicos. Caso 1: Niña de 6 años que presenta un episodio de tos, vómitos, desconexión del medio, mirada fija y clonías de extremidad superior derecha, con somnolencia postcrítica, objetivándose en el vEEG actividad epileptiforme en región occipital izquierda. La semiología electro-clínica inicial impresiona de SP. Se completa el estudio con RMc que objetiva un área de atrofia cortico-subcortical en la región occipital izquierda con patrón de ulegiria. Se diagnostica de epilepsia focal sintomática occipital izquierda y se inicia tratamiento farmacológico antiepileptico. **Caso 2:** Niña de 5 años que presenta episodio de desconexión del medio con desviación ocular derecha y clínica disautonómica. En el vEEG se objetiva un trazado patológico en región occipital izquierda y se clasifica como SP. Se completa el estudio con una RMc informada como normal. Ante la persistencia de múltiples crisis se decide realizar nueva RMc, donde se observa displasia cortical parieto-occipital izquierda. Se recategoriza como epilepsia focal sintomática secundaria a displasia cortical y se inicia tratamiento antiepileptico. Tras 2 años asintomática vuelve a presentar crisis y se detecta papiledema bilateral, por lo que se realiza una nueva RMc que identifica una extensa área hiperintensa temporo-parieto-occipital izquierda compatible con un xantastrocitoma pleomórfico, precisando tratamiento quirúrgico y quimioterápico.

Comentarios. La experiencia de recategorización de dos casos inicialmente diagnosticados como SP a epilepsia focal sintomática occipital, hace considerar necesario incluir de forma sistemática la realización de RMc ante la sospecha clínica de SP a fin de descartar una etiología estructural.

4. SÍNDROME DE XIA-GIBBS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Mateos Benito ÁF, Conejo Moreno D, Menéndez Bango C, Aguerrevere Machado MP, Corpa Alcalde A, García Miralles LC, Bolea Muguruza G, Ibáñez Llorente R. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. El síndrome de Xia-Gibbs (SXG) es una enfermedad genética de herencia autosómica dominante de baja prevalencia, que se caracteriza por retraso mental, retraso en el neurodesarrollo, afectación estructural cerebral con rasgos dismórficos y alteraciones en sueño.

Caso clínico. Presentamos el caso de un paciente de 9 años en seguimiento en consultas de Neurología infantil por macrocefalia desde los 10 meses de edad. Dentro de las manifestaciones clínicas, destaca una facies peculiar consistente en frente prominente y abombada, fontanela anterior amplia, orejas de implantación bajas, hipoplasia alas de la nariz con hipertelorismo y epicantus. A nivel del neurodesarrollo, presenta retraso nivel psicomotor y del área del lenguaje que mejoran evolutivamente con estimulación temprana. Además, presentó síndrome de apnea-hipopnea del sueño intervenido en 2012 de adenoamigdalectomía. Se realizaron inicialmente pruebas complementarias donde destaca una resonancia magnética (RM) craneal con hallazgos de dilatación ventricular supratentorial con atrofia cortico-subcortical e hipoplasia

del cuerpo caloso. Resto de estudios realizados (estudio metabólico en sangre, orina y LCR; cariotipo, CGH-arrays, detección de X-frágil, deleciones subteloméricas y depósito de glucosaminoglucanos) fueron normales. Se realiza en 2018 exoma clínico informado como mutación en heterocigosis en gen AHDC1 compatible con Síndrome de Xía-Gibbs.

Discusión. A pesar de los pocos casos descritos en la literatura sobre el SXG y su baja prevalencia, la asociación en nuestro paciente de clínica de retraso del neurodesarrollo con rasgos fenotípicos, las alteraciones en la neuroimagen y la mutación registrada, hace compatible el diagnóstico. La utilización del exoma clínico en nuestro paciente pudo precisar un síndrome concreto para un diagnóstico que permanecía abierto desde el inicio del cuadro.

Conclusiones. Gracias a las nuevas técnicas genéticas de secuenciación masiva podemos realizar diagnósticos certeros en pacientes en los que, previamente, se realizaba gran batería de pruebas sin llegar a un diagnóstico final.

5. SÍNDROME DE COFFIN SIRIS, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Morante Martínez D, Elizondo Alzola A, Mateos Benito ÁF, Pérez Salas S, Corpa Alcalde A, De La Mata Franco G, Blanco Barrio Amaya, Hortigüela Saeta MM. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción: El síndrome de Coffin-Siris (CSS) es una entidad diagnosticada infrecuentemente (200 casos publicados), con presentación clínica variable, pudiendo asociar retraso mental, fenotipo peculiar con facies tosca, arcos ciliares prominentes, boca amplia con labios gruesos y alteraciones de extremidades distales además de hipertriosis marcada e hipocrecimiento. El conocimiento actual de mutaciones asociadas en los genes ARID1A, ARID1B, SMARCA4 y SMARCE1 es útil de cara a su diagnóstico.

Caso clínico. Presentamos el caso de una niña de 5 años en seguimiento multidisciplinar desde los 3 años de edad. Presenta fenotipo característico, retraso psicomotor global, más marcado en áreas de lenguaje y socialización asociando marcada hipertriosis, implantación baja del cabello y falange del quinto dedo hipoplásica sin aplasia ungueal. Asocia además talla baja con retraso en la edad ósea e hipotonía.

Discusión. El CSS presenta penetrancia completa y expresividad variable que clínicamente se manifiesta con alteraciones fenotípicas similares a las de nuestra paciente presentando además retraso psicomotor e hipocrecimiento. Pueden asociarse alteraciones a otros niveles como cardíacas, nefrológicas o en órganos sensoriales, no observándose en nuestro caso salvo por la presencia de hidronefrosis en contexto de litiasis cálcica, no descrito previamente en ningún caso en la literatura. El diagnóstico es clínico y se apoya en la presencia de mutaciones patogénicas compatibles. En nuestro caso se solicitó exoma, detectándose en el mismo variante patogénica en el gen ARID1B compatible con CSS. En el momento actual la paciente recibe terapia estimuladora con buena respuesta a la misma, continuando vigilancia y manejo multidisciplinar de las posibles complicaciones.

Conclusiones. El CSS es una entidad infrecuente con pocos casos descritos en la literatura, podemos sospecharlo ante la presencia de un retraso psicomotor asociado a un fenotipo típico. Las pruebas genéticas son útiles para el diagnóstico y asesoramiento genético pudiendo así, coordinar el seguimiento y evitar probables complicaciones.

6. EPISODIO CONFUSIONAL AGUDO: NO OLVIDEMOS LA MIGRAÑA.

Fernández Rodríguez H, Pérez Alba M, Álvarez Álvarez A, Rodríguez Fernández S, Rodríguez Lorenzo P, García Iglesias A, Gómez González B, Pardo de la Vega R. Hospital Universitario de Cabueñes.

Introducción. La migraña confusional es una entidad clínica infrecuente en Pediatría, que se presenta como un episodio confusional agudo, con un diagnóstico basado en las características clínicas, los antecedentes y la exclusión de otras patologías.

Caso clínico. Niño de 9 años que consulta por un episodio de agitación y confusión de 1 hora de evolución, iniciado tras despertarse de la siesta, estando previamente asintomático salvo leve cefalea. La familia niega posible ingesta de tóxicos, no presenta fiebre ni antecedente traumático. Presenta un desarrollo psicomotor previo normal, con episodios previos de cefalea sugestivos de migraña. Al exploración física, el paciente se muestra agitado y desorientado, con habla no coherente y emisión intermitente de gritos. La exploración de pares craneales, fuerza, tono, reflejos osteotendinosos y marcha no muestra alteraciones. Se realiza hemograma, bioquímica, gases venosos, tóxicos en orina, TAC cerebral y punción lumbar, con resultado normal. El episodio duró aproximadamente 1,5 horas, tras lo que el niño se queda dormido. Al despertarse, se encuentra asintomático, con amnesia de lo ocurrido, y se decide ingreso hospitalario para observación. El electroencefalograma (EEG) mostró actividad cerebral lentificada de forma difusa y predominio en áreas occipitales, sin descargas epileptiformes. La Resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral fue normal. Se diagnosticó de migraña confusional y el paciente fue dado de alta con tratamiento preventivo con flunarizina. En el control posterior realizado en consultas externas de pediatría el paciente continuaba asintomático, sin episodios de cefalea, con EEG de control normal.

Conclusión. Ante su baja incidencia y su alarmante sintomatología, es importante conocer la migraña confusional e incluirla entre las posibilidades diagnósticas en un episodio confusional agudo.

7. PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA A UNA EDAD ATÍPICA. *Santamaría Sanz PI, Maldonado Toral M J, Morante Martínez D, Bolea Muguruza G, Elizondo Alzola A, Gabaldón Pastor D, Conejo Moreno D, De la Mata Franco G. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La parálisis facial periférica es una patología común en la infancia, que puede ser de origen congénito o adquirido (infeccioso, neoplásico, traumático, metabólico, vascular, inmunológico o idiopático), debiendo descartar causas que originen parálisis facial central. El diagnóstico es clínico, y suele resolverse sin secuelas. Aunque no existe evidencia concluyente sobre el tratamiento, se recomienda el uso de corticoides y en casos de mayor severidad el uso de antiviricos.

Caso clínico. Lactante mujer de 2 meses que consulta en Urgencias pediátricas por presentar en las últimas 24 horas desviación de la comisura bucal hacia la derecha e incapacidad de cierre completo del ojo izquierdo. No presenta dificultades para la succión con ingesta conservada. No presenta fiebre ni otros síntomas infecciosos concomitantes. Los padres refieren contacto con abuela materna con herpes oral, así como con un adulto con herpes zoster. Como antecedentes perinatales, el embarazo fue controlado con evolución normal con serología IgG CMV positiva. En la exploración neurológica presentaba datos compatibles con parálisis facial periférica izquierda, con resto de la exploración física normal. Se realizó estudio en urgencias con hemograma, bioquímica y coagulación que fueron normales, serologías (IgG CMV +, IgG EBNA +, IgG VVZ +, VHS 1 y 2 negativos), citoquímica y cultivo de líquido cefalorraquídeo normal (virus neurotrofos y bacterias), CMV en orina negativo, ecografía transfontanelar sin alteraciones. Se decide ingreso de la paciente para completar estudio y se inicia tratamiento con aciclovir intravenoso y prednisolona oral.

Conclusiones. En la mayoría de los casos la etiología de la parálisis facial periférica es idiopática y de buen pronóstico. Esta patología es rara

en neonatos y lactantes, por lo que estos casos se recomienda realizar pruebas complementarias adicionales para descartar otras causas de parálisis facial periférica.

8. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y SÍNDROME DE DUPLICACIÓN CROMOSÓMICA 16P11.2. *González García C, Soltero Carracedo JF, Corral Hospital S, Doval Alcalde I, Peña Valenceja A, Barrio Alonso P, Villagómez Hidalgo FJ, Andrés de Llano JM. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.*

Introducción. Los trastornos del espectro autista (TEA) comprenden un grupo heterogéneo de trastornos, que, aunque comparten algunas características fenotípicas, pueden ser muy variables tanto en su origen como en su presentación clínica. Actualmente se sabe que la genética juega un rol importante en el desarrollo de los TEA.

Caso clínico. Niño de 3 años derivado a Consulta para valoración por problemas en la regulación de conducta y de adquisición del lenguaje. En seguimiento por Servicio de Otorrinolaringología y Unidad de Salud Mental Infante Juvenil con diagnóstico provisional DSM-5: retraso en el desarrollo del lenguaje. Los padres refieren actitud apática con el entorno y pérdida de habilidades en el lenguaje en los últimos meses. Rechazo para el contacto visual. Poca expresividad. Abundante jerga y sabe decir 3-4 palabras. A veces obedece órdenes sencillas. Estereotipias. Atención por determinados objetos, como los coches de juguete y la lavadora cuando está funcionando. Niegan comportamiento agresivo desmesurado o crisis comiciales. Los padres lo definen como risueño, simpático. Describen habilidades motoras normales. La exploración se contrasta con la anamnesis y rasgos TEA. Resto de exploración general y neurológica normales. Ante hallazgos, se solicita realización de resonancia magnética y estudio genético (CGH-array). En el CGH-array de alta resolución, se observa duplicación 16p11.2. La resonancia magnética craneal revela ausencia de alteraciones intracraneales significativas.

Comentarios. Aunque el estudio genético no es por sí mismo sustento para la toma de decisiones terapéuticas, puede darnos información acerca de las posibles comorbilidades, orientación pronóstica y el consejo genético. El síndrome de duplicación cromosómica 16p11.2 es una cromosopatía infrecuente que puede manifestarse con retraso general del desarrollo y del lenguaje, rasgos del espectro autista, alteraciones del comportamiento y deficiencia intelectual pudiendo acompañarse de rasgos dismórficos, microcefalia, bajo peso, alteraciones orgánicas y crisis comiciales.

9. TIMECTOMIA TORACOSCÓPICA EN PACIENTE CON MIASTENIA GRAVIS. *Pontón Martino B¹, Pérez Costoya C¹, Cuesta Argos M², Palazón Bellver P², Saura García L², Tarrado Castellarnau X², González Sánchez C¹, Molnar A¹. ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Introducción. La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune asociada a anticuerpos contra receptores de acetilcolina de la membrana postsináptica neuromuscular. Sus síntomas principales son fatigabilidad y debilidad de la musculatura voluntaria. Es una enfermedad poco frecuente. A pesar de los avances en el tratamiento médico, la timectomía continúa siendo una parte importante del manejo de las formas graves de MG.

Caso clínico. Niña de 9 años que ingresa por crisis miasténica. Refiere disfonía, voz nasal y disfagia a sólidos de unos 5 meses. En urgencias dificultad respiratoria grave, taquicardia y desaturación que obligan a intubación. Se aísla en BAL *H. influenzae*. Mejoría clínica progresiva, aunque la paciente presenta disfonía, cierre ocular

incompleto y debilidad de la movilidad lingual. Electromiograma compatible con MG antiMusk. Se inicia tratamiento con corticoides y gammaglobulinas. Se obtienen anticuerpos anti receptor de acetilcolina por lo que se añade piridostigmina al tratamiento. Respuesta clínica parcial incluso tras terapia de inmunoadsorción, por lo que se decide realización de timentomía toracoscópica. Intervención sin incidencias por abordaje derecho. Evolución clínica favorable, actualmente con tratamiento médico.

Conclusiones. La MG es una enfermedad autoinmune en la cual el uso de la timentomía está bien establecido. La indicación principal para la timentomía en la MG es la falta de respuesta con un tratamiento médico óptimo. La vía de abordaje que actualmente se utiliza es la mínimamente invasiva por toroscopia. El objetivo de la operación es remover todo el tejido tímico, que es la fuente mayor de anticuerpos anti receptor de acetilcolina. Esta vía de abordaje tiene como ventajas inherentes al acceso mínimamente invasivo el menor dolor postoperatorio, menor requerimiento analgésico, menor estancia hospitalaria y mejor resultado estético.

10. SÍNDROME DE MELKERSSON-ROSENTHAL: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Herrera Quilón L, García Barbero E, Castro Rey M, Fraile García L, Cenzano Ruiz S, Vázquez Martín S, Bartolomé Albistegui MJ, Urbaneja Rodríguez E. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La parálisis facial periférica en la infancia es una entidad infrecuente, de presentación aguda y resolución generalmente espontánea, siendo raras las recurrencias.

Caso clínico. Mujer, 9 años con antecedente de 2 episodios de parálisis facial periférica (unilateral izquierda y derecha). Acude a Urgencias por parálisis facial derecha de 4 días de evolución, acompañada de edema facial ipsilateral e hipoestesia de hemicara afecta. Exploración física: incapacidad para el cierre palpebral derecho. Desviación de la comisura bucal hacia la izquierda (escape salivar). Escala de House-Brackmann grado IV-V. Reflejo corneal bilateral conservado. Ligera hipoestesia en hemicara derecha. Pruebas complementarias: citoquímica LCR: normal. Serologías víricas negativas. Cultivo y detección virus LCR negativos. Angio RM cerebral normal. Evolución: se inicia tratamiento endovenoso con metilprednisolona y aciclovir suspendiéndose este último tras recepción de microbiología. Recuperación iniciada tras 2 semanas de tratamiento corticoideo con desaparición de edema facial y persistencia de cierre ocular incompleto. ENG N. facial afectación axonal en proceso de reinervación.

Comentario. El síndrome de Melkersson-Rosenthal es una entidad infrecuente en niños, de origen desconocido (genético, infeccioso, autoinmune...), curso crónico y progresivo, con compromiso neuromucocutáneo que afecta a la inervación orofacial (VII y ocasionalmente V par). Se caracteriza por la tríada diagnóstica: parálisis facial periférica aguda recurrente y alternante, edema recurrente de labios y/o cara y lengua escrotal o geográfica. Las formas de presentación en la infancia suelen ser mono u oligosintomáticas. El diagnóstico en el niño es clínico excluyendo otras entidades (biopsia inflamatoria). Los tratamientos que se han ensayado son corticoides, antibióticos, vitaminas e inmunosupresores según la causa probable.

11. ¿CRISIS EPILÉPTICA O TRASTORNO PAROXÍSTICO NO EPILÉPTICO?: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Herrera Quilón L, García Barbero E, Castro Rey M, Sáez García L, Goetz Sanz C, Vázquez Martín S, Garrote Molpeceres R, Urbaneja Rodríguez E. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. Los trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE) conforman un grupo de situaciones de clínica diversa, repetitiva y este-reotipada, aparición brusca, breves y recurrentes, provocadas por procesos fisiológicos o psicológicos. Pueden simular crisis epilépticas. La diferencia entre ambos procesos es, en ocasiones, difícil de evidenciar.

Caso clínico. Lactante sana de 6 meses. Desarrollo psicomotor adecuado. En las últimas 24 horas presenta episodios bruscos de supravisión ocular, de apenas 1-2 segundos de duración, repetidos en salvas, sin desconexión del medio ni cambios en el tono muscular ni coloración. Asociados a movimientos de aducción-flexión de extremidades en ocasiones. Asintomática entre episodios. Exploración física: sin signos de disfunción neurológica. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, reactantes de fase aguda, amonio y láctico, gasometría venosa normales. Tóxicos en orina: negativos. Vídeo-EEG: Actividad de fondo en vigilia y sueño dentro de la normalidad para la edad (NREM). No se registra actividad epileptiforme, asimetrías ni otras anomalías significativas. No se registran episodios paroxísticos. Ecografía transfontanelar: normal. Evolución: reiteración de eventos durante 7 días, reduciéndose en frecuencia e intensidad. Controles seriados de V-EEG a los 7, 15 y 30 días excluyéndose epilepsia tipo espasmos infantiles.

Comentario. Los TPNE constituyen un motivo frecuente de consulta pediátrica. Su prevalencia es más elevada (10%) que la de los trastornos epilépticos. Se clasifican en grupos de edad y según su relación con movimiento, sueño, hipoxia, trastornos psicógenos, dolor o presencia de alteraciones oculomotoras y/o movimientos cefálicos. La desviación tónica paroxística de la mirada hacia arriba, de causa desconocida, se inicia entre los 3 meses y 2 años, caracterizándose por episodios de desviación continua o episódica de los ojos hacia arriba, que pueden acompañarse de ataxia y nistagmo vertical. Nivel de conciencia conservado. Desaparecen durante el sueño incrementándose con el cansancio o las infecciones. Remiten espontáneamente y, aunque benignos, un 50% asocia retraso del desarrollo y lenguaje. Neuroimagen y EEG normales. No requieren tratamiento ni precisan otras exploraciones complementarias.

12. SÍNDROME DE EMANUEL, A PROPÓSITO DE UN CASO. *Fernández Castiñeira S¹, Viejo Díaz M², Méndez Velasco C³, Hernández Peláez L¹, Quesada Colloto P¹, Díaz Anadón LR¹, Carnicero Ramos S¹, Hernando Acero P.¹ ¹AGC Pediatría, ²Genética. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El síndrome de Emanuel se caracteriza por la asociación de retraso en el neurodesarrollo con discapacidad intelectual grave, dismorfismo facial y anomalías congénitas. Está causado por un cromosoma supernumerario que contiene material de los cromosomas 11 y 22 cuyo origen es una traslocación equilibrada parental entre dichos cromosomas. Se trata de la traslocación recíproca recurrente más común en humanos y los portadores suelen diagnosticarse tras abortos múltiples, infertilidad o el nacimiento de un niño con síndrome de Emanuel.

Caso clínico. Paciente de 18 años, natural de Argentina. Es hijo único, de pareja no consanguínea. Padre de 45 años, sano, con cariotipo normal. Madre de 42 años, portadora sana de una traslocación recíproca 11; 22. El paciente presenta discapacidad intelectual grave y fenotipo peculiar: escaso panículo adiposo con amiotrofia de las 4 extremidades, cifoescoliosis muy marcada, tórax excavado, hendiduras palpebrales amplias y descendentes, párpados gruesos, displasia de pabellones auriculares, filtrum alargado, frente estrecha, micrognatia,... Diagnosticado por Cardiología de insuficiencia aórtica moderada y CIA tipo *ostium secundum*. Refieren crisis epilépticas a los 6 meses de vida que precisaron tratamiento farmacológico hasta el año aproximadamente. Asintomático en ese sentido desde entonces. Se le ha realizado estudio

de inmunodeficiencias ante infecciones de repetición, sobre todo del área ORL, con resultados dentro de la normalidad. En el Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. se le solicita estudio genético con array de CGH, en el que se encuentran 2 duplicaciones patológicas (11q23.3-q25 y 22q11.1-q11.21). Cariotipo 47 XY. Estas duplicaciones son compatibles con un síndrome de Emanuel.

Conclusiones. El síndrome de Emanuel es una entidad rara y compleja que precisa de un seguimiento estrecho y multidisciplinar. En este tipo de patologías es importante el diagnóstico genético familiar de cara al asesoramiento reproductivo, ya que otros miembros de la familia podrían ser portadores asintomáticos de la traslocación.

13. "DOCTOR, MI HIJA NO PUEDE BAILAR LA MACARENA".

González Uribebarrea S¹, García De Ribera C², Ruiz Labarga C², Palenzuela Ribote M³, Rodríguez Piñera M³, Castro Rey M¹, Fraile García L¹. ¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²C.S. Rondilla. Valladolid. ³C.S. Medina del Campo Urbano, Medina del Campo, Valladolid.

Introducción. La sinostosis radio-cubital proximal es una anomalía congénita poco frecuente. Se debe a la detención en la segmentación de los esbozos cartilagosos del radio y el cúbito durante el periodo embrionario, lo que provoca la falta de separación de ambos huesos, y por ello, una limitación en la supinación del antebrazo. Esporádica y aislada en la mayoría de los casos, puede presentarse con carácter familiar, asociarse a otras anomalías del desarrollo o formar parte de algún síndrome. Frecuentemente bilateral con igual distribución en ambos sexos.

Caso clínico. Niña de 2 años acude a su pediatra porque sus padres han notado, de manera casual, que su hija no es capaz de rotar el antebrazo izquierdo tanto como el derecho. No refieren dolor ni traumatismo. Obesidad, no otros antecedentes personales ni familiares de interés. En la exploración no se observa deformidad de extremidad superior izquierda ni dolor a la palpación. Bloqueo de la pronosupinación, compensado funcionalmente con la muñeca. Flexo-extensión del codo conservada. Se solicita radiografía de ambas extremidades superiores, mostrando fusión del extremo proximal del cúbito y cabeza radial izquierdos, diagnosticándose un caso de sinostosis radiocubital proximal. Valorada en el Servicio de Traumatología de nuestro hospital y posteriormente en hospital de referencia, se decide manejo conservador y seguimiento evolutivo.

Comentarios. La limitación de la pronosupinación suele encontrarse compensada con la hiper movilidad de las articulaciones vecinas, lo que confiere una clínica leve, pudiendo pasar desapercibida hasta los 4-5 años de edad. Es importante conocer esta entidad para poder diagnosticarla en las revisiones de salud habituales. El tratamiento será individualizado en función del grado de deformidad, de la alteración funcional, afectación bilateral y la edad.

14. ABSCESO EPIDURAL POR PREVOTELLA, ¿MANEJO CONSERVADOR O QUIRÚRGICO? *Nonide Mayo L¹, Gobergs R², Vaquero López E³, Fernández Perea P³, Rey Galán C¹.* ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital Universitario de Riga. ³Universidad de Oviedo.

Introducción. Los abscesos cerebrales son una complicación poco común de infecciones orales, procedimiento dentales o rinosinusitis. Presentan un alto riesgo de mortalidad y de secuelas neurológicas.

Caso clínico. Niña de 8 años con cuadro de 4 semanas de evolución de rinorrea, fiebre y cefalea supraciliar izquierda. Antecedente de colocación de braquets la semana previa. Consultan en su hospital

de origen donde se objetiva leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda junto con velamiento del seno maxilar izquierdo. Ingreso para antibioterapia intravenosa con amoxicilina-clavulánico. A las 24 horas, presenta convulsión tónico-clónica generalizada que requiere benzodiacepinas iv. En TC craneal se objetiva absceso epidural frontal izquierdo y sinusitis frontoetmoidal izquierda. Se traslada a la UCI Pediátrica (UCIP) de su hospital de referencia. Durante el traslado, presenta 3 episodios focales de hipersalivación, chupeteo y desviación de la mirada a la derecha, precisando benzodiacepinas iv. En la UCIP se constata debilidad extremidades inferiores y edema palpebral izquierdo. Se decide tratamiento conservador con cefotaxima y metronidazol iv junto con levetiracetam iv. En el 5º día de ingreso, nuevo episodio de desconexión del medio, afasia y hemiparesia derecha constatándose en TC craneal aumento de la colección frontal izquierda junto con colección epidural. Intervenida por ORL (cirugía nasal endoscópica) y por neurocirugía (craneotomía frontal izquierda con drenaje del empiema y lavado con rifampicina). En postoperatorio inmediato, nuevo episodio similar al previo con recuperación clínica progresiva. Aumentada dosis de levetiracetam y cambiada antibioterapia a meropenem. Posteriormente, afebril y asintomática con descenso progresivo de reactantes de fase aguda. En hemocultivo del hospital de origen, se aísla *Prevotella intermedia* multisensible de probable origen odontogénico.

Conclusiones. El manejo conservador de los abscesos cerebrales conlleva riesgo de fallo terapéutico con mayor tiempo de estancia hospitalaria. La *Prevotella intermedia*, aislada en nuestra paciente, es un microorganismo anaerobio de la microbiota normal de la boca que raramente causa abscesos intracraneales.

15. CRISIS PARAINFECCIOSAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rodríguez Fernández S, Álvarez Álvarez A, Fernández Rodríguez H, Pérez Alba M, González Acero A, Valverde Pérez N, Rodríguez Lorenzo P, García Iglesias A. Hospital Universitario de Cabueñes.

Introducción. Las crisis parainfecciosas son una entidad poco conocida y posiblemente infradiagnosticada. Deben sospecharse en pacientes con desarrollo psicomotor normal ante crisis afebriles, principalmente tónico-clónicas generalizadas, asociadas a infecciones banales, siendo lo más frecuente las gastroenteritis (sin alteraciones hidroelectrolíticas) y las infecciones respiratorias de vías altas.

Caso clínico. Paciente de 19 meses sin antecedentes de interés, traído a Urgencias por UVI móvil por episodio de 10 minutos de duración de desconexión, cianosis peribucal y rigidez generalizada. A su llegada se encuentra postcrítico, con constantes, glucemia capilar, y resto de exploración física normales. La familia refiere diarrea en las últimas 24 horas e ingesta escasa, sin fiebre, vómitos u otra sintomatología. Se decide ingreso para sueroterapia en planta de hospitalización, donde realiza 3 episodios similares que ceden espontáneamente en 2-3 minutos, con recuperación completa. Dada la agrupación de crisis se solicita analítica con reactantes de fase aguda y electrolitos, TC craneal y punción lumbar con obtención de resultados normales. Se inicia perfusión de fenitoina y se traslada a UCIP para vigilancia, donde no se constatan nuevos episodios y permanece afebril. Se realiza EEG y RMN cerebral con resultado normal. En el coprocultivo recogido se aísla *Salmonella* y adenovirus. Se da de alta con diagnóstico de crisis parainfecciosa con control en Neuropediatría donde se constata desarrollo psicomotor normal.

Comentarios. Entre los agentes implicados destaca el rotavirus, seguido de otros como *Salmonella*, *Campylobacter*, gripe A y rinovirus. Aparecen habitualmente tras 24-48 horas del inicio de la infección. Es frecuente que sean múltiples y de duración menor de 5 minutos. Un diagnóstico adecuado podría evitar pruebas innecesarias, que solo

estarían indicadas en caso de sospecha de otra entidad. Pueden ser refractarias a tratamiento; pese a ello, su pronóstico es favorable, con escasa recurrencia y posterior neurodesarrollo normal.

Viernes 15 de noviembre - Serie 2

Moderadores: Nuria Fernández González y Marta Suárez Rodríguez

16. HIDROPS FETAL NO INMUNOLÓGICO SECUNDARIO A CORIOANGIOMA PLACENTARIO. A PROPÓSITO DE 2 CASOS. *Aguerrever Machado M, Garrido Barbero M, Bernués López E, Bolea Muguruza G, Morante Martínez D, Menéndez Bango C, Arteta Saéz E, Miranda Vega M. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. El hidrops fetal (HF) es la acumulación anormal de líquidos en los tejidos blandos y cavidades serosas secundario a una alteración en el movimiento de fluidos entre el espacio vascular y el intersticio. Los casos no derivados de isoimmunización materno-fetal se denominan HF no inmunológico (HFNI), presentando este diversas etiologías y una alta mortalidad 50-98%. El corioangioma placentario (tumoración vascular de las vellosidades placentarias) es causa de HFNI cuando supera los 4cm de diámetro, debido al paso de sangre a través de cortocircuitos arterio-venosos en su interior. Presentamos 2 casos de HFNI secundarios a corioangioma, ingresados en los últimos 9 años en nuestro hospital.

Casos clínicos. Caso 1: Recién nacido (RN) mujer, de 34 SG, nacida mediante cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF), con diagnóstico prenatal de corioangioma placentario de 12 por 8 cm de diámetro, con edema generalizado, anemia (11,8 g/dl) y trombopenia grave, sin datos de isoimmunización. Preciso transfusiones de hemoderivados. Evolución satisfactoria. **Caso 2:** RN mujer de 32 SG sin diagnóstico prenatal, nacida mediante cesárea urgente por RPBF, con edema generalizado, anemia (5 g/dl) y trombopenia grave, que precisó exanguinotransfusión parcial y múltiples transfusiones de hemoderivados. Además, presentó hipertensión pulmonar persistente que precisó tratamiento con ventilación mecánica de alta frecuencia, inotrópicos y vasodilatadores venosos en la primera semana de vida. No isoimmunización, malformaciones o infección por Parvovirus B19. Estudio anatomo-patológico placentario con corioangioma de 12 por 9 cm de diámetro. Evolución clínica satisfactoria.

Comentarios. El diagnóstico prenatal es de vital importancia permitiendo seguimiento estrecho, tratamiento intrauterino mediante láser o finalización electiva del embarazo si existe repercusión fetal. En nuestro primer caso el diagnóstico prenatal no detectó repercusión significativa que implicara la necesidad de instauración precoz de tratamiento o finalización electiva del embarazo. En el segundo caso, desconocer el diagnóstico imposibilitó el tratamiento y precipitó el parto prematuro con complicaciones graves.

17. BEBÉ COLODION: MANEJO EN UCI NEONATAL A PARTIR DE DOS CASOS. *Obregón Asenjo M, Bolea Muguruza G, Miranda Vega M, Arnáez Solís J, Esteban R, Suarez Fernández J, Aja García G, Bustamante Hervás C. Hospital Universitario de Burgos.*

Objetivos. Las ictiosis son un grupo de enfermedades genéticas que afectan fundamentalmente a la piel. Debido a su baja incidencia y prevalencia, el conocimiento que se tiene de ellas es escaso. El propósito de esta exposición es dar a conocer dos casos de bebé colodión, ictiosis de presentación neonatal que requiere un tratamiento agudo e intensivo de soporte y un seguimiento posterior para el diagnóstico

de la probable enfermedad subyacente que determinará el pronóstico del paciente. Aquí, la genética es fundamental.

Material y métodos. Contamos con dos casos clínicos (nacidos en 2006 y 2019) que son diagnosticados de bebé colodión en el periodo neonatal inmediato. Se realizó un cuidado riguroso en la unidad de cuidados intensivos del HUBU. Actualmente, uno de los pacientes se encuentra en la segunda fase, de diagnóstico y pronóstico, mientras que el otro está diagnosticado genéticamente de ictiosis lamelar (TGM1).

Resultados. Nuestros pacientes se beneficiaron de cuidados intensivos de soporte. Inicialmente, siguiendo las recomendaciones, se canaliza una vía umbilical. Para controlar las alteraciones hidroeléctricas causadas por la dura piel apergaminada, se necesita una elevada humedad en la incubadora, con baños diarios y curas tópicas frecuentes mientras duran las anomalías cutáneo-mucosas. La nutrición es clave. La tolerancia oral es dificultosa al inicio debido a las alteraciones en su mucosa (eclabion). Esto, sumado a las altas necesidades metabólicas, nos obliga a mantener alimentación enteral por sonda durante un periodo prolongado. La prevención de las posibles infecciones requiere un control estricto de los posibles focos, sin indicación de antibióticos profilácticos por esta patología. Estos pacientes también se benefician de un cuidado multidisciplinar que incluya oftalmólogos y dermatólogos, entre otros profesionales sanitarios.

Conclusiones. El bebé colodión es una patología cutánea grave, que requiere un cuidado intensivo inicial, previo al diagnóstico etiológico definitivo.

18. LUXACIÓN CONGÉNITA DE RODILLA: REVISIÓN DE CASOS. *Rodríguez Del Rosario S, Membrives Aparisi J, Saez García LM, Castro Rey M, Urbaneja Rodríguez E, Matías Del Pozo V, Palacios Loro ML, Pino Vasquez A. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. La luxación congénita de rodilla (LCR) es una patología infrecuente, con incidencia de 1/100.000 recién nacidos. Su etiología es variable, aunque existen factores predisponentes. El diagnóstico se realiza según los hallazgos clínicos al nacimiento y la confirmación radiológica. El tratamiento ortopédico suele resolver la patología en la mayoría de las ocasiones. Se presentan varios casos para facilitar el conocimiento de esta entidad por parte del pediatra.

Casos clínicos. Se resumen las principales características de los pacientes en la tabla I.

Comentarios. Como se comprueba en nuestros casos, la LCR es más frecuente en sexo femenino y se relaciona con presentación de nalgas, sin encontrar otras asociaciones. Destacamos la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoces (primeras 24 horas de vida), para mejorar su pronóstico.

19. NEUMONÍA NEONATAL, ¿TENEMOS QUE SOSPECHAR ALGO MÁS? *Rodríguez Fernández A, Valdés Montejo I, Hevia Tuñón A, Fernández García A, Fernández Fernández M, Martínez Saenz de Jubera J. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Introducción. La presencia de una neumonía en un neonato es una patología poco frecuente y que nos debe alertar para buscar posibles causas subyacentes responsables del cuadro, entre las que pueden estar las malformaciones pulmonares congénitas.

Caso clínico. Neonato de 18 días de vida, sin antecedentes obstétricos ni perinatales de interés, que ingresa por presencia de febrícula intermitente de 8 días de evolución y pico febril de hasta 39°C en las últimas 12 horas sin otra sintomatología infecciosa acompañante salvo una disminución de la diuresis en los últimos dos días. En las pruebas

TABLA I.

	Caso clínico 1	Caso clínico 2
Embarazo	Normal	Diabetes gestacional
Sexo	Mujer	Mujer
Edad gestacional	38	37+7
Presentación	Podálica	Podálica
Parto	Cesárea	Cesárea
Apgar	9/10	7/9
Peso al nacimiento	3.305 gr	2980 gr
Hallazgos exploratorios	Recurvatum de rodilla derecha con limitación para flexión y desplazamiento anterior de tibia sobre fémur	Recurvatum de ambas rodillas con limitación marcada para flexión y desplazamiento anterior de tibia sobre fémur con cianosis intensa distal de ambas extremidades inferiores
Tipo de afectación	Unilateral	Bilateral
Grado radiológico (clasificación de Ferris)	Tipo II	Tipo II
Manejo	Ingreso en primeras horas de vida para inmovilización con yeso inguino-pélico en flexión de 90°, con recambios posteriores	
Días de ingreso	1	4
Duración yeso	6 semanas	8 semanas
Edad actual	6 meses	8 meses
Evolución	Recuperación completa con fisioterapia	Recuperación parcial con fisioterapia ¿Tratamiento quirúrgico?

realizadas al ingreso destacaba elevación de reactantes de fase aguda (PCR 379,5 mg/L y PCT 5,15 ng/ml) y radiografía de tórax compatible con neumonía bilobar izquierda. Mejoría progresiva con la antibioterapia desapareciendo la fiebre y normalizándose la analítica, persistiendo tiraje subcostal, polipnea y auscultación patológica por lo que se realiza nueva radiografía de tórax donde se objetivan dos imágenes quísticas en hemitórax izquierdo y otra en el derecho. Se realiza TAC que confirma la presencia de una malformación adenomatoidea quística bilateral (probablemente tipo 1 de Stocker). Tras este hallazgo se remite a consultas de Neumología y Cirugía pediátrica estando actualmente pendiente de tratamiento quirúrgico.

Conclusiones. Las malformaciones pulmonares congénitas representan un 2% de todas las malformaciones congénitas, siendo la malformación adenomatoidea quística la más frecuente. Es una rara anomalía de la diferenciación embriológica pulmonar caracterizada por la sustitución de tejido pulmonar por quistes de tamaño y número variable. Clínicamente puede presentarse como dificultad respiratoria, neumonías de repetición o ser completamente asintomática. Puede asociarse a otras anomalías en un 20% y su tratamiento es en la mayoría quirúrgico aunque se han descrito casos que involucionan espontáneamente.

20. ABORDAJE DE LOS VÓMITOS EN EL PERIODO NEONATAL: ATRESIA DE PÍLORO, CAUSA INFRECUENTE PERO POSIBLE. Llorente Sanz B, López-Balboa P, López Casillas P, Rodríguez del Rosario S, Matías Del Pozo V, Pino Vázquez A, Gómez Beltrán O, Alonso Ferrero J. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. La atresia de píloro ocurre en 1/100.000 recién nacidos, el 1% de las atresias digestivas. La más frecuente es la tipo 1 (57%). Su diagnóstico se realiza mediante técnicas de imagen y cirugía. En ausencia de epidermolisis bullosa (20% de los casos) y de otras anomalías asociadas (malrotación intestinal, atresia de esófago, agenesia de vesícula biliar, malformación anorrectal o cutáneas como aplasia cutis o ictiosis lamelar) es una malformación corregible quirúrgicamente y con buen pronóstico.

Caso clínico. Recién nacido a término, embarazo normal y parto instrumentado por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Recibe lactancia mixta desde el nacimiento, presentando a las 24 horas de vida rectorragia abundante, afectación del estado general y coagulopatía, ingresando en UCIN. Hemocultivo positivo para *S. Salivarius* y *S. epidermidis* meticilina-resistente y urocultivo positivo a *E. coli*, *S. Gallolyticus* en urocultivo por lo que recibe tratamiento con ampicilina y gentamicina con resolución del cuadro. Al 12º día de vida se retoman aportes enterales con fórmula hidrolizada, realizando 3-5 vómitos diarios, abundantes, sin sangre, cíclicos y sin relación clara con la toma, y deposiciones normales. Como diagnóstico diferencial se plantea enfermedad metabólica, alergia a las proteínas de la leche de vaca, estenosis hipertrófica de píloro y obstrucción intestinal. Se realiza estudio metabólico con resultado negativo y ecografías abdominales normales. Ante la persistencia del cuadro, se solicita tránsito intestinal que resulta compatible con obstrucción a nivel de píloro. Se somete a endoscopia, donde se visualiza atresia pilórica tipo 1 con membrana pilórica fenestrada, rotación intestinal incompleta y banda de Ladd duodenoparietocólica.

Conclusión. Los vómitos, aunque en el periodo neonatal suelen ser de etiología benigna, en ocasiones son el síntoma guía para diagnosticar patologías graves, como malformaciones digestivas. Un correcto abordaje permite un diagnóstico y tratamiento precoz, y evita repercusiones importantes como alteraciones electrolíticas, estancamiento ponderal o necrosis intestinal.

21. MÁCULA AZULADA EN RECIÉN NACIDO, ¿MANCHA DE BALTZ O ALGO MÁS? Fernández Rodríguez H, Pérez Alba M, Rodríguez Fernández S, Álvarez Álvarez A, Rodríguez Lorenzo P, Valverde Pérez N, Acero González A, García González M. Hospital Universitario de Cabueñes.

Introducción. La facomatosis pigmento-vascular es una rara entidad caracterizada por la asociación de malformaciones vasculares y nevi pigmentados. Atendiendo a la descripción de sus manifestaciones clínicas, se puede clasificar en varios tipos: *cesioflammea*, *spilorosea*, *cesiomarmorata* y no clasificable. Aproximadamente el 50% de los casos se asocia a manifestaciones extracutáneas, fundamentalmente neurológicas, oftalmológicas y esqueléticas.

Caso clínico. Presentamos el caso de un neonato mujer en la que desde el nacimiento se aprecian lesiones maculosas azuladas que recuerdan a la mancha de Baltz pero que afectan de forma parcheada a tronco, espalda y raíz de miembros inferiores. Se aprecian además en el tronco, lesiones maculosas eritematosas de bordes geográficos, con telangiectasias en superficie. Resto de la exploración sin hallazgos patológicos. Se solicita interconsulta a Dermatología, quienes confirman el diagnóstico de facomatosis pigmento-vascular tipo *cesioflammea*. Se decide ingreso de la paciente para realizar estudios complementarios que descarten afectación extracutánea. Se realiza ecografía transfontanelar y abdominal, resonancia magnética nuclear cerebral, serie ósea y exploración oftalmológica; todas ellas sin hallazgos patológicos. La paciente fue dada de alta con seguimiento posterior en Consultas Externas de Pediatría, Oftalmología y Dermatología. El control posterior en Consultas Externas descarta por el momento afectación extracutánea.

No se aprecian cambios en las lesiones de la piel, aunque sí ha aparecido una nueva lesión eritematosa de bordes irregulares en hipogastrio compatible con hemangioma.

Conclusiones. Como conclusión podemos decir que aunque la mayoría de las lesiones vasculares que aparecen en el recién nacido son benignas y autolimitadas, algunas forman parte de síndromes asociados a complicaciones importantes. Por tanto, es necesario conocer las características clínicas de estos síndromes para realizar el seguimiento oportuno y las pruebas complementarias pertinentes que descarten o confirmen afectación extracutánea, la cual determinará el pronóstico del paciente.

22. CONJUNTIVITIS NEONATAL POR *NEISSERIA MENINGITIDIS*.

Pérez Alba M, Fernández Rodríguez H, Álvarez Álvarez A, Rodríguez Fernández S, Rodríguez Lorenzo P, González Acero A, Costa Romero M, Pérez Méndez C. Hospital Universitario de Cabueñes.

Introducción. La conjuntivitis neonatal puede ser de causa infecciosa, causada por gérmenes del canal del parto, como *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, o aséptica, tras la aplicación de la profilaxis de Credé. *Neisseria meningitidis* es un microorganismo infrecuente. Presentamos un caso clínico y revisión de la bibliografía.

Caso clínico. Neonato mujer de 11 días de vida, gestación de 34 semanas, nacida por parto vaginal, ingresada en Neonatología por prematuridad; el 8º día (un sábado) presenta exudado conjuntival unilateral mucopurulento; afebril, constantes normales; se recoge cultivo y se trata con colirio de tobramicina con mejoría. El 10º día es dada de alta. Veinticuatro horas después informan del crecimiento de *N. meningitidis* no serogrupable en el exudado conjuntival. Asintomática salvo mínimo exudado conjuntival. Exploración normal, hemograma y reactantes de fase aguda normales. Se extrae hemocultivo y se inicia tratamiento con cefotaxima IV hasta conocer el resultado del cultivo. En este crece *Enterococcus faecalis*; se obtiene un 2º hemocultivo, que fue negativo y se sustituye la cefotaxima por ampicilina en espera del resultado; se interpreta como posible contaminante y se suspende el tratamiento a las 48 horas. No presentó ninguna complicación ocular ni sistémica. A los 4 meses de edad, asintomática y sin secuelas. Se consultó con Medicina Preventiva que desaconsejó estudio de portadores o tratamiento profiláctico.

Comentario. La conjuntivitis neonatal producida por *N. meningitidis* es excepcional en la práctica clínica. No obstante, el riesgo de desarrollar complicaciones locales y sistémicas, es elevado por su extrema agresividad. Se ha descrito un riesgo hasta Díez veces mayor de presentar enfermedad invasiva en los niños tratados exclusivamente con antibiótico tópico comparado con los tratados con antibióticos sistémicos, por lo que la mayoría de los autores recomiendan tratamiento con antibiótico parenteral. La necesidad de administrar profilaxis a los contactos (padres y personal sanitario) no está clara.

23. GOTELO A TRAVÉS DEL OMBLIGO. *Pablos-López A, Martín*

López-Pardo BM, Alonso-Díez C, Roux-Rodríguez A, Hernández-Prieto A, Villalón-Martínez MC, Garzón Guitería MT, López-Ávila J. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción. El uraco persistente es la anomalía uracal congénita más frecuente y consiste en la comunicación entre la vejiga y el ombligo. Clínicamente se manifiesta por la emisión de orina a nivel umbilical. Habitualmente se diagnostica en el periodo neonatal y la infección es su principal complicación. La sospecha clínica se confirma mediante pruebas de imagen como la ecografía renal y la cistouretrografía

miccional, que además permiten descartar posibles malformaciones genitourinarias asociadas. La cirugía es el tratamiento de elección. Sin embargo, en aquellos pacientes en los que el remanente uracal es de pequeño tamaño o este no produce síntomas, se puede llevar a cabo un tratamiento médico inicial, ya que generalmente se resuelve espontáneamente durante el primer año de vida.

Descripción del caso. Lactante varón de 7 días de vida que presenta drenaje continuo de contenido líquido claro a nivel umbilical. Afebril, buena tolerancia de las tomas y ganancia ponderal, así como adecuada diuresis. En la exploración física se evidencia redundancia cutánea y granuloma umbilical, observando drenaje de contenido líquido claro que literalmente gotea a través del ombligo. Se realiza ecografía abdominal, en la que se observa una imagen lineal anecoica desde cúpula vesical que se dirige hacia región umbilical compatible con resto uracal. Se completa el estudio con cistouretrografía, que confirma comunicación vesical con región umbilical por uraco persistente. Se pauta amoxicilina-clavulánico a 50 mg/kg y seguimiento por Cirugía Pediátrica.

Conclusión. La persistencia de uraco es la malformación congénita uracal más frecuente. Se manifiesta clínicamente por la emisión de orina a nivel umbilical, confirmándose la comunicación entre la vejiga y el ombligo mediante pruebas de imagen. Las anomalías uracales deben formar parte del diagnóstico diferencial de la patología abdominal. Su conocimiento puede prevenir complicaciones como la infección o la malignización a carcinoma uracal en la edad adulta.

24. PARÁLISIS BILATERAL DE CUERDAS VOCALES. *García Bar-*

bero E, Herrera Quilón L, Rodríguez Del Rosario S, Goz Sanz MC, Garrote Molpeceres R, Bartolomé Cano ML, Bartolomé Albistegui MJ, Urbaneja Rodríguez E. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivos. La parálisis de cuerdas vocales (PCV) congénita tiene una incidencia de 0,75 casos/millón nacimientos/año y es la 2ª causa de estridor neonatal. Existen dos etiologías principales: Idiopática y secundaria a encefalopatía, enfermedades neuromusculares y genéticas, entre otras. La clínica característica es el estridor y distrés de inicio neonatal. El diagnóstico de confirmación se establece mediante fibrolaringoscopia. El manejo conservador es una alternativa, sin embargo, muchos acaban precisando traqueostomía debido a la persistencia de clínica respiratoria y dificultades para alimentación.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de un caso de PCV con diagnóstico y seguimiento en hospital terciario.

Resultados. Varón que ingresó al mes de vida por episodios intermitentes de estridor inspiratorio, tiraje subcostal, rechazo de tomas y estancamiento ponderal desde hace una semana. Antecedentes personales: Embarazo controlado y normal, cesárea a las 41 semanas. PRN: 3.190 g. Ingresó en periodo perinatal por distrés, precisando CPAP durante 24 horas. Dado de alta al 4º día de vida, asintomático. Antecedentes familiares: sin interés. Exploraciones complementarias: ante la ausencia de datos infecciosos se realizó fibrobroncoscopia, diagnosticándose de PCV bilateral en posición paramediana y completándose estudio con RM cráneo-cervical (normal). Evolución: Inicialmente se decidió actitud expectante con seguimiento clínico, posteriormente presentó empeoramiento respiratorio en contexto de sepsis por *Klebsiella*, precisando intubación y ventilación invasiva. Tras estabilización clínica, se decidió realización de traqueostomía a los 3 meses de vida. Desde entonces ha presentado evolución favorable, con desaparición de clínica respiratoria y constatándose ganancia ponderal.

Conclusiones. La descripción de nuestro paciente concuerda con lo descrito en la literatura (sexo masculino, presentación bilateral, causa idiopática, posición paramediana, necesidad de manejo intervencionista para mantenimiento de vía aérea). Aunque el tratamiento de esta

patología sigue siendo controvertido, e inicialmente se intentó manejar de forma conservadora, el empeoramiento respiratorio junto con la dificultad para la alimentación hicieron necesarios realización de traqueostomía, como ocurre en un alto porcentaje de los casos publicados.

**25. MASA VULVOVAGINAL INTERLABIAL NEONATAL: A PRO-
PÓSITO DE UN CASO.** *García Lorente M, Vacas Del Arco B, Sánchez Garrido JM, Sanz Rueda L, Aparicio Fernández de Gatta C, Benito Clap E, Morales Moreno A, Domínguez Cendal G. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

Caso clínico. Anamnesis: Recién nacido mujer de 16 horas de vida. Antecedentes: embarazo controlado de curso normal, con ecografías y serologías normales. Parto eutócico a la 39+6ª semanas. No factores de riesgo perinatales. No precisó reanimación. Peso al nacimiento: 3.350 g. Talla: 50,5 cm. Perímetro cefálico: 34 cm. **Exploración física:** Recién nacido mujer normosómico y armónico. No malformaciones visibles. Genitales externos femeninos normoconfigurados, con masa interlabial de 3x1 cm en línea media, de coloración amarillenta y consistencia gomosa, que aumenta con el llanto. Resto de exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se contacta con Cirugía Pediátrica para valoración. Se realiza sondaje uretral y vaginal, con buena permeabilidad de ambas localizaciones (inicia diuresis tras sondaje uretral), por lo que se diagnostica de quiste de Skene y se decide actitud expectante.

Discusión. El quiste del conducto de Skene es una anomalía congénita neonatal infrecuente, con una incidencia de 1/2.000-3.000 recién nacidos vivos de sexo femenino. Se trata de un aumento del volumen ovoideo, de coloración amarillenta, indolora que se ubica adyacente al meato uretral. Su diagnóstico es clínico, debiéndose realizar un diagnóstico diferencial con himen imperforado y prolapso de ureterocele principalmente. La imperforación de himen se presenta como una tumoración genital interlabial lisa, elástica y de coloración blanquecina-grisácea. En el caso del prolapso de ureterocele, se presenta como una masa interlabial de aspecto liso, redondo y que puede variar de tamaño y coloración.

Conclusiones. Se debe realizar un buen examen clínico de las masas interlabiales, distinguiendo su origen genital o urológico. El manejo del quiste de conducto de Skene es conservador de primera línea. En el caso de presentar síntomas, puede realizarse la punción directa.

26. SEPSIS DE APARICIÓN MUY TARDÍA POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE. *García Fernández S, Antomil Guerrero B, Díaz García P, Fernández López A, Fernández Morán E, Garrido García E, Calle-Miguel L. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La incidencia global de infecciones invasivas por *Streptococcus agalactiae* es de 0,49 casos/1.000 recién nacidos vivos (precozes: 0,41/1.000; tardías 0,26/1.000). Las infecciones de transmisión vertical (TV) de aparición muy tardía son aquellas producidas por microorganismos del canal del parto en lactantes mayores de tres meses.

Caso clínico. Lactante de 3 meses y 2 semanas valorado en Urgencias por fiebre de 12 horas de evolución e irritabilidad. Antecedentes personales: embarazo a término controlado, exudado vagino-rectal materno positivo para *S. agalactiae*, tiempo de bolsa rota de 15 horas, cesárea urgente por pérdida de bienestar fetal, profilaxis antibiótica intraparto completa; lactancia mixta inicial y artificial exclusiva desde el segundo mes de vida. Exploración física inicial, en pico febril: quejosa, pálida, irritable, con exploración por aparatos normal. Estudios iniciales: hemograma (14.450 leucocitos/ μ L) proteína C reactiva (PCR) 0,2 mg/dl, procalcitonina (PCT) 0,86 ng/ml, análisis de orina y radiografía de tórax

normales y hemocultivo. Observación inicial en Urgencias, con aparición de diarrea, mejoría del estado general tras antitérmico, manteniéndose afebril, pero con taquicardia persistente en torno a 200 lpm. Control analítico a las 10 horas con importante elevación de parámetros infecciosos (22.810 leucocitos/ μ L, PCR 6,9 mg/dl, PCT 19,8 ng/ml). Se realiza punción lumbar (citobioquímica de líquido cefalorraquídeo normal), se inicia tratamiento con cefotaxima y se decide ingreso. Evolución: tras notificación de crecimiento en hemocultivo de *S. agalactiae*, se sustituye tratamiento por ampicilina, hasta completar 10 días. Buena evolución clínica, manteniéndose afebril durante el ingreso y con exploraciones sucesivas normales.

Conclusiones. Hay que mantener alto grado de sospecha de las infecciones de TV en la evaluación de un lactante menor de tres meses con fiebre, incluso en situaciones con pocos factores de riesgo. Estas infecciones son infrecuentes por encima de dicha edad. La profilaxis antibiótica intraparto no disminuye la incidencia de infecciones tardías por *S. agalactiae*.

27. MANEJO DE LOS ABSCESOS PERIANALES EN LACTANTES. *Pérez Pérez A, Pérez Costoya C, Megido Armada A, Sánchez Pullido LJ, González López C, Alonso Losada D, Vicente Martínez C, Elola Pastor AI. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Los abscesos perianales son frecuentes en la edad pediátrica, fundamentalmente en lactantes. Mayor incidencia en varones. Se producen por infección de las criptas de Morgagni. Hasta en el 38% no crecen patógenos en el cultivo. Entre el 6-85% presentan recurrencias o fistulizaciones. La fiebre y clínica sistémica son raras. La mayoría tienden a la autoresolución, siendo el tratamiento de elección el drenaje quirúrgico. En mayores de 2 años se han de descartar otras patologías como EII, leucemia o inmunosupresión.

Caso clínico. Neonato de 15 días de vida que acude a Urgencias por absceso perianal. Afebril. Ingestas adecuadas, no irritabilidad. Deposiciones normales. A la exploración se observa tumoración en región perianal de 3 cm a las 10 h en posición ginecológica, compatible con absceso perianal. Ingresa para tratamiento con augmentine iv y calor local, siendo drenado a las 12 horas del ingreso sin incidencias. Analítica con leucocitosis (30 000) y elevación de reactantes (PCR 0,9 mg/dL). Cultivo sin crecimiento de microorganismos patógenos. Buena evolución postdrenaje. Durante el ingreso, se aplica de forma errónea calor local húmedo (bolsa de suero caliente) en vez de seco, produciendo dos quemaduras de 2º grado con aparición de escaras necróticas en ambos glúteos. Se tratan con furacine y posteriormente con mupirocina. Buena evolución.

Conclusiones. Los abscesos perianales en lactantes son con frecuencia por obstrucción glandular, sin aislarse microorganismos patógenos en muchos casos. Con frecuencia recidivan o persisten, pudiendo originar una fístula. El tratamiento principal es el drenaje quirúrgico. La esfinterotomía se realizará solo en caso de recidivas persistentes más allá del año de edad. Parte del tratamiento de los abscesos perianales es la aplicación de calor seco, y no de calor húmedo, ya que pueden producir quemaduras secundarias. Esto será más importante aún en neonatos dada la vulnerabilidad asociada a estos pacientes.

28. USO DE HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR EN EL TRATAMIENTO DE LA ENDOCARDITIS NEONATAL SECUNDARIA A SEPSIS POR S. AUREUS. *Viadero Ubierna MT, Garde Basas J, Alegría Echaurre E, Orizaola Ingelmo A, Fernández Suárez N, Buendía De Guezala A, Santos Lorente C. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La endocarditis infecciosa (EI) es la inflamación de la estructura interna del corazón, endocardio, producida por un agente infeccioso. Existen factores predisponentes (cardiopatías congénitas, uso de catéteres intravasculares...). El tratamiento antibiótico está bien estandarizado, mientras que la asociación de tratamiento anticoagulante/trombolítico es controvertida.

Caso clínico. RN pretérmino 33 semanas y 2.100 g de peso, nacido por cesárea urgente por RCTG alterado. APGAR 2/4/5, IOT precoz. Canalización umbilical. Anemia severa por transfusión feto-materna que precisa varias transfusiones de concentrados de hemáties. A los 11 días de vida es diagnosticado de sepsis por *S. aureus* meticilin sensible y se inicia antibioterapia empírica con vancomicina y gentamicina ev. Buena evolución clínica. En ecocardiografía a los 17ddv se objetiva imagen hiperecogénica en velo mitral posterior compatible con EI. Tras 10 días de vancomicina se inicia cloxacilina e.v que se mantiene durante 6 semanas. Negativización de hemocultivos desde el inicio de la antibioterapia. El paciente se mantiene afebril y estable, sin repercusión hemodinámica. En posteriores controles se objetiva aparición de una nueva lesión en el velo septal, con aumento y calcificación de las mismas hasta convertirse de gran tamaño. Se inicia tratamiento con HBPM consiguiendo la estabilización de las lesiones. A los 32 ddv presenta clínica compatible e imagen trombótica en arteria femoral derecha tras desprenderse un fragmento de la verruga del velo septal. Reperusión adecuada de EID. Completadas 6 semanas de tratamiento antibiótico endovenoso se decide alta hospitalaria, manteniendo por el momento (3 meses) HBPM. Disminución progresiva de las calcificaciones de ambos velos mitrales, presentando una IM leve con doble jet.

Conclusiones:

- Se debe realizar un ecocardiograma para despistaje de E.I ante todo recién nacido con clínica de sepsis.
- En nuestro caso la afectación fue de la válvula mitral aunque es más frecuente la afectación tricuspídea en pretérminos de sus características.
- A pesar de la negativización de cultivos asociamos heparina ante el crecimiento progresivo de las verrugas.
- La evolución fue excelente con el tratamiento conservador.

29. ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE NO MEDIADA POR IGE. *Rodríguez del Rosario S, Goetz Sanz C, Herrera Quilón L, García Barbero E, Alonso Vicente C, Matías del Pozo V, Marugán de Miguelsanz JM, Pino Vázquez A. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción. Alergia más frecuente en menores de un año. Identificamos dos tipos: la IgE mediada que se caracteriza generalmente por la aparición inmediata de sintomatología cutánea o respiratoria con anticuerpos IgE específicos, y la no mediada por IgE. Esta se caracteriza por la presencia de síntomas digestivos con diferente espectro de gravedad (enterocolitis, enteropatía, proctocolitis).

A continuación presentamos 4 casos de inicio neonatal.

Casos clínicos. Caso 1: Neonato con rectorragia desde segundo día de vida. Ingreso por anemia que precisa transfusión. Se descarta causas infecciosas y quirúrgicas, realizándose endoscopia alta y baja urgente por Cirugía en la que se aprecia colitis inespecífica macroscópicamente, con infiltración eosinófila en lámina propia en intestino delgado y grueso. Evolución favorable con fórmula elemental. **Caso 2:** Neonato remitido desde otro centro por evolución tórpida. Malnutrición severa, diarrea, acidosis metabólica (con metahemoglobinemia) y hepatopatía. Antibioterapia empírica por sospecha inicial de sepsis sin confirmación microbiológica. Precisa nutrición parenteral hasta los 2 meses de vida. Evolución lenta pero favorable con fórmula elemental. **Caso 3:** Neonato

de 15 días de vida, ingresa por pérdida ponderal (10%) estreñimiento y vómitos alimenticio-biliosos. Se descarta inicialmente causa obstructiva, presentando una evolución adecuada con fórmula hidrolizada. **Caso 4:** Lactante de 5 meses con vómitos de inicio en segunda semana de vida y heces con hilos de sangre desde el mes. Coprocultivos negativos. Lactancia mixta hasta las 3 semanas, posteriormente materna exclusiva. Tras retirada completa de lácteos a la madre, presenta mejoría franca de la sintomatología, reapareciendo la clínica por transgresión accidental.

Comentario. En la APLV se considera fundamental realizar una prueba de provocación para confirmar el diagnóstico. No obstante, la gravedad clínica puede contraindicarla en casos determinados. En las formas neonatales es fundamental el diagnóstico diferencial entre otras etiologías quirúrgicas, infecciosas y metabólicas.

30. HEMATOMA ESCROTAL NEONATAL COMO MANIFESTACIÓN DE HEMORRAGIA SUPRARRENAL. *Vicente Martínez C, Elola Pastor AI, Martín Ramos S, De Lucio Delgado A, Sánchez González S, González López C, Pérez Pérez A, Alonso Losada D. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivo. Presentar un caso de hematoma escrotal unilateral como clínica de hemorragia suprarrenal.

Caso clínico. Neonato varón de 3 días derivado para descartar patología testicular aguda quirúrgica tras objetivar hematoma escrotal izquierdo. Gestación de 37 semanas, sin incidencias. Parto vaginal por ventosa con extracción dificultosa por nudo de cordón. Requiere aspiración y PPI. Test de Apgar 5-8-9. Somatometría al nacimiento 3,505 kg (p89). Talla 50 cm (p76); PC 37 cm (p100). Pruebas complementarias: hemograma con Hb de 10,6 g/dl. Bioquímica con bilirrubina total de 14,1 mg/dl. Coagulación normal. Ecografía testicular sin signos de torsión. Ecografía abdominal con lesión heterogénea ovoidea con áreas quísticas de 24x24 mm, sin registro doppler en su interior que sugiere hemorragia suprarrenal versus neuroblastoma. Catecolaminas en orina seriadas normales. Ecografías posteriores: resolución completa a los dos meses del diagnóstico.

Comentario. La hemorragia suprarrenal neonatal es una patología poco frecuente. Los factores de riesgo son un peso elevado al nacimiento, parto vaginal traumático, asfixia perinatal, hipotensión, sepsis o coagulopatía. En la mayoría de los casos cursan de manera asintomática. En los casos sintomáticos la clínica es variable, dependiendo del porcentaje de glándula afectada. Lo más frecuente es ictericia, masa abdominal o anemia, siendo el hematoma escrotal una manifestación inusual. El diagnóstico es ecográfico y el tratamiento conservador con tendencia a la resolución espontánea.

Conclusiones. Se debe sospechar hemorragia suprarrenal en neonato con hematoma escrotal y factores de riesgo. La ecografía juega un papel esencial tanto en el diagnóstico como en el seguimiento posterior. Se debe mantener una actitud expectante en los casos asintomáticos puesto que la evolución de la hemorragia suprarrenal tiende a la resolución espontánea. El diagnóstico diferencial se realiza con el neuroblastoma neonatal.

Viernes 15 de noviembre - Serie 3

Moderadores: Víctor Álvarez Muñoz y Andrés Concha Torre

31. MODELADOR NASOALVOLAR PRE-QUIRÚRGICO EN EL TRATAMIENTO DE LA FISURA LABIOPALATINA. EXPERIENCIA PRELIMINAR. *Galvañ Félix Y, Montero García J, Hernández Díaz C, Ortega Escudero M, Ruiz Hierro C, Mugerza Vellibre R, Gutiérrez Dueñas JM. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. El uso de dispositivos ortopédicos pre-quirúrgicos en el periodo neonatal inmediato (1^a-3^a semana de vida) como el moldeador nasolabial (NAM) hace posible la aproximación de los segmentos maxilares fisurados, facilitando así la reparación quirúrgica.

Material y métodos. Exponemos la modificación del protocolo de tratamiento de las fisuras faciales del servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario de Burgos tras la introducción del NAM en 2018; basándonos en el protocolo de Oslo (reparación en un primer tiempo del labio y el paladar duro, y el paladar blando en un segundo tiempo).

Resultados. Durante este periodo se ha empleado en dos pacientes con fisura facial unilateral completa. La duración del tratamiento ortopédico con NAM fue de 4 y 5 meses, realizándose la cirugía cuando la distancia entre los segmentos maxilares fue

Conclusión. La introducción de la ortopedia pre-quirúrgica con el dispositivo NAM en el tratamiento de los pacientes con fisura facial facilita la cirugía primaria permitiendo un mejor resultado estético.

32. MEGAPREPUCIO : ¿LO MANEJO COMO UNA FIMOSIS? Molnar A, Gómez Farpon Á, Enríquez Zarabozo E, González Sánchez C, Sánchez Pulido LJ, Pontón Martino B, Pérez Costoya C, Amat Valero S. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. El megaprepucio congénito (MPC) es una variedad poco frecuente de pene enterrado. Se caracteriza por la presencia de una mucosa prepucial redundante con piel prepucial escasa y fimótica, lo que provoca dificultad miccional que obliga a vaciar manualmente la orina acumulada en la bolsa prepucial, en un pene por lo demás normal. La intervención quirúrgica busca la mejoría tanto del componente obstructivo como del estético, y actualmente no existe una técnica quirúrgica estandarizada.

Material y métodos. Presentamos dos casos de MPC, su manejo y evolución.

Resultados. Caso 1: Paciente de 18 meses con dificultad miccional, refiriendo la necesidad de "ordeñar" manualmente la orina tras cada micción. Presenta abundante grasa prepúbica con pene enterrado, megaprepucio y transposición penoescrotal. Se realiza faloplastia, fijación del ángulo penopúbico y penoescrotal, lipectomía y escroto-mía, con buena evolución estética inicial. Sin embargo, al cuarto día postoperatorio, se produce un hematoma en la cara ventral del pene con pérdida de sustancia a ese nivel, que es manejada actualmente con curas locales tras dos meses de intervención. **Caso 2:** Paciente de 8 meses con MPC, el cual le condiciona dificultad miccional, con globos prepuciales que se deben vaciar a la expresión manual, y episodios de retención urinaria. Se lleva a cabo la misma técnica anterior, con resultado funcional y estético satisfactorio.

Conclusiones. El MPC es infrecuente y dada su presentación clínica, con estenosis prepucial y dificultad miccional, se puede confundir con una fimosis. Es importante su diferenciación dado que el procedimiento quirúrgico es diferente, y no debemos realizar únicamente una circuncisión pues debemos de conseguir desenterrar el pene.

33. DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRÚRGICA TORÁCICA: DOS CASOS CLÍNICOS. Quesada Colloto P, Fernández Castiñeira S, Díaz Anadón LR, Hernández Peláez L, Carnicero Ramos S, Fernández Barrio B. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La dehiscencia de la herida quirúrgica es una de las complicaciones más frecuentes tras una cirugía. No obstante, la localización de la misma, así como la edad del paciente, son importantes

a la hora de decidir el manejo. A continuación se presentan dos casos clínicos de lactantes con dehiscencia de herida quirúrgica de localización torácica tras cirugía cardíaca.

Casos clínicos. Caso 1: Lactante varón de 5 meses con diagnóstico de Atresia Tricuspidéa y Comunicación Interventricular, intervenido 18 días antes de conexión cavopulmonar superior (Glenn bidireccional). Consulta en urgencias por irritabilidad de 24 horas de evolución, febrícula y rechazo de tomas. En la exploración física, destaca la presencia de dehiscencia de la herida quirúrgica centrotorácica en su parte más inferior, con supuración a través de la misma. Se realiza analítica sanguínea en la que se observa leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda. **Caso 2:** Lactante mujer de un mes y medio de vida con diagnóstico de coartación de aorta, intervenida de aortoplastia con anastomosis termino-terminal. A los 23 días de la cirugía, consultan por haber observado dehiscencia de la herida quirúrgica, sin supuración por la misma. Se realiza analítica sanguínea, sin alteraciones significativas.

Evolución. Ambos casos precisaron manejo quirúrgico urgente, por lo que fueron trasladados a un hospital de referencia en cirugía cardíaca. Previamente, se había iniciado antibioterapia intravenosa. En el primer caso, el paciente presentaba una mediastinitis grave asociada y tras la cirugía precisó un ingreso prolongado con antibioterapia intravenosa. En el segundo caso, la cirugía transcurrió sin incidencias y fue dada de alta al segundo día con tratamiento antibiótico oral.

Conclusiones. Cuando no encontramos ante un paciente postoperado cardíaco con una evolución tórpida, con una dehiscencia de la herida quirúrgica sobre todo si asocia signos de infección (mal olor, inestabilidad esternal, fiebre mantenida sin otro foco...) hay que valorar traslado a un centro de referencia en cirugía cardíaca para considerar la necesidad de tratamiento quirúrgico.

34. COLECISTITIS POSTRAUMÁTICA EN EDAD PEDIÁTRICA. Sánchez Pulido LJ, Molnar A, Amat Valero S, González Sánchez C, Pérez Costoya C, Pontón Martino B, Gómez Farpon Á, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. El traumatismo vesicular es infrecuente en la edad pediátrica y generalmente se asocia a traumatismo de otras vísceras como el hígado o el duodeno. Su tratamiento es conservador, sin embargo ante complicaciones como una colecistitis aguda puede ser necesario una intervención quirúrgica.

Material y métodos. Presentamos una paciente con colecistitis postraumática, secundaria a traumatismo abdominal cerrado un mes antes del debut de colecistitis.

Resultados. Mujer de 7 años con dolor abdominal en hipocondrio derecho tras caída de aproximadamente 2 metros de altura. Al ingreso se encuentra hemodinámicamente estable con dolor selectivo en hipocondrio derecho y Murphy positivo. En la ecografía se evidencia distensión de la vesícula biliar y engrosamiento mural. Se realiza TAC con hallazgos sugestivos de hematoma duodenal y colecistitis aguda sin poder descartar hematoma intravesicular postraumático. Se opta por manejo conservador y ante buena evolución tanto clínica como radiológicamente se decide alta domiciliaria. Un mes después, la paciente presenta nuevamente dolor abdominal en hipocondrio derecho de gran intensidad e hiporexia. En la ecografía se observa hematoma intravesicular con paredes engrosadas. Se inicia tratamiento conservador de nuevo con antibiótico y dieta absoluta. Dada su mala evolución se realiza una nueva TAC observando hematoma vesicular condicionando la vía biliar intra y extrahepática, por lo que se lleva a cabo una colecistostomía ecoguiada con colocación de drenaje y lavados con SSF con evolución satisfactoria, retirándose el drenaje a los 15 días y realizando

una colecistectomía laparoscópica precoz. El postoperatorio cursa sin incidencias con adecuada tolerancia oral.

Conclusiones. Hoy en día ante cualquier traumatismo abdominal cerrado con un paciente estable el manejo inicial es conservador, sin embargo una buena respuesta inicial, como en nuestro caso, no descarta la necesidad de una cirugía.

35. LAS DIFERENTES CARAS DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL.

Molnar A, Pérez Costoya C, Amat Valero S, Vega Mata N, Sánchez Pulido LJ, González Sánchez C, Álvarez Muñoz V, Pontón Martino B. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. El divertículo de Meckel (DM) es la anomalía congénita más frecuente del tubo digestivo. La forma de presentación es variable, desde un sangrado agudo o crónico debido a la presencia de mucosa ectópica (generalmente gástrica), como un proceso inflamatorio agudo similar a una apendicitis, o de forma asintomática.

Material y métodos. Presentamos 3 casos con diferente debut del DM.

Resultados. Caso 1: Paciente de 12 años con dolor abdominal de 24 horas de evolución sin otra clínica, dolor selectivo en FID y Blumberg positivo, analítica normal y ecografía sugestiva de apendicitis aguda. Se realiza una laparoscopia objetivando el apéndice macroscópicamente normal, pero encontrando como hallazgo casual un DM no complicado a 40 cm de la válvula ileocecal, de base estrecha. Se realiza apendicectomía y resección en cuña del divertículo tipo Heinecke-Mikulicz. **Caso 2:** Paciente de 5 años con varias rectorragias pertinaces agudas de sangre fresca con cuadro vasovagal asociado, precisando transfusión por descenso de la cifra de hemoglobina. Al realizar un TAC abdominal se objetiva un DM no complicado. Se decide laparotomía, realizando resección intestinal del divertículo y anastomosis termino-terminal. **Caso 3:** Paciente de 2 años con dolor abdominal tipo cólico, episodios de llanto y encogimiento de las piernas. Ecografía abdominal con diagnóstico de invaginación intestinal, se intenta desinvaginación con enema ecoguiado sin éxito. Se lleva a cabo una laparotomía urgente para desinvaginación manual, encontrándose un DM que se reseca y se realiza anastomosis termino-terminal. En todos los casos el postoperatorio cursa sin incidencias.

Conclusiones. Dado que el DM está presente en un 2% de la población y que puede debutar de maneras diferentes, es una patología que hemos de tener presente en el diagnóstico diferencial de dolores abdominales tanto agudos como crónicos; y en el caso de anemias persistentes o incluso rectorragias intensas. Su resección en todos los casos es mandatoria.

36. ESOFAGOCOLOPLASTIA EN PACIENTE CON ESTENOSIS ESOFÁGICA TRAS INGESTA DE CÁUSTICOS.

Pontón Martino B¹, Molnar A¹, Cuesta Argos M², Saura García L², Palazón Bellver P², Tarrado Castellarnau X², Sánchez Pulido L¹, Pérez Costoya C¹. ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Introducción. La ingesta de sustancias cáusticas es un accidente relativamente frecuente en la infancia, en especial entre 1 y 4 años de edad. Afortunadamente, la mayoría de las veces el producto ingerido es poco lesivo para la mucosa esofágica y por tanto ocasiona pocos problemas. Sin embargo, en ocasiones se trata de agentes altamente corrosivos capaces de producir lesiones muy importantes en el esófago que conducirán a la estenosis.

Caso clínico. Paciente de 2 años natural de Gambia que ingresa para tratamiento por estenosis esofágica tras ingesta de cáustico desconocido 7 meses antes. Realizadas dilataciones esofágicas y gastrostomía en su país de origen. Previamente a la intervención se realiza esofagograma y se observa que la paciente presenta una estenosis a nivel proximal y otra a nivel de tercio medio esofágico. Se procede bajo anestesia general a dilatación esofágica con Rüsck y balón mecánico, de estenosis proximal no siendo posible dilatar la estenosis del tercio medio. Ante la persistencia de dicha estenosis que no permite la dilatación se procede en un segundo tiempo a una sustitución esofágica con colon o esofagocoloplastia. Buena evolución postoperatoria inicial. Se realiza esofagocolograma previo a reintroducción de alimentación con persistencia de estenosis proximal a la anastomosis colo-esofágica que precisa de varias intervenciones posteriores para la dilatación de la misma. En el momento actual la paciente permanece aún ingresada pero presenta una buena evolución, con ingestas adecuadas por boca, por lo que se prevé que pueda ser dada de alta con prontitud.

Conclusiones. Aunque la mayoría de las lesiones por cáusticos llevan a lesiones esofágicas leves, en ocasiones estas pueden ser de una gravedad importante. En estos casos el tratamiento es largo, tedioso y de resultados aleatorios. El tratamiento médico más eficaz es todavía objeto de discusión y probablemente debe adecuarse en cada caso. La evolución prolongada sin mejoría objetivable plantea en algunos pacientes la necesidad de un tratamiento quirúrgico definitivo.

37. URETEROCELE, UN DIAGNÓSTICO COMPLEJO.

Pontón Martino B, Gómez Farpón Á, Granell Suárez C, Molnar A, Sánchez Pulido L, González Sánchez C, Álvarez Muñoz V, Pérez Costoya C. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El ureterocele pertenece al cuadro de las anomalías congénitas del riñón y de las vías excretoras. Es una dilatación pseudoquistica de la porción distal del uréter. Puede provocar problemas obstructivos del tracto urinario o asociar reflujo vesicoureteral. En ocasiones el diagnóstico es errático.

Caso clínico. Paciente de 12 años con infección del tracto urinario (ITU) de repetición y hallazgo dudoso de lesión en uréter distal izquierdo. En las 2 primeras ITUs buena evolución con antibioterapia oral, precisando ingreso en la última por importante afectación del estado general, fiebre de hasta 42, así como dolor intenso en flanco izquierdo. Analítica con leucocitosis de 17.000, PCR 21 mg/L. Sistemático y sedimento alterados, urocultivo con incontables colonias de *E. coli*. Ecografía en la cual se aprecia aumento de tamaño renal izquierdo, doloroso durante la exploración, así como un engrosamiento del urotelio de uréter izquierdo (UI) que está aumentado de calibre en su porción distal. Tras inicio de antibioterapia sistémica evolución favorable. Aunque podría corresponder con trigonitis, ecografías seriadas y TC con persistencia de engrosamiento circunferencial de pared de UI, con disminución del calibre de la luz a nivel del meato ureterovesical, sin ser concluyentes en el diagnóstico, no permitiendo descartar malignidad. Marcadores tumorales negativos. Biopsia por cistoscopia informada como fibrosis. RMN no concluyente. A pesar de que el paciente está asintomático, actitud más agresiva realizándose cistostomía con diagnóstico de ureterocele izquierdo.

Conclusiones. A pesar del gran arsenal de estudios de imagen en ocasiones no se consigue un diagnóstico definitivo de lesiones del tracto urinario, precisando la realización de cirugías incluso agresivas para ello. Los tumores ureterales y vesicales aunque deben ser tejidos en cuenta ante la presencia de lesiones sospechosas en las pruebas de imagen, son poco frecuentes en niños por lo que otras patologías más usuales deben tenerse en cuenta y tener siempre presente el contexto clínico en el cual se presenten las alteraciones en la imagen.

38. MANEJO DEL HEMATOMA VULVAR: A PROPÓSITO DE UN CASO. *González Sánchez C, Fernández García L, Pontón Martino B, Pérez Costoya C, Sánchez Pulido L, Álvarez Muñoz V, Molnar A. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Los hematomas que afectan a la región vulvar son infrecuentes en la edad pediátrica. Su principal causa es el traumatismo genital directo accidental, aunque también pueden deberse a agresión sexual o instrumentación forzada de la vagina. En función del grado de severidad su manejo variará enormemente, desde actitud expectante y reposo en casos muy leves hasta la necesidad de evacuación quirúrgica y reparación de lesiones asociadas en los más severos.

Material y métodos. Presentamos el caso de una paciente con hematoma vulvar severo.

Resultados. Paciente mujer de 10 años que presenta hematoma vulvar severo tras traumatismo accidental en región genital por caída a horcajadas sobre el pasamanos de una escalera de piscina. Refiere dolor pulsátil vulvar intenso desde el impacto. No presentó signos de sangrado externo y refiere una micción normal tras el episodio. A la exploración se objetiva gran hematoma y edema que afecta a labios mayor y menor izquierdos, impidiendo la adecuada exploración de la zona. Tras descartar lesiones óseas asociadas, se realiza exploración genital en quirófano bajo anestesia general objetivándose una lesión en tercio medio de pared lateral izquierda de la vagina de 2,5cm que se sutura sin incidencias. Se evacúa el hematoma a tensión descartándose sangrado activo. Se coloca sonda vesical para garantizar el vaciamiento vesical que se mantiene 5 días. Recibe antibioterapia con Augmentine durante 10 días. La paciente evoluciona favorablemente y tras dos meses de seguimiento presenta resolución completa del hematoma pero con discreta hipertrofia de la mucosa del labio menor izquierdo residual que por el momento se manejará de forma expectante.

Conclusiones. En casos de traumatismo vulvar severo en edad pediátrica está indicada la exploración de la región genital bajo sedación o anestesia general. Debemos descartar lesiones asociadas a nivel uretral, vaginal y de cérvix uterino, y ocasionalmente es precisa la evacuación de grandes hematomas y la reparación vascular.

39. LA CIRUGÍA EN EL SÍNDROME DE BERDON: ¿CUÁNDO?, ¿CÓMO?, ¿POR QUÉ? *Pérez Costoya C, Amat Valero S, Pontón Martino B, Enríquez Zarabozo EM, Molnar A, Sánchez Pulido LJ, González Sánchez C. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El síndrome de Berdon es un síndrome raro que asocia megavejiga, microcolon e hipoperistaltismo. Es una enfermedad de mal pronóstico (tasa de supervivencia en torno al 19%). El tratamiento requiere un abordaje multidisciplinar coordinado entre pediatras y cirujanos para ajustarse a las necesidades de cada paciente, tales como nutrición parenteral (NPT), drenaje vesical continuo o intermitente, cirugías paliativas (colostomías, gastrostomías, trasplante).

Caso clínico. Niña de 7 años con megavejiga, hipoperistaltismo intestinal y megacolon en contexto de Sd. de Berdon. Desde el diagnóstico ha presentado cuadros de distensión abdominal y dolor, que se manejan de forma conservadora. Ingresos por dolor abdominal de 7 días de evolución, que no cede con analgesia oral, e hiporexia. Al ingreso ausencia de deposiciones durante 6 días a pesar de Peristeen diario. Durante el ingreso presenta regular control del dolor, a dieta absoluta, NPT y nursing diarios no efectivos. En radiografía abdominal se observa megacolon algo mayor del habitual, pautándose profilaxis con augmentine, a pesar de normalidad analítica. Al 6º día presenta empeoramiento clínico súbito (mayor dolor y distensión abdominal, vómitos fecaloideos), analítico y radiológico; por lo que realiza laparoto-

mía exploradora. Se objetiva vólculo de colon derecho, que se devolvula sin incidencias y se realiza ileostomía en cabos separados definitiva. Postoperatorio con buena evolución hasta el momento actual.

Conclusiones. El síndrome de Berdon es una enfermedad de difícil manejo por el conjunto de patologías que asocia y la ausencia de referencias bibliográficas al tratarse de un síndrome raro. Requerirá un tratamiento multidisciplinar que, ajustado a las necesidades del paciente en cada momento, permitirá mejorar la supervivencia y calidad de vida. El tratamiento quirúrgico es paliativo y en estos pacientes está indicado cuando las medidas conservadoras no son suficientes y su indicación no está claramente establecida, realizándose en la mayoría de los casos cuando presentan complicaciones.

40. ¿HASTA CUÁNDO SOSPECHAR UN ABSCESO INTRAABDOMINAL POSTAPENDICECTOMÍA? *Pérez Costoya C, Granell Suárez C, Pontón Martino B, Enríquez Zarabozo EM, Fernández García L, Molnar A, Sánchez Pulido L, González Sánchez C. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. Los abscesos intraabdominales postapendicectomía en apendicitis perforadas tienen una incidencia del 28%. Más de la mitad se diagnostican durante el ingreso inicial, siendo el periodo de mayor riesgo el primer mes postoperatorio. Entre el 84-91% se resuelven con tratamiento conservador, siendo necesario el drenaje quirúrgico en muy pocos casos.

Caso clínico. Niño de 8 años con antecedente de laparotomía por peritonitis apendicular y complicación con absceso intraabdominal que respondió a tratamiento de 15 días con meropenem. Reintervención al mes para drenaje laparoscópico por nueva colección asociada a hallazgo de apendicolito residual. Buena evolución postoperatoria, recibiendo 12 días más de tratamiento con meropenem. Tras 2 años y medio de este episodio reingresa por dolor abdominal y disuria, hallándose en ecografía una lesión en Douglas compatible con absceso crónico encapsulado. Recibe nueva tanda de 10 días con meropenem, con mejoría clínica. Nuevo ingreso a los 13 días con fiebre de 38°C y tenesmo vesical. Por ausencia de respuesta tras 5 días con meropenem se decide realizar laparoscopia exploradora para drenaje quirúrgico, siendo precisa reconversión a laparotomía por síndrome adherencial. Hallazgo de absceso encapsulado en Douglas que se drena sin incidencias. Tras 7 días de tratamiento con ceftriaxona + metronidazol recibe el alta hospitalaria con augmentine oral. Posteriormente leves molestias ocasionales que terminan por desaparecer. Controles ecográficos con disminución progresiva de la inflamación residual.

Conclusiones. El período de mayor incidencia de aparición de abscesos intraabdominales tras una peritonitis es el primer mes. En pacientes con dicho antecedente y evolución tórpida postoperatoria, ante un nuevo episodio de fiebre y/o dolor en hipogastrio hemos de descartar la presencia de una colección incluso mucho tiempo tras la cirugía inicial. El tratamiento será la antibioterapia, pero dado el tiempo de evolución, con acorazamiento de la colección, puede ser necesario el drenaje quirúrgico.

41. NEFROMA QUÍSTICO PEDIÁTRICO (NQP): UN HALLAZGO INCIDENTAL. *Frailé García L¹, Moreno Carrasco JL², Herraiz Cristóbal R³, González García H, Castro Rey MC¹, Garrote Molpeceres R³, Gómez Beltrán Ó⁴.* ¹Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Unidad de Onco-Hematología Infantil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ³Unidad de Nefrourología Infantil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ⁴Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Introducción. El NQP es una lesión tumoral unilateral benigna infrecuente, con unos 250 casos reportados en la literatura. Suele afectar a varones entre los 2 y 4 años. Habitualmente constituye un hallazgo casual tras realización de pruebas de imagen a nivel abdominal por otro motivo. La resección total de la lesión suele ser curativa. A continuación presentamos un caso de nefroma quístico pediátrico.

Caso clínico. Lactante mujer de 12 meses, sin antecedentes relevantes, valorada por su pediatra por cuadro febril autolimitado de 3 días de evolución, hiperemia faríngea, aftas orales y exantema macular. No otra sintomatología. Exploración física: masa en hipocondrio izquierdo (sugestiva de esplenomegalia), resto normal. Mejoría clínica del proceso infeccioso con persistencia de la masa en revisiones seriadas. Se solicita ecografía abdominal: masa quística multiseptada en continuidad aparente con riñón izquierdo. Se decide ingreso para ampliación de estudio: analítica sanguínea, frotis de sangre periférica, coagulación, serologías víricas, orina de 24 horas, TAC torácico y RMN abdominal. Pruebas complementarias dentro de la normalidad, constatándose en RMN abdominal tumor renal izquierdo de gran tamaño (8.3 cm x 8.4 cm x 6.2 cm), de aspecto quístico multiseptado, sobre margen externo del riñón izquierdo, planteando como diagnóstico diferencial nefroma quístico multilocular *vs* tumor de Wilms. Ante la sospecha radiológica, se coloca Port-a-Cath® y se inicia tratamiento según protocolo UMBRELLA-SIOP RTSG 2016 (tumores renales pediátricos): 4 semanas de quimioterapia preoperatoria (Actinomicina D + Vincristina) + nefrectomía izquierda con resección tumoral total. Resultado anatomopatológico: nefroma quístico pediátrico. Actualmente asintomática, con seguimiento estrecho en consulta de Onco-Hematología Infantil.

Comentario. El NFQ es un tumor renal benigno cuyo diagnóstico diferencial se plantea fundamentalmente con el tumor de Wilms (variante quística). Dada la imposibilidad de realizar un diagnóstico de certeza a nivel radiológico, es necesaria una intervención quirúrgica con posterior estudio histológico para su diferenciación.

42. CONVIVIENDO CON UNA AGUJA DURANTE 7 AÑOS. *Sánchez Pulido LJ, Amat Valero S, Molnar A, González Sánchez C, Pérez Costoya C, Pontón Martino B, Gómez Farpon Á, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Los cuerpos extraños alojados en partes blandas es una causa frecuente de consulta médica, su naturaleza es de diferente índole siendo más frecuentes restos vegetales o cristales, para su diagnóstico como primera prueba se suele realizar una radiografía simple, aunque cada vez más frecuente el uso de la ecografía tanto para su diagnóstico como para su extracción.

Material y métodos. Presentamos un paciente de 8 años con un fragmento de aguja alojado en el tercio distal de la pierna izquierda desde el año de vida, en el que se logró la extracción completa de la pieza guiada por escopia y ecografía.

Resultados. Varón con dolor tipo pinchazos en pierna izquierda que empeora con el ejercicio, asociado a edema local regional. Como antecedentes ha de destacar que a los 10 meses de edad, mientras gateaba, se enterra aguja en tercio inferior de pierna izquierda realizando extracción parcial del mismo. 7 años después inicia con clínica ya referida por lo que se realiza una radiografía y ecografía donde se observa en la cara externa de la pierna a 8 cm de maléolo peroneo un cuerpo extraño de 17 mm de longitud y 4 mm de profundidad, que parece corresponder con una aguja. Tras localizar primero con radiografía y marcando la área próxima con agujas guiado por ecografía se lleva a cabo la extracción completa del cuerpo extraño.

Conclusiones. Los cuerpos extraños en partes blandas son relativamente frecuentes, para su diagnóstico y extracción se utiliza cada vez

más la ecografía, sin embargo cuando la pieza es de metal la escopia sigue siendo útil para su localización y extracción, siendo la ultrasonografía otra herramienta más de apoyo.

43. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA GRAN MALFORMACIÓN LINFÁTICA MIXTA. *Sánchez Pulido LJ, Vega Mata N, Molnar A, González Sánchez C, Pérez Costoya C, Pontón Martino B, Gómez Farpon Á, Álvarez Muñoz V. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Las malformaciones linfáticas son lesiones benignas, presentes siempre desde el nacimiento, aunque a veces no son visibles hasta meses después. Representan aproximadamente el 12% de las malformaciones vasculares. Se clasifican en macroquísticas, microquísticas o mixtas dependiendo del tamaño de los quistes. Sus posibles complicaciones son sobreinfección, sangrado; lo que hace necesario su tratamiento, considerando la esclerosis como de primera línea.

Material y métodos. Presentamos el caso clínico de un paciente con una malformación linfática mixta y su manejo clínico.

Resultados. Paciente de 2 años diagnosticado de malformación linfática de gran tamaño en región torácica izquierda en periodo neonatal. A los 18 meses se realiza angioresonancia objetivando una malformación linfática de 73 x 27 x 82 mm de tipo mixta y localizada en tejido celular subcutáneo. A los 20 meses se realiza esclerosis ecoguiada con 37 ml de doxiciclina que no es efectiva. A los 15 días presenta aumento de tamaño de la lesión con sangrado intraquístico. Posteriormente presenta además una sobreinfección de la lesión que precisa antibioterapia. Se ofrece nueva esclerosis de la malformación pero dada la inefectividad de la previa y las complicaciones de la malformación, los padres prefieren la exéresis quirúrgica de la misma. Durante el postoperatorio el paciente precisó drenaje con sistema de vacío durante 7 días y punción evacuadora de linforrea en dos ocasiones con buena evolución.

Conclusiones. El tratamiento de las malformaciones linfáticas es individualizado. Aunque el tratamiento de primera línea es la esclerosis, la localización y el tamaño de la malformación limitan la utilización de algunos esclerosantes como la bleomicina. En algunos casos se requiere la exéresis de la lesión pese a su mayor morbilidad en relación a la linforrea secundaria.

44. NEFRECTOMÍA EN PACIENTE DE 2 AÑOS ASINTOMÁTICO CON PIONEFROSIS Y NEFROLITIASIS INFECTIVA. *Pontón Martino B, Gómez Farpon A, Granell Suárez C, Pérez Costoya C, Sánchez Pulido L, Ordóñez Álvarez F, Álvarez Muñoz V, Molnar A. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Caso clínico. Niño de 3 años con diagnóstico incidental de masa abdominal izquierda descubierta en la revisión programada en su centro de salud, encontrándose el paciente asintomático. En la ecografía abdominal urgente se apreció una nefromegalia izquierda con hidronefrosis grado IV con buena diferenciación córtico-medular y múltiples litiasis en cálices así como una de mayor tamaño enclavada en la unión pieloureteral. Destacaba asimismo un hemograma con Hb 6,4 g/dl y 716.000 plaquetas. El urinocultivo fue positivo para *Proteus mirabilis* y el renograma confirmó una ausencia de captación en el área correspondiente a la fosa renal izquierda. La falta de clínica que permitiese conocer el tiempo de evolución del cuadro, la ausencia de parámetros clínicos o analíticos infecciosos y la aparente conservación de la cortical renal nos hicieron plantearnos una pielolitotomía retroperitoneal para tratar una supuesta pielonefritis aguda no complicada litiasica. En la cirugía, la importante inflamación parenquimatosa renal con la evacuación de

más de 70 ml de pus verdoso a través de la pelvis nos confirmaron el diagnóstico de pionefrosis, por lo que se practicó una nefrostomía. Durante 2 semanas presentó una evolución postoperatoria favorable, con emanación diaria de unos 15 ml de material purulento por la nefrostomía, sin embargo no se observó emisión de orina ni recuperación de la función renal, confirmado por un DMSA. Durante la nefrectomía izquierda transperitoneal programada se extirpó un riñón desestructurado, aumentado de tamaño con abundante contenido piógeno interior. Análisis de los cálculos compatible con litiasis por hidroxapatita cálcica. Tras la intervención el paciente presentó cifras tensionales elevadas.

Conclusiones. A pesar de que los cuadros de pionefritis aguda normalmente presentan sintomatología asociada, existen casos asintomáticos en los que el diagnóstico es casual. La pionefrosis es un cuadro grave que puede llevar a la anulación funcional incluso en ausencia de clínica. Un tratamiento médico intensivo con derivación urinaria no garantiza la recuperación funcional a pesar de que las pruebas ecográficas sugieran una preservación de la cortical renal.

45. ECTOPIA URETERAL: UNA CAUSA INFRECUENTE DE INCONTINENCIA URINARIA. *González Rodiño L, Fernández García A, Valdés Montejo I, Fernández Fernández M, Martínez Sáenz De Jubera J, Fuentes Carretero S, Pradillos Serna JM, Ardela Díaz E. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Introducción. Los trastornos miccionales son un motivo de consulta frecuente en Pediatría, suponiendo hasta un 40% de las derivaciones a Nefrourología infantil. Entre ellos, la incontinencia urinaria puede originarse por alteraciones anatómicas o funcionales. Es importante conocer la existencia de causas anatómicas, para poder sospecharlas y establecer un diagnóstico.

Caso clínico. Niña de 5 años con historia de ITUs de repetición en los primeros meses de vida, diagnosticada de hidronefrosis derecha y reflujo vesicoureteral bilateral, que presenta episodios de incontinencia con goteo desde la retirada del pañal. No había conseguido la continencia a los 4 años y medio de vida, por lo que se realiza urografía IV en la que se descartaron inicialmente malformaciones del tracto urinario. Posteriormente, ante la persistencia de la clínica, se realiza RNM, que muestra uréter derecho ectópico desembocando en cuello vesical, hallazgo que se confirma mediante exploración cistoscópica. La paciente es sometida a intervención quirúrgica para reimplante vesicoureteral derecho. En este momento, dos meses tras la intervención, se encuentra con tratamiento con oxibutinina, presentando buena evolución.

Comentario. El uréter ectópico desemboca en un lugar anatómico diferente al trigono. Es más frecuente en niñas y se manifiesta con ITUs, incontinencia y orquiepididimitis en niños. Se debe realizar una adecuada anamnesis para establecer la sospecha, y exploración física, pues en ocasiones la desembocadura del uréter se localiza a nivel de vagina o vulva. Si no se detecta la presencia del meato ectópico, las pruebas de imagen y la cistoscopia/vaginoscopia confirmarán el diagnóstico en la mayoría de los casos.

Viernes 15 de noviembre - Serie 4

Moderadores: M^a Victoria Rodríguez de la Rúa y Águeda García Merino

46. REVISIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGUIDOS ACTUALMENTE EN NUESTRO CENTRO POR MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA FAMILIAR. *Fernández Suárez N, Viadero Ubierna MT, Garde Basas J. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción y objetivo. La miocardiopatía hipertrófica (MCH) es una enfermedad de base genética que afecta a 1/500 familias, caracterizada por un incremento de la masa muscular cardíaca y desorganización miofibrilar, que puede generar obstrucción a la salida de la sangre por el ventrículo izquierdo, isquemia coronaria y arritmias severas. Tiene un elevado riesgo de muerte súbita. Existen varios tratamientos paliativos (beta- bloqueantes, desfibrilador implantable), pero ninguno, salvo el trasplante cardíaco, ha resultado ser efectivo para frenar el desarrollo de la enfermedad. Nuestro objetivo es revisar las características de los enfermos pediátricos seguidos en nuestro centro.

Material y métodos. Revisamos las siguientes características de nuestros pacientes: motivo de estudio, sexo, edad actual y edad al diagnóstico, sintomatología, estudio genético positivo o negativo, mutación encontrada, alteraciones en el ECG, grosor del ventrículo izquierdo, obstrucción en tracto de salida izquierdo, tratamiento requerido.

Resultados. Actualmente son seguidos en nuestro centro 6 pacientes pediátricos diagnosticados de MCH, 1 mujer y 5 varones. Tres fueron valorados por antecedentes familiares, uno por síncope cardiogénico, otro por ECG sospechoso en revisión deportiva, y otro diagnosticado en contexto de soplo. La edad media de diagnóstico fue 10 años. De ellos, 2 tienen estudio genético negativo; otros presentan mutaciones en los genes TNNI3, MYBPC3, RBM20, RYR y TTNNC1 (dos presentan dos mutaciones). Todos mostraban ECG compatible con alteraciones de la repolarización y algunos ondas Q profundas en precordiales izquierdas. El grosor medio del septo era de 18 mm, dos de ellos con obstrucción en el tracto de salida izquierdo y 1 con arritmias ventriculares. Tres están asintomáticos sin tratamiento; dos siguen tratamiento betabloqueante; uno fue intervenido de miomectomía de Morrow, dos llevan DAI y uno fue trasplantado.

Conclusiones. Nuestra serie comparte características similares a las descritas en la literatura: predominio en varones, mayor gravedad si dos mutaciones, mayor gravedad en diagnóstico más temprano, etc, siendo interesantes la evolución de algunos pacientes que precisaron cirugía y trasplante, poco habituales.

47. TUMORACIÓN ORAL DE APARICIÓN SÚBITA. A PROPÓSITO DE 2 CASOS. *Gutiérrez Zamorano M, Ortega Vicente E, Izquierdo Herrero E, Carranza Ferrer J, Justo Vaquero P, Nieto Sánchez R, Gómez Beltrán O, Alonso Arroyo V. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción: El mucocele y ránula se definen como pseudoquistes asociados a extravasación de contenido mucoso o saliva de las glándulas salivales a los tejidos blandos. Ocurren como resultado de obstrucción, inflamación o traumatismo local previo del ducto glandular. Se manifiestan como una tumoración en el suelo de la boca (ránula) o en mucosa labial o gingival (mucocele), frecuentemente no dolorosas aunque en ocasiones pueden provocar molestias o dolor.

Casos clínicos. Caso 1: Varón de 4 años, correctamente vacunado, acude a urgencias por tumoración sublingual de aparición súbita, sin sintomatología. Afebril. Niega traumatismo reciente ni procesos intercurrentes previos. Antecedentes personales: valorado hace 5 meses por Cirugía Pediátrica por lesión súbita de mismas características y localización, tras traumatismo. Se solicitó ecografía, pero se realizó coincidiendo con remisión espontánea de la lesión. Exploración física: tumoración sublingual de aspecto quístico, fluctuante, algo dolorosa a la palpación, con amplia ocupación de cavidad oral, desplazamiento lingual hacia atrás. Dada la reaparición, se solicita resonancia magnética, informada como hallazgos compatibles con ránula, en su vertiente anterior pseudoquistica (ránula sumergida). Se programa intervención quirúrgica que no se lleva a cabo por resolución espontánea de la lesión. El paciente se

encuentra asintomático. **Caso 2:** Varón de 7 años sin antecedentes personales de interés. Bien vacunado. Valorado en urgencias por adenitis cervical en contexto infeccioso y aparición en las últimas horas de tumoración en mucosa gingival inferior derecha, no dolorosa. Caries dental asociada. Afebril. Seguimiento actual de lesión en consulta de Cirugía sin tratamiento ni síntomas acompañantes, diagnosticado de mucocele.

Conclusion. Los pseudoquistes orales constituyen una entidad benigna no infrecuente en la edad pediátrica. En el caso de los mucoceles, la evolución natural es a la resolución espontánea, no siendo necesarias pruebas complementarias. Sin embargo, en el caso de las ránulas, es necesaria su extirpación quirúrgica, aunque se debe considerar la posibilidad de resolución espontánea.

48. CAÍDA DESAFORTUNADA. *Bartolomé Calvo G, García-Trevijano Cabetas L, Brel Morenilla M, Lozano Rincón L, Valladares Díaz AI, Jimenez Casso MS. Hospital General de Segovia.*

Introducción. Los traumatismos abdominales suponen la tercera causa de muerte en los niños. Habitualmente se presentan en contexto de politraumatismo, siendo el 90% de los casos de tipo cerrado. El órgano más frecuentemente afectado es el hígado seguido de bazo, páncreas y riñón. Se suele manifestar en forma de hipovolemia o síndrome peritoneal. En el caso del traumatismo renal puede manifestarse como hematuria (95% de los casos), dolor abdominal, equimosis en los flancos. La ecografía abdominal es la prueba de imagen de primera elección. Si se sospecha una lesión moderada o grave, o si la ecografía no ha sido concluyente se debe realizar TC con contraste.

Caso clínico. Niño de 13 años de edad que acude a Urgencias por dolor abdominal intenso en flanco e hipocondrio izquierdo y vómitos de repetición tras caída desde su propia altura golpeándose en región costal izquierda. Análítica sanguínea con leucocitosis, radiografía de tórax (sin hallazgos) y ecografía abdominal: hematoma perirrenal de 2,5 cm e imagen que sugiere laceración del mesoriñón. TC con contraste: hematoma perirrenal de 4,3 cm, varias laceraciones de 1 cm en el polo inferior y tercio medio, extravasación de contraste al espacio pararrenal, afectación del sistema colector. Se inicia expansión con SSF a 20 cc/kg, antibioterapia con piperacilina-tazobactam. Sondaje vesical: orina hematurica. Presenta anemización progresiva, manteniendo la diuresis. Ante la posible rotura de la vía excretora se traslada a hospital terciario, colocándose catéter doble J, con buena evolución.

Conclusiones. La gravedad y el tipo de las lesiones abdominales dependen en gran medida del mecanismo por el que se han producido. La ausencia de signos externos no descarta la existencia de lesión abdominal precisándose una exploración exhaustiva. Más del 95% de las lesiones de órgano sólido se pueden tratar de forma conservadora; para ello el paciente debe estar hemodinámicamente estable y monitorizado.

49. ¿DEDOS MORADOS O ALGO MÁS? LA ENFERMEDAD DE LAS MIL CARAS. *García-Trevijano Cabetas L, Carron Bermejo M, Lozano Rincon L, Brel Morenilla M, Bartolome Calvo G, Del Villar Guerra P. Hospital General de Segovia.*

Introducción. El lupus eritematoso sistémico pediátrico (LESp) es una enfermedad inflamatoria autoinmune, crónica e infrecuente (0,3-0,9/100.000 niños/año), con afectación multisistémica, etiología multifactorial y morbimortalidad significativa. Más prevalente en mujeres mayores de 12 años, siendo excepcional en menores de 5 años. La clínica es variable, presentando un curso intermitente, con periodos de actividad seguidos por otros de remisión. Para el diagnóstico nos guiamos por criterios clínicos e inmunológicos.

Caso clínico. Niña de 12 años sin antecedentes de interés excepto padre diagnosticado de esclerosis múltiple, remitida desde atención primaria por coloración eritematosa y posteriormente violácea de los dedos de los pies de cinco meses de evolución. Asocia fotosensibilidad. No síntomas constitucionales, sequedad de mucosas, patología infecciosa ni aftas. En la exploración física destaca lesión eritematosa nasal, sin eritema malar, livedo reticularis y pies fríos con fenómeno de Raynaud positivo en dedos. En la analítica se objetiva leucopenia y linfopenia, anticuerpos antinucleares (ANA) positivos, con patrón moteado, anticuerpos anti SSA Ro60/Ro52 positivos, anti La positivo y factor reumatoide positivo. Valorada por el servicio de Reumatología, con capilarospi inespecífica, se inicia nitroglicerina tópica en dedos, con mejoría. Evolutivamente presenta lesiones centrotorácicas discoides y aftas orales, con leucopenia y linfopenias mantenidas, ANA positivos y descenso del complemento, cumpliendo criterios para el diagnóstico de LESp. Iniciado tratamiento con Hidroxicloroquina, se mantiene en seguimiento, sin objetivar nueva sintomatología.

Conclusiones. El LESp se considera la "enfermedad de las 1000 caras". Debe sospecharse en pacientes con enfermedad multisistémica y anticuerpos antinucleares positivos. Las pruebas de laboratorio permiten confirmar el diagnóstico y son útiles para el seguimiento de la actividad. Precisa seguimiento multidisciplinar. El objetivo del tratamiento es controlar la actividad de la enfermedad y evitar el subsiguiente daño orgánico. Es importante concienciar a la familia y al propio paciente de la potencial gravedad de la enfermedad.

50. NIÑOS REFUGIADOS: NÓMADAS EN SU PAÍS, ¿NÓMADAS EN NUESTRAS CONSULTAS? *Tamargo Cuervo A¹, Suárez Rodríguez MÁ, Liqueste Arauzo L², Álvarez González AB², De Castro Vecino MP¹. ¹Complejo Asistencial Universitario de León. ²Centro de Salud La Palomera.*

Introducción. Definimos como refugiado a aquel individuo que huye de su país de origen y solicita protección internacional por riesgo vital debido a persecuciones, conflictos políticos o violencia. La atención y seguimiento de estos pacientes no es fácil, y dada su transitoriedad en las consultas de atención primaria, las actuaciones en la esfera social son básicas.

Casos clínicos. Caso 1: Menor, varón, de 7 años, refugiado procedente de Venezuela que se encuentra en una casa de acogida, con su madre como único familiar cercano. Previamente ya había pasado por otros dos centros de salud dentro de la misma área sanitaria. Diagnosticado de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en su país de origen, sin informes médicos que lo corroboren. Actitud violenta en el ámbito escolar. Inicia terapia conductual coordinada con la unidad de psiquiatría infanto juvenil, que se ve interrumpida por un nuevo cambio de vivienda y de centro de salud al mes de haberle conocido, justificado por motivos socio-legales. **Caso 2:** Menor de un año, de origen sirio. En la primera consulta se detecta micropene. Se observa reticencia evidente para ser derivado a la unidad de endocrinología, que justificamos por sus creencias religiosas. Se pierde el seguimiento del caso por traslado de la familia a otra ciudad. Se señalan condiciones de agrupamiento con otras familias.

Comentario. La multiculturalidad es un reto para el pediatra de Atención Primaria. La población inmigrante, y especialmente los refugiados, tienen una temporalidad imprevisible que dificulta su manejo global. Los aspectos clínicos recogidos en los protocolos de atención al menor refugiado no plantean dudas. Sin embargo, la situación social y legal de las familias, así como sus expectativas reales, son datos no siempre bien aclarados en el primer contacto dentro de las consultas. Esto dificulta plantear e iniciar intervenciones, cuya interrupción perjudica al menor y desconcierta al profesional.

51. **UN EXANTEMA DIFERENTE.** Pérez Pérez A, González López C, Alonso Losada D, Vicente Martínez C, Elola Pastor AI, Martín Ramos S, Megido Armada A, Ibañez Fernández MA. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Los exantemas son un motivo de consulta muy frecuente en las Urgencias Pediátricas y en las consultas de atención primaria. Suponen un gran reto diagnóstico, ya que en la mayoría de las ocasiones no se llega a conocer la causa de los mismos, aunque es importante saber discernir entre aquellos potencialmente graves y los que forman parte de cuadros más banales.

Caso clínico. Paciente de 9 años acude a Urgencias por exantema no pruriginoso de aparición súbita, sin otra clínica asociada. Exploración física: Excelente estado general. Exantema macular eritematoso y caliente, indurado, no blanquea a la presión, localizada en tronco, con lesiones satélite en abdomen. Resto de la exploración física sin alteraciones. No episodios previos similares. No consumo de medicamentos ni otros antecedentes epidemiológicos de interés. Únicamente señalan herida en región cervical dos semanas antes, que se resolvió. Ante posible cuadro infeccioso inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico IV. Se realiza analítica con hemograma, bioquímica, coagulación y hemocultivos en los que no se encuentran alteraciones. Se recogen muestras de exudado faríngeo para estudio de virus (positivo para virus del herpes 7) y bacterias (indetectables) y se realiza estudio de orina en el que no se observan hallazgos patológicos. Al día siguiente aparecen nuevas lesiones en el tronco, pruriginosas, urticariformes, sin otra clínica asociada. La aparición de estas nuevas lesiones orienta al diagnóstico de urticaria-vasculitis. Se pauta tratamiento con antihistamínicos y corticoides IV, tras lo cual mejora progresivamente.

Conclusión. En ocasiones, vigilar la evolución natural de los cuadros clínicos es lo único que puede ayudar a llegar a un diagnóstico certero. Por ello, la actitud de “esperar y ver” mientras se tratan las distintas complicaciones y síntomas que van apareciendo, es la opción más adecuada ante algunas situaciones, cuando no sabemos inicialmente a qué nos enfrentamos.

52. **CRISIS CIANÓTICAS EN PATOLOGÍAS DISTINTAS A TETRALOGÍA DE FALLOT.** Pérez Pérez A, González López C, Alonso Losada D, Vicente Martínez C, Elola Pastor AI, Vivanco Allende A, Fernández Barrio BC, Ibañez Fernández MA. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. El diagnóstico prenatal de cardiopatías congénitas ha llevado a una reducción de la prevalencia de estas patologías en nuestro entorno, lo cual puede suponer un reto a la hora de enfrentarnos a pacientes con este tipo de enfermedades.

Caso clínico. Lactante con diagnóstico prenatal de atresia tricuspídea. Al nacimiento presentó distrés respiratorio que se resolvió con CPAP. A los 6 días de vida presenta saturaciones disminuidas (70-80%), se realizó ecocardiografía en la que se detectan CIV, DAP y empeoramiento de la estenosis pulmonar con respecto al nacimiento. Inicia tratamiento con prostaglandinas, hasta que es intervenido, con 14 días de vida, para colocación de stent ductal y realización de atrioseptomía de Rashkind, tras lo cual se estabiliza. A los dos meses de edad precisa ingreso en UCIP por agudización de clínica respiratoria en contexto infeccioso (Parainfluenza). Durante su ingreso presentó episodios de desaturación grave, en relación con llanto e irritabilidad, pero no se observó inversión del shunt en ecocardiografía. Mantiene excelente estado general en todo momento. Con medidas de apoyo consigue estabilizarse y es dado de alta a domicilio. En posteriores controles de cardiología, se aprecian saturaciones bajas y acidosis metabólica

con hiperlactacidemia. Ingresó de nuevo en UCIP, donde se constatan dichos episodios, intermitentes, con resolución espontánea, llegando a presentar saturaciones mínimas del 12%. Parecen corresponderse con crisis cianóticas, sin embargo en ecocardiografía se constata flujo pulmonar anterógrado y buen funcionamiento tanto del stent ductal como de la atrioseptomía. Dada la inestabilidad del paciente, se traslada al Hospital Universitario La Paz donde es intervenido para realización de técnica de Glenn, permaneciendo posteriormente estable.

Conclusión. La clínica observada en este paciente, podría explicarse por una reducción progresiva de la CIV que conlleva una disminución del flujo pulmonar. Es importante seguir de cerca a estos pacientes cardiopatas y vigilar las complicaciones que van surgiendo, para que lleguen al momento de la intervención quirúrgica en las mejores condiciones posibles.

53. **TROMBOEMBOLISMO AGUDO EN ADOLESCENTE CON FACTORES DE RIESGO.** Gómez Arce A, De Lamo González E, Caldeiro Díez MJ, Fernández Suárez N, Sancho Gutiérrez R, Pérez González D, Docío Pérez P, Jiménez Montero B. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. Los fenómenos tromboembólicos son muy poco frecuentes en la edad pediátrica, siendo el 95% de ellos secundarios a un factor de riesgo identificable como enfermedad grave, prematuridad, catéter venoso central, cardiopatía congénita, infección, inflamación, cirugía reciente, obesidad, fármacos, etc.

Caso clínico. Presentamos el caso de una adolescente de 15 años con obesidad, dislipemia y tratamiento con anticonceptivos (drospirona/etinilestradiol) que acude a urgencias por dolor de inicio súbito en la pierna izquierda de 10 horas de evolución, asociando aumento del diámetro de la extremidad, calor y coloración violácea. Además había sido valorada en dos ocasiones previas en urgencias por episodios auto-limitados de disnea y palpitaciones al subir escaleras, realizándose ECG sin objetivarse alteraciones. Dada la clínica se realiza ecografía Doppler de extremidad en la que se objetiva trombosis venosa profunda en vena femoral y tromboflebitis en vena safena mayor y gammagrafía pulmonar compatible con tromboembolismo con afectación subsegmentaria en campo pulmonar derecho. Se completa estudio con ecocardiograma y ecografía abdominal sin hallazgos y analítica sanguínea para despistaje de trombofilia, objetivándose positividad para anticoagulante lúpico y posible déficit de proteína S. Se decide inicio de tratamiento con enoxaparina subcutánea y atorvastatina, así como suspensión de anticonceptivos, evolucionando favorablemente y desapareciendo la clínica al 6º día de ingreso.

Comentario. Ante un fenómeno tromboembólico es fundamental la sospecha clínica y la valoración de los factores de riesgo, ya que el tratamiento precoz va a conseguir el objetivo más importante, la prevención de las complicaciones derivadas de la oclusión vascular y la aparición de nuevos eventos futuros.

54. **LESIONES CUTÁNEAS INFLAMATORIAS: NO SIEMPRE ES CELULITIS.** Antomil Guerrero B, Díaz García P, Fernández López A, Fernández Morán E, García Fernández S, Garrido García E, Pérez Gordón J. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Las lesiones cutáneas son un motivo de consulta frecuente en pediatría. Ante lesiones cutáneas únicas con signos inflamatorios, nuestra primera sospecha suele ser una celulitis infecciosa.

Caso clínico. Varón de 12 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por placa eritematosa, caliente y dolorosa en región pretibial

izquierda de dos semanas de evolución en tratamiento con Amoxicilina oral pautaada por su pediatra con mejoría inicial y posterior empeoramiento. Afebril. Refieren traumatismo 3 meses antes. Es dado de alta tras analítica y radiografía sin hallazgos. Reacude tras tres semanas por persistencia de las lesiones, decidiendo ingreso junto con Traumatología, tras analítica anodina y ecografía compatible con celulitis iniciando tratamiento con Cloxacilina IV e ibuprofeno. Ante evolución tórpida se realiza RMN de MII que reafirma los hallazgos previos de celulitis. A los cinco días se observa fragmentación de la placa con nodularidad subyacente y aparición de nódulos subcutáneos contralaterales. Se plantea paniculitis como diagnóstico diferencial y se amplía estudio con detección de VHH-7 en exudado nasofaríngeo e IgM Chlamydomphila pneumoniae positiva (resto de estudios negativos). Se suspende el tratamiento con cloxacilina y se inicia azitromicina VO con mejoría progresiva de las lesiones. Es valorado por Dermatología, realizando biopsia que confirma el diagnóstico de paniculitis (predominio septal) sugestiva de eritema nodoso. Es dado de alta con tratamiento antiinflamatorio.

Conclusiones:

- Es importante incluir las paniculitis en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas de tipo inflamatorio.
- El eritema nodoso es un cuadro frecuentemente idiopático, aunque es preciso realizar estudios para filiar etiología y tratar en consecuencia.
- Puede presentarse en todas las edades y sexos.
- Suele resolverse espontáneamente en unas 8 semanas.
- Los estudios de imagen pueden no ser concluyentes a la hora de orientar el diagnóstico, siendo la biopsia el estudio de confirmación.

55. XERODERMA PIGMENTOSUM. *Rodríguez García G¹, Herro-Morín JD², Fernández González MN³, Ardura Rodríguez P², González F⁴.* ¹Ejercicio Privado. ²Centro de Salud de Infiesto. ³Hospital Cabueñes, Gijón. ⁴Cirugía Pediátrica, Hospital Roosevelt, Guatemala.

Introducción. El xeroderma pigmentosum es una genodermatosis rara y grave, autosómica recesiva, debida a alteraciones de reparación del ADN que provocan fotosensibilidad extrema, lesiones cutáneas y cáncer cutáneo a edad temprana. Algunos casos añaden manifestaciones a otros niveles. El objetivo del presente trabajo es difundir el conocimiento de esta entidad y destacar el papel de las medidas preventivas.

Caso clínico. Niña de 12 años, indígena de la selva del Quiché (Guatemala), con lesión exofítica de un año de evolución en ojo izquierdo, con crecimiento rápido y extensión a hemifacies izquierda. Presentaba efélides faciales desde los primeros meses de vida, con desarrollo psicomotor, intelectual y somatométrico normales. Procedía de padres consanguíneos, siendo la mayor de 8 hermanos, sin antecedentes familiares conocidos de lesiones tumorales a edades tempranas. Una hermana de 5 años presentaba efélides faciales desde edad temprana y aparición reciente de lesión eritematosa en canto interno de ojo derecho. La paciente fue valorada por Cirugía Pediátrica, sin completar protocolo diagnóstico/terapéutico por negativa familiar. Se recomendaron medidas preventivas frente a la exposición solar tanto para la paciente como, y especialmente, para la hermana descrita.

Conclusiones. El xeroderma pigmentosum presenta manifestaciones multisistémicas progresivas, principalmente cutáneas ya que el efecto mutagénico predominante se debe a la acción de la radiación ultravioleta sobre la piel. Las medidas terapéuticas pasan indefectiblemente por la prevención (evitación de exposición solar y filtros solares). Dado el alto potencial de malignización, debe intervenir precozmente cualquier lesión sospechosa. Se han probado terapias que podrían retardar la aparición de lesiones malignas (retinoides sistémicos, inmunomoduladores tópicos como imiquimod). Se investigan líneas para reducir

el daño oxidativo celular y empleo de terapia génica. El diagnóstico precoz es fundamental para mejorar la calidad y expectativa de vida de los afectados especialmente en grupos de población desfavorecidos donde son limitadas las medidas disponibles y aceptables.

56. NO TODAS LAS LESIONES CUTÁNEAS NEGRAS SON MELANOMAS. *Díaz Anadón LR¹, Fernández Nieto D², Hernández Peláez L¹, Fernández Castiñeira S¹, Quesada Colloto P¹, Carnicero Ramos S¹.* ¹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción. El talón negro (hematoma subcórneo) es una entidad causada por la fricción entre la epidermis y la dermis papilar, que provoca la rotura traumática de capilares en las papilas dérmicas, con extravasación de eritrocitos al estrato córneo. Afecta a adolescentes y jóvenes con actividad deportiva intensa.

Caso clínico. Adolescente varón de 13 años derivado desde atención primaria a consulta de Dermatología Infantil para descartar melanoma cutáneo. Presentaba una mácula negra de 1 mes de evolución en cara posteromedial de talón derecho con otra lesión satélite similar de menor tamaño (Fig. 1). No dolor ni prurito. Es jugador de fútbol en un equipo escolar, aunque niega antecedentes de traumatismos en la zona. En la exploración se observan 2 máculas de coloración negra de aproximadamente 25x13 y 10x4 mm de extensión sobre piel hiperqueratósica, no infiltradas ni induradas, ni dolorosas a la palpación. Bajo visión dermatoscópica presenta un patrón de pigmentación globular que sigue la distribución de los dermatoglifos (Fig. 2). Se diagnosticó



Figura 1.

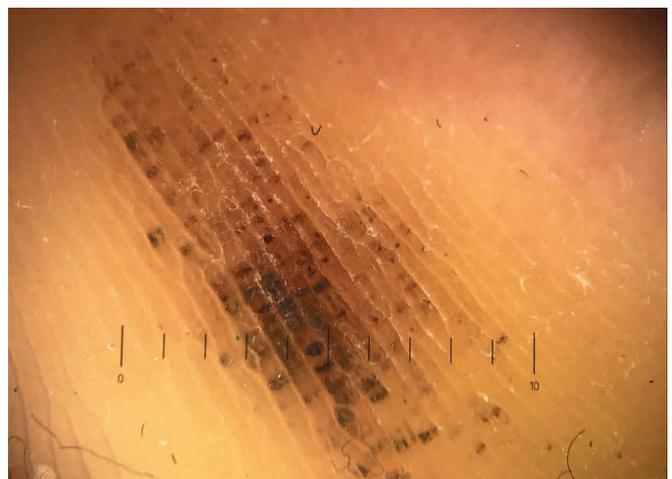


Figura 2.

de talón negro y se recomendó el uso de medidas para evitar la fricción a nivel calcáneo (doble calcetín, espaciado de actividad física...), con resolución completa de las lesiones tras un mes.

Comentario. El talón negro es un proceso banal y autorresolutivo. Su importancia clínica radica fundamentalmente en el diagnóstico diferencial con el melanoma lentiginoso acral. El seguimiento clínico y la desaparición de las lesiones tras el cese de la actividad física son clave para el diagnóstico, aunque si se realiza un curetaje cuidadoso de las lesiones se puede observar una disminución de la pigmentación. En casos de duda puede ser necesaria biopsia. Conocer este proceso desde el punto de vista del Pediatra de Atención Primaria es importante para poder diagnosticarlo, tranquilizar a la familia y evitar derivaciones a Dermatología.

57. DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO POR TATUAJE DE HENNA: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Docio Pérez P, Leonardo Cabello MT, Marlasca San Martín P, Buendía De Guezala A, De Lamo González E, Portal Buenaga M. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. El uso de tatuajes temporales se ha incrementado en los últimos años, siendo el tatuaje de henna uno de los más demandados. La henna es una sustancia vegetal procedente fundamentalmente de países del Sudeste Asiático. En ocasiones, para mejorar las características y la duración del tatuaje, se añade una sustancia conocida como parafenilendiamina (PPDA). Se ha demostrado que la PPDA, por sus características moleculares, es una sustancia que puede causar dermatitis de contacto.

Caso clínico. Se describe el caso de una paciente de 14 años que acude al Servicio de Urgencias por aparición de lesiones ampollosas en antebrazo izquierdo, tras realización de tatuaje de henna 11 días antes. Tres días después comienza con vesículas pruriginosas y discreta inflamación que han ido en aumento, así como lesiones de similares características en el otro antebrazo, fruto del contacto con el tatuaje; como antecedente de interés, refiere haber sufrido dos años antes leve dermatitis tras tatuaje de henna, aunque de mucha menor intensidad. En la exploración física se objetivan lesiones de características ampollosas/vesiculosas con base eritematosa que reproducen el tatuaje original, con prurito y dolor a la palpación. Se inicia tratamiento con prednisona oral a 1 mg/kg/día, así como antihistamínico vía oral y corticoide tópicos durante 4 días, reevaluándose de nuevo, con evolución costrosa e hipopigmentación de las lesiones, por lo que se inicia pauta descendente de corticoterapia, con mejoría progresiva. En control posterior dos meses después persiste hipopigmentación en las lesiones.

Comentarios. La PPDA es un potente alérgeno cuyo uso debe evitarse porque produce dermatitis de contacto con reacciones importantes y secuelas estéticas, especialmente en población pediátrica. Las lesiones causadas por la dermatitis carecen de un tratamiento específico; generalmente mejoran con el uso de corticoterapia tópica, aunque en algunas situaciones puede ser necesario su uso vía oral, así como el empleo de antihistamínico oral para control del prurito.

58. DOLOR TORÁCICO EN PEDIATRÍA: ¿UN SÍNTOMA BANAL? *Díaz García P, Fernández López A, Fernández Morán E, García Fernández S, Antomil Guerrero B, Alonso Álvarez MA. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El dolor torácico en el paciente pediátrico implica un amplio diagnóstico diferencial, con múltiples causas banales, siendo mayoritariamente idiopático; sin embargo, algunas patologías de riesgo vital pueden debutar con este síntoma y exigen diagnóstico precoz.

Caso clínico. Varón de 13 años que consulta por dolor centrotorácico opresivo no irradiado, con distermia. Antecedente de deposiciones líquidas y febrícula los días previos. La exploración física fue normal. El electrocardiograma (EKG) inicial mostró elevación difusa del ST, y la analítica una elevación de enzimas de daño miocárdico. Ante sospecha de miopericarditis ingresa con reposo y tratamiento antiinflamatorio. En los controles de EKG posteriores se objetivó una progresiva normalización del ST e inversión de ondas T con voltajes disminuidos. En la Tabla I se detalla la evolución de los biomarcadores cardiacos. Las ecocardiografías al ingreso y previa al alta fueron normales. Se mantuvo estable en el periodo de hospitalización, siendo alta al 5º día.

TABLA I. EVOLUCIÓN DE BIOMARCADORES CARDIACOS DURANTE EL INGRESO.

	12 h	24 h	72 h	120 h
Troponina T (< 35 ng/L)	1.455	3.013	2.317	48
Creanina cinasa (20-200 U/L)	1.260	1.582	183	105
NR-proBNP (< 300 pg/mL)	-	733	451	254

Discusión. La pericarditis y miocarditis son patologías bien definidas y clasificadas por la literatura, pero que se pueden presentar de forma mixta en la práctica clínica habitual. Nuestro paciente, a pesar de presentar un excelente estado general y un EKG sugestivo de pericarditis, asociaba además bajos voltajes y elevación moderada de biomarcadores cardiacos, lo cual conllevó el diagnóstico final de miopericarditis.

Conclusiones. Las enfermedades del pericardio y miocardio son patologías poco habituales en la población pediátrica que deben ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor torácico. Una historia clínica de calidad es esencial a la hora de aproximarnos al diagnóstico y decidir las pruebas complementarias necesarias para llegar al mismo.

59. DERMATITIS PALMAR JUVENIL DE LAS PISCINAS. A PROPÓSITO DE UN CASO. *Pérez González D, Gómez Arce A, Santos Lorente C, Ansó Mota M, Justel Rodríguez M, Fernández Calderón L, López Fernández C. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La dermatitis palmar juvenil de las piscinas o pulpitis de las piscinas es un tipo de dermatitis de contacto infantil con afectación palmo-plantar debida a la fricción repetida de la piel húmeda con las superficies rugosas y ásperas de las piscinas (principalmente suelo y bordillos). Se trata de un cuadro benigno, habitualmente asintomático y autolimitado con tratamiento conservador.

Caso clínico. Se presenta el caso de una niña de 6 años, con antecedente de dermatitis atópica que consulta por lesiones eritematosas en manos y pies de 24-36 horas de evolución, levemente pruriginosas, estando afebril, sin lesiones a otro nivel ni otra clínica acompañante. A la exploración física presenta placas eritemato-violáceas brillantes no descamativas ni exudativas en cara palmar/plantar de manos y pies, con distribución simétrica y afectación principalmente a nivel de pulpejos, especialmente en manos, sin objetivarse lesiones cutáneas a otro nivel, con resto de exploración física normal. Interrogando sobre contexto epidemiológico la madre refiere asistencia habitual a piscina en la última semana, sin otras exposiciones relevantes. Dada la relación causal y las lesiones características se diagnostica de pulpitis de las piscinas, no precisando estudios complementarios, y se plantea tratamiento

conservador, retirando exposición a la piscina, con desaparición de las lesiones en los días siguientes, sin secuelas.

Conclusión. La dermatitis palmar juvenil de las piscinas es una entidad benigna, generalmente infradiagnosticada, con un diagnóstico clínico sencillo, por lo que es importante su conocimiento a fin de evitar pruebas complementarias y tratamientos innecesarios ya que el cese de la exposición conlleva a la resolución espontánea del cuadro.

60. LESIÓN CUTÁNEA TRAS PICADURA DE ARTRÓPODO.

Martín López-Pardo BM, Pablos López A, Alonso Díez C, Roux Rodríguez A, Hernández Prieto A, Villalón Martínez MC, López Avila J. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción. La primera manifestación de la enfermedad de Lyme precoz localizada en la infancia es un exantema anular típico denominado eritema migrans, presente hasta en el 89% de los pacientes, y que generalmente es asintomático. Su diagnóstico puede ser difícil, pues comparte signos y síntomas con entidades como hipersensibilidad a la picadura de insectos, infección cutánea, urticaria, eritema multiforme, eritema anular centrífugo, granuloma anular o tinea corporis. La sospecha clínica ha de establecerse ante la aparición de un exantema compatible en pacientes procedentes de zona endémica y en la época del ciclo vital de la garrapata.

Descripción del caso. Paciente de 5 años que acude en el mes de junio al Hospital Clínico Universitario de Salamanca por lesión en espalda inicialmente papulosa que en 6 días evoluciona a lesión anular eritematosa de bordes irregulares, no descamativa, de 6 cm de diámetro. Refería haber estado jugando quince días antes en el campo en las afueras de Bilbao, y posteriormente observar signos de una picadura sin objetivar garrapata adherida a la piel. Ante la sospecha clínica y epidemiológica se solicita serología mediante enzimoimmunoanálisis (ELISA) a *Rickettsia* y *Borrelia*, y se inicia tratamiento empírico con amoxicilina. La serología fue positiva a *Borrelia burgdorferi* por lo que se mantuvo la amoxicilina durante 21 días. Posteriormente se contactó con la paciente una semana después, que refirió excelente estado general y desaparición de la lesión cutánea.

Conclusión. Es importante considerar que la primera manifestación de la enfermedad de Lyme precoz localizada es el eritema migratorio. Es fundamental un alto índice de sospecha y realizar un diagnóstico basado en el reconocimiento clínico temprano de la lesión, con el fin de instaurar un tratamiento antibiótico precoz evitando así la evolución de la enfermedad.

cultivo. Aunque existen dudas sobre cuál es el manejo más adecuado, clásicamente se ha empleado Natamicina, sin embargo, en los últimos años el Voriconazol se ha convertido en una alternativa dada su buena penetrancia ocular y amplio espectro. El pronóstico visual de estos pacientes dependerá del grado de afectación y de un diagnóstico y tratamiento precoces, pudiéndose llegar a producir ceguera en los casos con mala evolución.

Material y métodos. Análisis retrospectivo de un caso de queratitis fúngica en un hospital terciario.

Resultados. Niño de 6 años que acudió para valoración por dolor ocular y fotofobia en ojo derecho. Antecedentes personales: traumatismo ocular con ulceración corneal en ojo derecho tras frotarse jugando con arena. Evolución: a pesar del tratamiento antibiótico tópico con Tobramicina que se pautó ambulatoriamente por sospecha de ulceración corneal, presentó empeoramiento clínico progresivo, por lo que se decidió ingreso para antibioterapia endovenosa con Cefotaxima y Vancomicina. Posteriormente se constató absceso intraestromal, infiltrados satélites y placa endotelial. Ante la evolución tórpida, se sospechó queratitis fúngica, sin ser posible toma de muestra para cultivo, por lo que se inició terapia con colirios de Voriconazol y Clorhexidina, así como Voriconazol endovenoso y posteriormente oral, constatándose importante mejoría clínica desde entonces.

Conclusiones. Ante la aparición de un caso de ulceración/queratitis con sospecha de etiología bacteriana que no evoluciona favorablemente con tratamiento habitual, siempre se deberá pensar en queratitis fúngica, debiéndose iniciar tratamiento de forma precoz para prevenir complicaciones (endoftalmitis), siendo el Voriconazol una alternativa terapéutica eficaz.

62. MALARIA POR *PLASMODIUM FALCIPARUM* EN EDAD PEDIÁTRICA: CAMBIOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS. *Díaz Anadón LR, Fernández Castiñeira S, Quesada Colloto P, Hernández Peláez L, Carnicero Ramos S. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La malaria constituye la cuarta causa de mortalidad infantil a nivel mundial. En nuestro medio se trata de una patología importada, poco frecuente pero potencialmente grave, por lo que conviene conocer sus características y su manejo, teniendo en cuenta el perfil de resistencias de cada especie de *Plasmodium* y de su zona de origen. La aparición de nuevos fármacos ha cambiado el tratamiento de esta patología en los últimos 5 años.

Casos clínicos. se presentan los casos de 2 pacientes de 10 y 13 años, procedentes de Guinea Ecuatorial, diagnosticados de malaria por *Plasmodium falciparum* en nuestro hospital, con un periodo de 5 años de diferencia entre ambos. Los dos consultaban por fiebre elevada, cefalea y malestar general de menos de 48 horas de evolución. Ambos habían padecido episodios previos de paludismo. En urgencias se realizó el diagnóstico parasitológico de ambos pacientes (parasitemias de 1,4% y 3% respectivamente), que ingresaron para tratamiento. Ninguno presentaba criterios de malaria complicada. En el primer caso se pautó tratamiento con atovaquona/proguanil dosis única diaria durante 3 días y en el segundo caso una pauta similar con arteminol/piperaquina, atendiendo a las guías clínicas vigentes en cada momento. Ambos presentaron buena respuesta al tratamiento, con negativización de la parasitemia, desaparición de la fiebre y fueron dados de alta a las 72 horas. Destaca en el segundo caso la aparición de una prolongación del intervalo QT en relación al tratamiento, sin otras complicaciones.

Conclusiones. Estos dos casos, que presentaban características clínicas y epidemiológicas similares, sirven para ilustrar el cambio de

Sábado 16 de noviembre - Serie 5

Moderadores: Julián Rodríguez Suárez y Alfredo Cano Garcinuño

61. NIÑO CON DOLOR OCULAR Y FOTOFOBIA, ¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO? *García Barbero E, Llorente Sanz B, Herreras Cantalapiedra JM, Urbaneja Rodríguez E. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Introducción: Los hongos son una causa poco frecuente de queratitis en países con clima templado/frío y regiones industrializadas. Entre los microorganismos más frecuentes destacan *Aspergillus*, *Candida* y *Fusarium*. Son factores de riesgo el traumatismo ocular, uso de lentes de contacto y corticoides oftálmicos. La clínica consiste en dolor ocular, fotofobia, lagrimeo, inyección ciliar y visión borrosa. El principal diagnóstico diferencial son las queratitis bacterianas. La confirmación diagnóstica se realiza mediante visualización directa o

actitud en el tratamiento de esta patología en estos años. El tratamiento de primera línea actualmente son los derivados de la artemisina en combinación debido a su efectividad (menor resistencia que a atovacuna y derivados de quinina) y su buen perfil de seguridad. Es importante para la adecuada monitorización del tratamiento conocer el riesgo de aumento del QT de estas terapias.

63. FIEBRE Y EXANTEMA EN UN LACTANTE, ¿CUADRO BANAL O URGENCIA? *Alonso Díez C, Hernández Prieto A, Villalón Martínez MC, Pablos López A, Roux Rodríguez A, Martín López-Pardo BM, Criado Muriel C, González González M. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

Introducción. La asociación de fiebre y exantema es uno de los motivos más frecuentes de consulta en el SUP. Son necesarios una anamnesis, exploración física y diagnóstico diferencial adecuados, ya que este cuadro clínico puede traducir desde una infección viral autolimitada y leve, hasta una posible sepsis.

Caso clínico. Lactante de 14 meses que ingresa procedente de SUP por sospecha de sepsis meningocócica. Presentaba un cuadro de fiebre y exantema micropapuloso y petequeal, con neutrofilia y linfopenia, alargamiento de los tiempos de coagulación y elevación de PCR. Durante su ingreso, se mantuvo la elevación de la PCR Y PCT y el alargamiento de los tiempos de coagulación, con posterior normalización. Tras las primeras 24 horas de ingreso permanece afebril, mejorando su estado general. Se solicitó inmunocromatografía de virus respiratorios en exudado nasal, hemocultivo, coprocultivo, serología para CMV, *M. pneumoniae*, VEB, Toxoplasma, VIH y Erythrovirus, siendo negativos excepto los anticuerpos IgM e IgG para la cápside de VEB.

Discusión. La infección por VEB tiene una gran prevalencia y frecuentemente se presenta de forma atípica en lactantes, generalmente con síntomas respiratorios, siendo a menudo asintomática. Se han descrito casos con rash maculo-papular y petequeal, incluso sin exposición previa a antibióticos. Datos clínicos típicos de infección por VEB son linfadenopatías cervicales y edema palpebral, presentes en nuestro caso; así como fiebre de más de 7 días de duración, faringoamigdalitis exudativa, esplenomegalia y linfadenopatías generalizadas, no presentes. A nivel analítico es típica la leucocitosis con linfocitosis y elevación de las transaminasas, no presentes. Como hallazgos atípicos, destacamos la ausencia de leucocitosis, la presencia inicial de neutrofilia con linfopenia, el alargamiento de los tiempos de coagulación, la hipoalbuminemia y la elevación de la PCT. Como conclusiones, la infección por VEB con frecuencia se presenta de forma atípica en lactantes y es necesario realizar un adecuado diagnóstico diferencial ante clínica de fiebre y exantema.

64. ¿HAY TOSEDORES EN LA FAMILIA? *Menéndez Bango C¹, Doval Alcalde P, Aguerrevere Machado MP¹, Oyagüez Ugidos PP¹, Cuervas-Mons Tejedor M¹, Valencia Ramos J¹, Martínez Díaz S¹, Gómez Sáez F¹. ¹Hospital Universitario de Burgos. ²Complejo Asistencial Universitario de Palencia.*

Introducción. La tuberculosis es un problema de salud pública mundial. Actualmente inmigración e inmunodeficiencias son los principales factores de riesgo epidemiológico. Aunque la mortalidad de las formas pulmonares es excepcional, las formas extrapulmonares ocasionan importante morbi-mortalidad.

Caso clínico. Lactante de 11 meses sin antecedentes de interés derivada al Servicio de Urgencias por fallo de medro. Ganancia pon-

deral adecuada los 6 primeros meses de vida con descenso posterior hasta percentil 1; últimos 15 días irritabilidad marcada con regresión de hitos del desarrollo. En la exploración destaca quejido espiratorio leve junto temblor distal intencional, por lo que se solicita radiografía de tórax, analítica sanguínea y análisis de orina, objetivándose gran infiltrado intersticial bilateral cavitado con calcificaciones en parénquima esplénico y hepático; leucocitosis con calcio sérico elevado y piuria estéril. Se decide entonces ingreso hospitalario para ampliar estudio con sospecha de enfermedad granulomatosa. Se inicia así estudio de los convivientes, hallándose en su madre clínica compatible: dolor torácico leve, marcada pérdida de peso y radiografía de tórax con infiltrado bilateral cavitado, iniciándose de manera empírica en ambas, cuádruple terapia antituberculosa. Una vez realizado el diagnóstico de sospecha, se inicia el estudio de extensión, viéndose afectación multiorgánica: nefrocalcinosis, meningitis tuberculosa con infarto subagudo en territorio de arteria cerebral media, granulomas calcificados hepato-esplénicos y múltiples adenopatías calcificadas abdominales; cabe destacar la disociación clínico-radiológica junto con la cronicidad de las lesiones. Confirmación etiológica a las 24 horas por positividad de PCR para *M. tuberculosis complex* en LCR y jugo gástrico. Dada la afectación del SNC se pautan los antituberculosos a dosis máxima y se asocia metilprednisolona. La paciente es dada de alta tras 38 días de ingreso para completar tratamiento domiciliario durante 12 meses.

Comentario. La tuberculosis es una enfermedad emergente en nuestra sociedad, con cifras de mortalidad cercanas al 50% cuando existe infección diseminada en población pediátrica, siendo necesario mantenerla en nuestros algoritmos diagnósticos.

65. MENINGITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS B EN NIÑO PARCIALMENTE VACUNADO. *Fernández Morán E, García Fernández S, Antomil Guerrero B, Díaz García P, Fernández López A, Calle-Miguel L, Garrido García E. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. *Neisseria meningitidis* del serogrupo B es la causa más frecuente de meningitis bacteriana en España. Su complicación más frecuente es la hipoacusia neurosensorial; esta se produce en aproximadamente el 5% de las meningitis meningocócicas. La vacuna antimeningocócica B Bexsero® está comercializada en España desde 2015, con una cobertura actual aproximada del 70%. Se ha comprobado que es efectiva, segura e inmunógena.

Caso clínico. Lactante varón de 19 meses que acude a Urgencias por fiebre de 72 horas de evolución y vómitos. Exploración física: regular estado general, somnolencia, falta de sostén cefálico y signos meníngeos positivos.

Antecedentes personales: niño sano, no procesos infecciosos previos tratados con antibioterapia, no acude a guardería. Calendario vacunal completo y vacuna antimeningocócica B (dos dosis a los 3 y 7 meses, no dosis de recuerdo). Pruebas complementarias (PC) iniciales: hemograma (9.870 leucocitos/ μ l, 7.580 neutrófilos/ μ l), bioquímica (proteína C reactiva 36,5 mg/dl, procalcitonina 86,75 ng/ml), hemocultivo (negativo), punción lumbar (9.200 leucocitos/ μ l, glucosa 2 mg/dl, proteínas 250 mg/dl; reacción en cadena de la polimerasa positiva para *N. meningitidis*; cultivo: *N. meningitidis* serogrupo B), tomografía craneal sin alteraciones. Inicio de antibioterapia empírica con cefotaxima intravenosa e ingreso inicial en UCI, con desaparición de la fiebre en las primeras 24 horas. Evolución clínica en planta lentamente favorable, con persistencia de rigidez nuchal, ausencia de sostén cefálico completo y ataxia llamativa; reinicio de fiebre el quinto día de ingreso (durante 24 horas). PC sucesivas: descenso de parámetros inflamatorios hasta normalización,

resonancia magnética cerebral sin complicaciones, potenciales evocados auditivos compatibles con hipoacusia bilateral profunda. Recibió 14 días de antibioterapia parenteral.

Conclusión. La meningitis bacteriana es enfermedad grave y potencialmente letal. Se ha de realizar cribado audiológico ante toda meningitis bacteriana. El objetivo de la administración de las dosis de recuerdo en las pautas de vacunación es mantener la inmunidad protectora a largo plazo

66. MENINGITIS POR PARECHOVIRUS: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Goez Sanz C, Alonso Ferrero J, González Uribelarrea S, García Barbero E, Izquierdo Herrero E, Urbaneja Rodríguez E, Garrote Molpeceres R, Carranza Ferrer J. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

Objetivos. Determinar la importancia de conocer la emergencia de microorganismos como el Paraechovirus en los cuadros de fiebre e irritabilidad en lactantes menores de 3 meses.

Caso clínico. Lactante de 46 días de vida. Antecedentes personales: Embarazo controlado, diabetes gestacional (insulinoterapia). Parto a término, vaginal, cefálico, amniorraxis de 7 horas con líquido meconial. Periodo neonatal normal. Lactancia artificial desde el nacimiento. Vacunación no iniciada. Acude a urgencias por fiebre 38°C axilar de 24 horas de evolución e irritabilidad. Exploración física sin hallazgos. Analítica sanguínea normal, reactantes de fase aguda negativos, sistemático de orina negativo, valoración ORL normal (hemocultivo-urocultivo pendientes). Se mantiene en observación en urgencias durante 24 horas; ante la estabilidad clínica, es dado de alta con control posterior. En las horas siguientes persiste la fiebre, 38,5°C, mayor irritabilidad y rechazo de tomas. Exploración física con afectación del estado general e irritabilidad marcada, sin otros hallazgos. Analítica sanguínea de control normal, lavado nasofaríngeo negativo, urocultivo y hemocultivos negativos. Se realiza punción lumbar, con resultado positivo para Paraechovirus. Evolución clínica favorable, permaneciendo ingresado durante 72 horas. A destacar, durante el ingreso presenta un exantema con discreto edema de palmas y plantas, con resolución espontánea en 24 horas.

Conclusiones. El síndrome febril agudo en lactantes es un motivo de consulta frecuente en Urgencias de Pediatría. A pesar del mayor riesgo de infección bacteriana grave en menores de 3 meses, debemos tener en cuenta el aumento de incidencia en los últimos años de determinados microorganismos como el Paraechovirus, sobre todo en cuadros de fiebre e irritabilidad. La bibliografía reciente destaca el subtipo 3 en las infecciones graves de lactantes pequeños, provocando cuadros de meningitis y sepsis. El 50-100% presentan un exantema eritematoso en extremidades (predominio en palmas-plantas). Los hallazgos analíticos son inespecíficos, destacando la ausencia de pleocitosis. La evolución es en general favorable.

67. ¿ES SARAMPIÓN SI ESTÁ VACUNADO? *Pérez Salas S, Mateos Benito ÁF, Morante Martínez D, Arteta Saenz E, López Salas E, Gabaldón Pastor D, Merino Arribas JM, Aja García G. Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. La incidencia del sarampión se ha reducido drásticamente en los últimos años gracias a la vacunación de la triple vírica (TV) que incluye el genotipo A del virus atenuado. En España en 2018 la cobertura vacunal de la primera dosis fue del 97,1%. Sin embargo, en el primer semestre del 2019 se registraron más casos que en todo el año anterior (224 frente 220). Uno de los efectos adversos de esta vacuna es

la aparición de sarampión postvacunal. A pesar de la gran cobertura vacunal son muy pocos los casos notificados de sarampión postvacunal debido fundamentalmente a su infradiagnóstico.

Caso clínico. Presentamos el caso de un niño de 3 años vacunado trece días antes de la primera dosis de la TV, que consulta por aparición de un exantema máculopapular con afectación palmoplantar, confluyente y generalizado, de comienzo periauricular con progresión cráneo-caudal de cuatro días de evolución y febrícula el primer día del exantema. Presentaba placas blanquecinas en mucosa yugal que no se desprendían al raspado e inyección conjuntival bilateral. Ante la sospecha de sarampión se solicitaron pruebas microbiológicas que confirmaron el diagnóstico de sarampión postvacunal: PCR positiva para genotipo A en suero y exudado faríngeo y serología con IgM positiva y anticuerpos de baja avidéz.

Conclusiones. El sarampión postvacunal es una entidad infra-diagnosticada por lo que se desconoce su incidencia real. Debe formar parte del diagnóstico diferencial en casos vacunados recientemente de la TV compatibles con sarampión. Sin embargo, puede ser clínicamente indistinguible de la infección por la cepa salvaje del virus, por lo que para distinguirlos es necesario realizar pruebas de laboratorio (genotipado y serología) y tener en cuenta las características epidemiológicas del lugar.

68. OSTEOMIELITIS EN RAMA ISQUIOPUBIANA POR STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS. *Pérez Gavilán C, Salamanca Zarzuela B, Acebes Puertas R, Díez Monge Nuria, Crespo Valderrábano L, Corchete Cantalejo M, Pañeda García C, Pérez Gutiérrez E. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. La presencia de fiebre asociada a cojera debe alertarnos hacia patología osteomuscular que requiere estudio y tratamiento inmediatos.

Caso clínico. Niña de tres años sin antecedentes de interés, con cojera de 48 horas de evolución, asociada posteriormente a fiebre (máxima de 39°C). Sin antecedente traumático ni en el contexto de ningún cuadro infeccioso. En la exploración física destaca una postura antiálgica de extremidad inferior derecha, en abducción y rotación externa, dolor a la rotación interna de la rodilla, sin hematoma ni derrame. La analítica sanguínea inicial muestra 15.000 leucocitos totales y una PCR de 64 mg/L. Se realiza una radiografía y ecografía de cadera y una ecografía abdominal, sin hallazgos patológicos en ninguna de ellas. Se pauta tratamiento con Cefotaxima y Cloxacilina intravenosas. Afebril desde las primeras horas de ingreso, con rápida mejoría clínica y descenso progresivo de los reactantes de fase aguda (PCR 10 mg/L). Al cuarto día de ingreso se realiza resonancia magnética nuclear, observándose hallazgos compatibles con osteomielitis aguda en rama isquiopubiana derecha y miositis en musculatura obturadora; por lo que se completan siete días de antibioterapia intravenosa. Ante la buena evolución y adecuada movilidad articular, el séptimo día de ingreso se decide alta domiciliaria para continuar tratamiento oral con Amoxicilina-Clavulánico dos semanas más. En el hemocultivo se aísla *S. intermedius*, sin clínica de sepsis en ningún momento.

Conclusión. La osteomielitis es una inflamación ósea causada mayoritariamente por *S. aureus* mediante diseminación hematogena. La localización es preferente en huesos largos y extremidades inferiores con clínica de cojera y/o negación para apoyar el miembro afecto. *S. intermedius* forma parte de la flora oral y gastrointestinal habitual y puede encontrarse en torrente sanguíneo en ausencia de un foco de origen visible. Produce principalmente abscesos profundos en cabeza, cuello, pulmón o abdomen, siendo una causa muy infrecuente de infección osteoarticular.

69. CAUSA MENOS FRECUENTE DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN NIÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO. *González López C, Alonso Losada D, Elola Pastor AI, Pérez Pérez A, Vicente Martínez C, Fernández Barrio B, Ibáñez Fernández A, Calle Miguel L. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. La fiebre de origen desconocido (FOD) es aquella de más de siete días sin diagnóstico después de una anamnesis, exploración física y evaluación minuciosas.

Caso clínico. Se presenta el caso de un niño de 13 años sin antecedentes familiares ni personales de interés derivado a nuestro hospital por fiebre de hasta 40°C de 25 días de evolución con astenia, anorexia y tos asociadas. A la exploración física destaca esplenomegalia dolorosa. Hallazgos relevantes en pruebas complementarias: Hb 10,8 g/dl, PCR 10,4 mg/dl, hemocultivo con *Staphylococcus coagulasa negativo* (probable contaminante) y ecografía abdominal con esplenomegalia de 15,8 cm, homogénea, resto sin hallazgos. Ingreso para estudio con actitud expectante. Persistencia de la fiebre, sin cambios iniciales en la exploración ni en las pruebas complementarias. Aparición de soplo sistólico II/VI el sexto día de ingreso. Ecocardiograma: lesión ecogénica en velo no coronario de 8 x 5 mm sobre válvula aórtica nativa y velo derecho ligeramente engrosado. Ante endocarditis infecciosa posible se inicia antibioterapia empírica con ceftriaxona, gentamicina y vancomicina. Aislamientos en hemocultivos recogidos hasta inicio de tratamiento: *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (grupo HACEK) y *Staphylococcus coagulasa negativo*. Recibe antibioterapia dirigida con vancomicina y cefotaxima hasta completar 4 semanas, con buena evolución clínica (desaparición de la fiebre, descenso de reactantes de fase aguda, hemocultivos de control negativos y disminución del tamaño de la vegetación en ecocardiograma). Aparición de dolor a nivel del maleolo interno derecho durante el tratamiento. Ecografía doppler: ocupación ecogénica de la arteria tibial posterior de 2 cm compatible con émbolo séptico; buena evolución con manejo expectante. Completa el tratamiento de forma satisfactoria y es alta a domicilio.

Conclusiones. En el estudio de FOD es importante una buena anamnesis, exploraciones físicas sucesivas y completas y pruebas complementarias por niveles y orientadas a la sospecha clínica. La endocarditis infecciosa en una causa infrecuente de FOD, especialmente en niños sin cardiopatía estructural.

70. TROMBOFLEBITIS DEL SENO TRANSVERSO COMO COMPLICACIÓN DE MASTOIDITIS AGUDA. *Corchete Cantalejo M, Díez Monge N, Crespo Valderrábano L, Salamanca Zarzuela B, Pérez Gavilán C, Pañeda García C, Antoñón Rodríguez M, Herrero Calvo D. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. La mastoiditis aguda es la complicación grave más frecuente de las otitis media aguda. Es un proceso inflamatorio-infeccioso que se propaga desde oído medio a celdillas y paredes óseas de la mastoides, asociado a lesiones destructivas de dicho hueso y con potencial manifestación externa a nivel de la región mastoidea. Su espectro clínico va desde casos asintomáticos a enfermedad progresiva con complicaciones potencialmente graves.

Caso clínico. Niño de 2 años que consulta por fiebre de 72 horas de evolución, máxima de 39,9°C. En tratamiento con Amoxicilina (80 mg/kg/día) por una otitis media aguda en oído izquierdo. Empeoramiento clínico, con despegamiento del pabellón auricular izquierdo con intenso dolor asociado. Se objetiva elevación de reactantes (Proteína C reactiva 298 mg/L, Procalcitonina 13,82 ng/mL). Se realiza TAC craneal y se establece diagnóstico clínico/radiológico de otomastoiditis aguda. Se realiza miringotomía por parte de Otorrinolaringología

y se decide ingreso para antibioterapia intravenosa. A la exploración destacada despegamiento del pabellón auricular izquierdo con eritema retroauricular y dolor a la palpación de apófisis mastoides. Tímpano hiperémico y abombado, y adenopatías laterocervicales homolaterales. Resto normal. Tras 48 horas de antibioterapia intravenosa con Vancomicina y Ceftazidima persisten picos febriles por lo que se decide intervención quirúrgica. En TAC postquirúrgico se visualiza afectación del seno venoso transversal, por lo que se modifica la terapia antibiótica, continuando con la vancomicina y sustituyendo ceftazidima por Meropenem, que se mantiene hasta completar un total de 21 días con antibioterapia intravenosa. Cultivos de sangre y exudado ótico negativos. Buena evolución clínica/radiológica posterior.

Complicaciones. Ante un cuadro de mastoiditis que no evoluciona favorablemente deben descartarse complicaciones intratemporales (como el absceso subperióstico-cervical, parálisis facial, laberintitis o petrositis) o intracraneales (meningitis, tromboflebitis de los senos venosos, absceso epidural, empiema subdural o absceso temporal cerebral).

Sábado 16 de noviembre - Serie 6

Moderadores: Venancio Martínez Suárez y Aleida Ibáñez Fernández

71. TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO EN LA ENFERMEDAD DE POMPE. *Lozano Rincón L¹, Valladares Díaz AI¹, Hortelano López M¹, Jimenez Casso MS¹, Stanescu S², Moreno Tapia R², García-Trevijano L¹, Bartolomé Calvo G¹.* ¹Hospital General de Segovia. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción. La enfermedad de Pompe o glucogenosis de tipo II es una enfermedad rara, hereditaria y multisistémica producida por acumulación de glucógeno en los lisosomas debido a la deficiencia de la enzima α -glucosidasa ácida (GAA). Se distinguen dos formas clínicas: infantil e inicio tardío. La forma infantil causa una miopatía progresiva y a menudo mortal, aunque el espectro de gravedad es muy amplio; en la forma clásica los pacientes presentan miocardiopatía, hepatomegalia, debilidad e hipotonía. El diagnóstico se confirma mediante genética. Actualmente se dispone de un tratamiento enzimático sustitutivo (TES) que consiste en administración intravenosa de α -glucosidasa ácida recombinante humana (rhGAA). De cara a la respuesta al TES es imprescindible determinar el estado CRIM (material inmunológico con reactividad cruzada) mediante técnicas moleculares que detectan en sangre restos de GAA natural. El 25-30% son CRIM negativos (CN), lo que conlleva peor respuesta al tratamiento. El pronóstico en estos pacientes tratados mediante TES se correlaciona con la tasa de anti-rhGAA y puede mejorarse mediante tratamiento inmunomodulador.

Caso clínico. RNT, hermana fallecida a los 9 meses por enfermedad de Pompe, padres consanguíneos portadores, rechazado estudio prenatal. Ecocardiograma: miocardiopatía hipertrófica. Elevación de transaminasas y CPK. Estudio genético que confirma enfermedad de Pompe, estadio CN. Se inicia tratamiento con TES tras pauta de inmunomodulación con rituximab, metotrexate e inmunoglobulinas según protocolo de tercer nivel; aumento transitorio y leve de transaminasas durante la inmunomodulación y reacción cutánea con Rituximab (1ª dosis). TES bien tolerada, con adecuado desarrollo ponderoestatural e hipertrofia cardiaca estable.

Conclusiones. La enfermedad de Pompe infantil tiene un pronóstico fatal a corto plazo si no se diagnostica precozmente ni se inicia TES lo antes posible. En los pacientes CN es imprescindible administrar la pauta inmunomoduladora previa al TES, generalmente bien tolerada, aunque pueden observarse reacciones potencialmente graves (sobre todo con Rituximab), debiendo administrarse bajo monitorización continua.

72. **GLUCOGENOSIS DE DEBUT EN LACTANTE.** *Doval Alcalde P, Menéndez Bango C, Bernués López EM, Gómez Sáez F, Domínguez Sánchez P, García González M, Cuervas-Mons Tejedor M, Valencia Ramos J.* ¹Complejo Asistencial Universitario de Palencia. ²Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. La glucogenosis es un error congénito del metabolismo de herencia autosómica recesiva, con una incidencia de 1/100.000.

Caso clínico. Lactante varón de 5 meses de vida derivado desde un hospital comarcal a nuestra UCI pediátrica por hipoglucemia y disminución del nivel de conciencia. Asociaba hiporexia desde hacía un mes y dificultad respiratoria de horas de evolución. En el hospital de origen constatan acidosis metabólica (pH 6,95, Bicarbonato 4,6 mmol/L, EB -26,1) e hipoglucemia (5 mg/dL) graves. Administran bicarbonato, bolos correctores de suero glucosado y realizan estabilización respiratoria con aerosolterapia, corticoterapia e intensificación de soporte respiratorio hasta ventilación mecánica invasiva previa al traslado. A su llegada se encuentra en situación de shock con fracaso multiorgánico junto a datos de hiperlactacidemia (> 20 mmol/L) e hiperamonemia (166,5 μmol/L). Se estabiliza con expansión volumétrica (albúmina, bicarbonato y 40 cc/kg suero fisiológico) y se inicia perfusión de inotrópicos y vasopresores. Ante la sospecha de error congénito del metabolismo se pauta dieta absoluta iniciándose aportes de glucosa intravenosa para evitar el catabolismo proteico, así como tratamiento con cofactores vitamínicos e hidrocortisona. Los datos bioquímicos (hipoglucemia no cetósica e hipertransaminasemia) junto con hepatomegalia de 3-4cm hacen sospechar Glucogenosis tipo 1. El estudio genético confirmó posteriormente Glucogenosis tipo 1b. Fue dado de alta a los 2 meses con gastrostomía percutánea para evitar periodos prolongados de ayuno y con dieta exenta en galactosa y fructosa.

Comentario. La glucogenosis 1b se debe al déficit de glucosa-6-fosfatasa y característicamente puede asociar neutropenia. Es una enfermedad rara que se puede presentar como shock y fracaso multiorgánico. La principal causa de mortalidad es secundaria a hipoglucemias, por lo que un alto índice de sospecha en el diagnóstico es fundamental para mejorar el pronóstico de estos niños.

73. **LACTANTE CON SHOCK DESCOMPENSADO: COLEDOLITIASIS.** *Álvarez Álvarez A, Rodríguez Fernández S, Fernández Rodríguez H, Pérez Alba M, García Iglesias A, Rodríguez Lorenzo P, Valverde Pérez N, González Acero A.* Hospital Universitario de Cabueñes.

Introducción. La colelitiasis o litiasis biliar es una patología frecuente como hallazgo casual en la población pediátrica. La mayoría son asintomáticas y en torno al 40% idiopáticas. Existen factores de riesgo como cirugías cardíacas o abdominales, grandes prematuros, situaciones de colestasis crónicas, ayuno prolongado, nutrición parenteral prolongada y trasplante de órganos. También se considera precursor de pseudolitiasis o barro biliar el tratamiento con cefalosporinas de 3ª generación. En cuanto al tratamiento, en caso de síntomas o factores de riesgo será preciso valorar la necesidad de colecistectomía laparoscópica.

Caso clínico. Lactante mujer de 5 meses de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés. Acude al servicio de urgencias por irritabilidad, rechazo de la ingesta y encogimiento de piernas desde hace 12 horas. Puesta segunda dosis de la vacuna del rotavirus hace 48 horas. No otra clínica asociada. Exploración física: mal aspecto general con palidez generalizada, cutis marmorata, gradiente térmico hasta raíz de miembros y abundante sialorrea, resto normal. Resultados analíticos: ALT 221 U/L, AST 398 U/L, FA 289 U/L, resto normal; ecografía abdominal: hipocogenicidad perivesicular y colelitiasis múltiples.

Dilatación del colédoco (diámetro: 3,7 mm) observándose en su porción distal imagen compatible con coledocolitiasis. Se ingresa en planta de hospitalización a dieta absoluta y con antibioterapia empírica. Tras 24 horas de observación, asintomática. Control analítico: disminución del valor previo de transaminasas: ALT 124 U/L, AST 119 U/L; control ecográfico: colelitiasis múltiples, sin signos de colecistitis. Seguimiento en consultas de externas de Gastroenterología Infantil.

Comentario. La colelitiasis o litiasis biliar es infrecuente en la edad pediátrica. En los últimos años ha habido un aumento de su prevalencia debido al mayor uso de ecografía. La mayoría son hallazgos casuales en pacientes asintomáticos, que no requieren tratamiento y únicamente en caso de síntomas será necesario valorar el tratamiento quirúrgico.

74. **LA CELIAQUÍA GOLPEA DOS VECES. A PROPÓSITO DE UN... ¡DOS CASOS!** *Tamargo Cuervo A, González-Lamuño Sanchís C, López Iniesta S, Menéndez Arias C, Fuentes Martínez S, Álvarez Juan B, Robles Álvarez I.* Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción. La enfermedad celíaca (EC) es una patología multisistémica de naturaleza autoinmune, para cuyo desarrollo es indispensable la presencia de genética compatible e ingesta de gluten. Es posible que intervengan factores ambientales, como las infecciones recurrentes en los primeros meses de vida (a destacar el adenovirus y el rotavirus).

Caso clínico. Gemelos, varones, monocoriales biamnióticos de 11 meses, que ingresan por cuadro de diarrea crónica de 1,5 meses de evolución, con inicio simultáneo. Gemelo 1: Al ingreso: peso 6.380 kg (< (P/T: 0,09 (P1, -2,13 DE). Grado de malnutrición moderada (índice de Waterlow: peso 80,76%, y talla 91,28%). Gemelo 2: Al ingreso: peso 7.185 kg (P1, -2,22 DE), talla 68 cm (< 7-8 los desde ponderal Estancamiento 91,28%). talla y 90,95%, peso Waterlow: de (índice leve malnutrición Grado -1,16 DE). (P12, 0,11 T: P DE), -2,83>. Antecedentes personales: lactancia artificial, inicio de gluten a los 6 meses, correctamente inmunizados (incluido rotavirus). Coprocultivo: bacterias, virus (astrovirus, rotavirus, adenovirus y norovirus) y parásitos en heces: negativos. Serologías virus Epstein-Barr y citomegalovirus (CMV) negativos. Test del sudor negativo. El gemelo 1 presenta empeoramiento clínico precisando soporte nutricional por vía parenteral. A la espera de serología para la EC se amplía estudio mediante endoscopia digestiva alta con toma de biopsias duodenales con resultados compatibles con EC (Marsh 3C). Administrado tratamiento empírico a ambos con metronidazol oral. Tras constatar disminución del ritmo intestinal, se inicia, en ambos, nutrición enteral con fórmula oligomérica hipercalórica, con buena tolerancia, permitiendo iniciar dieta progresiva exenta en gluten y constatando ganancia ponderal.

Comentario. El diagnóstico de EC se basa en 4 pilares: clínica, serología, histología y genética. Si bien, ante un cuadro grave de diarrea asociado a malnutrición importante es necesario descartar otras causas susceptibles de tratamiento. En nuestro caso, el inicio simultáneo de una clínica tan agresiva obliga a considerar una posible patología infecciosa como desencadenante en individuos genéticamente predisuestos.

75. **SÍNDROME DE ALPORT: GLOMERULOPATÍA SEVERA QUE DEBUTA EN LA INFANCIA.** *Llorente Sanz B, Alonso Ferrero J, García Lamata O, Fraile García L, Urbaneja Rodríguez E, Pino Vázquez MA, González García H, Garrote Molpeceres R.* Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Objetivo. Conocer los pacientes diagnosticados de Síndrome de Alport (SdA) en nuestro hospital por tratarse de una glomerulopatía severa que conduce a enfermedad renal crónica (ERC).

Material/Métodos. Estudio descriptivo ambispectivo de las características de los pacientes diagnosticados de SdA en un hospital terciario entre 2015-2019. Revisión de historias clínicas.

Resultados. Se diagnosticaron 2 casos, ambas mujeres, no familiares, de 10 (Caso 1) y 12 años (Caso 2), respectivamente; remitidas a Nefrología pediátrica por hematuria macroscópica indolora recidivante constante, sin antecedentes traumáticos ni infecciosos. *AP:* sin interés para el proceso actual en ambos casos. *AF:* El Caso 1 tiene 2 tíos maternos afectados de hematuria no filiada. *EF:* En ambos casos completa por aparatos incluyendo TA normal para edad, sexo y talla. *Pruebas complementarias. Sistemático/sedimento urinario:* Caso 1: pH 5,5, D 1.015, hemáties 4+, proteínas 1+, resto negativo. Caso 2: pH 6, D 1.020, hemáties 4+, proteínas 1+, resto negativo. *Sedimento:* hemáties dismórficos con > 5% de acantocitos en ambos casos. *Urocultivos:* negativos. *Análítica sanguínea (función renal, gasometría), orina 24 h y coagulación:* normales en ambos casos. *FGe-Caso 1:* 114 ml/min/1,73 m²; *FGe-Caso 2:* 122 ml/min/1,73 m². *Serologías víricas:* negativas. *Estudio inmunológico (complemento, inmunoglobulinas):* normales. *Ecografía abdominal-doppler renal:* normales. Ante sospecha de hematuria glomerular se solicitó estudio genético de colagenopatías-Sd. *Alport:* Caso 1: heterocigosis de una variante patogénica ligada a X (gen COL4A5) tipo missense. Caso 2: mutación de novo en gen COL4A5. *Evolutivo:* Ambas diagnosticadas de SdA, tratadas con Losartán. *Estudios ORL y oftalmológico* normales. Seguimiento en Nefrología pediátrica.

Conclusiones. El SdA es una patología hereditaria por alteración del colágeno IV (cadenas $\alpha3/\alpha4/\alpha5$), proteína estructural de la membrana basal glomerular, ojos y oídos; secundaria a mutaciones en COL4A3, COL4A4 o COL4A5. Su síntoma cardinal es hematuria. Existe correlación genotipo-fenotipo según el tipo de mutación, con distinta evolución a ERC en edad adulta, pudiendo enlentecerse con un tratamiento precoz.

76. HIPERCALCEMIA Y ELEVACIÓN DE LA HORMONA PARATIROIDEA ¿SIEMPRE HIPERPARATIROIDISMO? López Casillas P¹, López Balboa P¹, Alfaro González M², García Castaño A³, Aguayo Calcena AA³, Bahillo Curieses MP¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Servicio de Pediatría. Hospital de Medina del Campo. ³Biocruces Bizkaia Health Research Institute, Hospital Universitario de Cruces.

Introducción. La hipercalcemia es un motivo infrecuente de consulta en pediatría respecto a la población adulta. La causa más frecuente es el hiperparatiroidismo primario (HPP), aunque existen otras causas con menor incidencia, siendo necesario realizar un correcto estudio para llegar al diagnóstico definitivo. Presentamos un caso con sospecha inicial de HPP, en el cual la revisión de la historia clínica y estudio analítico familiar cambió la sospecha inicial, con confirmación posterior gracias al estudio genético.

Caso clínico. Niña de 12 años remitida a nuestra unidad por presentar hipercalcemia de 12,4 mg/dl con PTH de 65,10 pg/ml para descartar HPP. No presenta antecedentes familiares ni personales de interés. Exploración física normal. Se revisan analíticas anteriores objetivándose niveles discretamente elevados de calcio. Se solicita analítica de orina de 24 horas con excreción urinaria de calcio disminuida (Ca_u/Cr_u 0,01 mg/mg). Ecografía cervical y abdominal normal. Ante estos hallazgos se realiza estudio analítico a la familia, con hallazgos bioquímicos idénticos en la madre y el abuelo materno. Se solicita estudio genético del gen CASR con detección en heterocigosis de la mutación c.659G>A (p.Arg220Gln) en el exón 4, confirmando el diagnóstico de sospecha de hipercalcemia hipocalciúrica familiar (HHF1).

Conclusión. La HHF es una entidad poco frecuente en la que tenemos que pensar ante una hipercalcemia mantenida asintomática con una PTH discretamente elevada o inapropiadamente normal asociada a hipocalciuria. Es importante el diagnóstico diferencial adecuado con el HPP, ya que el manejo terapéutico es diferente, habiéndose descrito tasas de paratiroidectomías innecesarias superiores al 20% en estos pacientes.

77. ¿UNA INFECCIÓN DE ORINA O ALGO MÁS? PSEUDOHIPALDOSTERONISMO TIPO I, A PROPÓSITO DE UN CASO. Morante Martínez D, Corpa Alcade A, Pérez Salas S, García Miralles LC, De La Mata Franco G, Blanco Barrio A, Del Blanco Gómez I, Urquiza Físico JL. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. La presencia en un lactante de hiponatremia e hiperkaliemia asociando fallo de medro nos puede orientar hacia la presencia de hipoadosteronismo, sin embargo no es la única causa identificable y otras entidades deben ser puestas en consideración

Caso clínico. Presentamos el caso de un lactante de 7 meses con fallo de medro y pérdida de peso aguda(5%). Asocia datos sugerente de infección del tracto urinario(confirmada posteriormente por urocultivo) y analítica con K 6,4 y Na de 121. En ese contexto iniciamos tratamiento corrector de hiperpotasemia y cobertura antibiótica. Ante sospecha de déficit de mineralocorticoidea ampliamos estudio objetivándose aldosterona mayor de 1.000 y ARP mayor de 6. Resto de pruebas solicitadas dentro de la normalidad

Discusión. Los datos presentados confirman la presencia de un pseudohipoaldosteronismo tipo I, entidad infrecuente en la población general, con mayor incidencia en los primeros meses de vida. La patogenia no está esclarecida, sin embargo la presencia de una resistencia tubular a la acción de la aldosterona en el contexto de una ITU u obstrucción del mismo ha sido descrita, teorizándose su origen en la acción inflamatoria secundaria a nivel tubular. Dichas alteraciones son reversibles una vez iniciado el tratamiento, siendo las recaídas raras. Nuestro caso presentaba una ITU asociando dilatación ureteral izquierda significativa y RVU grado III/IV, justificando dichos hallazgos el cuadro observado. Nuestro diagnóstico se confirmó ante la normalización posterior de la aldosterona, encontrándose actuamente el paciente asintomático y con ganancia ponderal adecuada

Conclusiones. El pseudohipoaldosteronismo tipo 1 debe tenerse en cuenta ante la presencia de datos de hiperpotasemia o pérdida renal de sodio en primera infancia. La detección de una infección de orina o presencia de una obstrucción asociado al mismo es clave pues la instauración de tratamiento revierte el cuadro, teniendo el mismo buen pronóstico.

78. PELIGROS DE LA HOMEOPATÍA. Pérez Alba M¹, Fernández Rodríguez H¹, Álvarez Álvarez A¹, Rodríguez Fernández S¹, García Iglesias A¹, Rodríguez Lorenzo P¹, Valverde Pérez N¹, Míguez Martín L². ¹Hospital de Cabueñes. ²Centro de Salud El Coto.

Introducción. La anemia es un motivo de consulta habitual en pediatría. Es más prevalente en lactantes y mujeres adolescentes. El diagnóstico se basa en la realización de una historia clínica detallada, un examen físico completo y un estudio analítico para filiar el tipo de anemia.

Caso clínico. Lactante de 11 meses derivado a urgencias por sospecha de ingestión no presenciada de pila de botón y deposiciones negras. Exploración física normal. Ingresó para estudio: radiografías de tórax y abdomen sin evidencia de cuerpo extraño; sangre oculta en heces y lavado gástrico sin restos hemáticos; analítica: hemoglobina (Hb) 9,9

g/dL, hierro 9 ug/dL, transferrina 2,72 g/L, ferritina 47 ng/mL; proteína C reactiva 24,4 mg/L; anticuerpos antitransglutaminasa negativos. Durante el ingreso asintomático con deposiciones normales. Control analítico a las 48 horas: Hb 10,2 g/dL, hierro 13 ug/dL, transferrina 2,62 g/L, ferritina 27 ng/mL. Alta a domicilio con diagnóstico de anemia ferropénica y tratamiento con hierro oral (3,5 mg/kg/día). Revisión a los 3 meses: asintomático, adecuada ingesta y deposiciones normales, persiste anemia con depósitos bajos de hierro. Se rehistoria a la madre, quien reconoce que le administran un preparado homeopático de sales divalentes. Se suspende este preparado y se realiza nuevo control a los 4 meses: Hb 12 g/dl, hierro 102 ug/dL.

Comentario. La anemia ferropénica evoluciona favorablemente con suplementos de hierro oral. En caso de persistencia de la anemia, pese a buen cumplimiento terapéutico y, habiendo descartado otras causas (infecciosas, pérdidas digestivas, etc.), se debe pensar en situaciones infrecuentes, como en este caso el uso de homeopatía.

79. ERITEMA FACIAL TRAS INGESTA DE FRUTA. Polo de Dios M¹, Romero García C¹, Clavero Esgueva MJ², Pellegrini Belinchón J², Domínguez Cendal G¹, García Salamanca YA¹. ¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. ²Centro de Salud Los Pizarrales. Salamanca.

Introducción. El Síndrome de Frey o Síndrome del nervio aurículo-temporal consiste en episodios autolimitados de eritema y/o sudoración en la región inervada por dicho nervio, desencadenados por estímulos gustativos, más frecuente con alimentos ácidos, al estimular el sistema parasimpático y simpático. Se han descrito casos tras infecciones, traumatismos o cirugías. En la edad pediátrica el antecedente de fórceps durante el parto. Tiende a la desaparición espontánea y no requiere pruebas complementarias ni tratamiento específico.

Caso clínico. Lactante de 6 meses de edad, que acude a su Pediatra por eritema autolimitado en región que abarca desde pabellón auricular hasta comisura labial, tras haber ingerido por primera vez una papilla de frutas. No sudoración, ni prurito, ni dificultad respiratoria ni otra sintomatología asociada. El eritema cede por completo en unos minutos tras la ingesta. Como antecedentes personales: Gestación controlada a término, parto instrumental con fórceps. Lactancia artificial exclusiva hasta los 5 meses y medio. Ante la sospecha de síndrome de Frey, se realiza en la consulta una prueba de provocación, ofreciéndole una papilla de fruta. Tras la ingesta de la misma, comienza con eritema lineal en región malar de forma unilateral, sin otra clínica asociada, cediendo en unos minutos. Ante la benignidad del cuadro se mantuvo una actitud expectante hasta su desaparición a los 2 meses.

Conclusiones. El síndrome de Frey es una entidad rara en Pediatría. Se realizará diagnóstico diferencial con las alergias alimentarias. Su diagnóstico es clínico, por lo que es importante pensar en ello para evitar pruebas y tratamientos innecesarios.

80. "NO TODO ES ECCEMA". Domínguez Cendal G, Villalón MC, Hernández Prieto A, González Calderón O, Polo De Dios M, García Lorente M, Sanz L, Alonso Díez C. Hospital Clínico de Salamanca.

Introducción. El síndrome de piel escaldada estafilocócica (SPEE) es una enfermedad dermatológica causada por exotoxinas producidas por *S. aureus*. La enfermedad cursa como un exantema cutáneo doloroso que culmina con el desprendimiento de la dermis superficial.

Caso clínico. Presentamos el caso de una niña de 5 años que consultó por empeoramiento de eccema cutáneo de 12 horas de evolución a pesar de la aplicación tópica de corticoides. Afebril, sin otra sintomatología. Constantes estables. A la exploración presenta placas eritematosas

con microvesículas en cuello, axila e ingles. Eritema periorificial, nikolsky negativo. No lesiones en mucosa oral ni palmo-plantares. Analítica sin alteraciones. Tras horas de observación en Urgencias y valoración por Dermatología se observa progresión de las lesiones, por lo que ante la sospecha de SPEE se decide ingreso y se inicia tratamiento con cloxacilina iv. Presenta pico febril a las 24 horas del ingreso por lo que en ausencia de resultado del exudado nasal y la posibilidad de SAMR se amplía cobertura antibiótica con clindamicina. La evolución fue favorable con desaparición del enantema al 3º día y descamación furfurácea craneo-caudal, siendo dada de alta tras 5 días de antibioterapia. El resultado del exudado nasal fue positivo para *S. aureus* sensible a cloxacilina. Se inició tratamiento a los convivientes con mupirocina nasal durante 5 días.

Conclusiones. El SPEE parece ser más frecuente en los últimos años y debe sospecharse en un niño con eritrodermia aguda y afectación conjuntival o peribulcal. El tratamiento con cloxacilina consigue la curación sin secuelas. No debemos olvidar, que el progresivo aumento de *Staphylococcus aureus* meticilín resistentes (SAMR) y el mecanismo fisiopatológico de esta enfermedad hacen de los antibióticos bacteriostáticos de espectro antiestafilocócico, como la clindamicina, firmes candidatos para ser considerados como arsenal terapéutico de primera línea en el tratamiento.

Sábado 16 de noviembre - Serie 7

Moderadores: Ignacio Carvajal Urueña y José Antonio Villegas

81. TERATOMA QUÍSTICO OVÁRICO DE GRAN TAMAÑO: A PROPÓSITO DE UN CASO. Fraile García L¹, López Balboa P¹, Moreno Carrasco JL², Herraiz Cristóbal R², González García H², Miguez Fortes L³, Sánchez Abuín A³, Molina Vázquez ME³. ¹Servicio de Pediatría, ²Unidad de Onco-Hematología Infantil, ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción. Los tumores ováricos son infrecuentes en Pediatría, representando entre 1-5% de los tumores infantiles. Afectan fundamentalmente a mujeres entre 9 y 12 años. El tipo histológico más frecuente es el teratoma, derivado de las células germinales. Suele manifestarse como dolor, distensión abdominal y masa palpable. El diagnóstico se basa en pruebas de imagen, marcadores tumorales y estudio anatomopatológico, y la actitud terapéutica varía dependiendo de la naturaleza y el grado de extensión.

Caso clínico. Mujer de 13 años, sin antecedentes de interés, derivada a consulta de Onco-Hematología Infantil por masa abdominal. Refiere distensión abdominal progresiva desde hace 2 años, no dolorosa. No otra sintomatología. Exploración física: abdomen globuloso y distendido aunque depresible, resto normal. Se decide ingreso para ampliación de estudio (analítica sanguínea, incluyendo marcadores tumorales - CEA, b-HCGy a-fetoproteína) sin alteraciones significativas, así como ecografía abdominal (masa quística centroabdominal de 23.6 cm x 12.7 cm desde epigastrio a hipogastrio) y RMN abdominal (gran tumoración quística de origen ovárico izquierdo, que ocupa la práctica totalidad de la cavidad abdominal y ocasiona importante efecto masa). Se decide intervención quirúrgica mediante laparotomía media supra-infraumbilical con vaciado de 6 litros de líquido en parte quística y exéresis total de la masa restante, preservando trompa izquierda. Diagnóstico anatomopatológico de teratoma quístico maduro de ovario, sin precisar tratamiento postquirúrgico adicional. Actualmente asintomática, en seguimiento en consulta de Onco-Hematología Infantil con controles analíticos y ecográficos seriados sin alteraciones.

Comentario. El crecimiento lento de estos tumores puede retrasar el diagnóstico, como el caso de nuestra paciente. A pesar de la rareza de los tumores ováricos en la edad pediátrica, debemos tenerlos presentes en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal y/o de masa abdominopélvica en Pediatría, para poder actuar precozmente y preservar en lo posible la fertilidad de la paciente.

82. RABDOMIÓLISIS AGUDA SECUNDARIA A HIPOTERMIA Y EJERCICIO FÍSICO, UNA ETIOLOGÍA INFRECUENTE EN PEDIATRÍA. *Álvarez Fernández ML, Benavent Torres R, González Martínez S, Martínez Sáenz De Jubera J, Fernández Fernández M. Complejo Asistencial Universitario de León.*

Introducción. Presentamos el caso de un niño de 13 años con hipotermia y mialgias en miembros inferiores tras desaparecer mientras realizaba una ruta en los Picos de Europa.

Caso clínico. A su llegada a Urgencias, nuestro paciente presenta una deshidratación moderada y en la exploración física, mialgias en miembros inferiores con imposibilidad para la deambulación. En Urgencias, se administra pauta de rehidratación rápida y se extrae analítica, donde presenta una alteración en la función renal (urea de 45 mg/dl y creatinina de 1,05 mg/dl) y CK de 25.439 U/L. Se solicitan gasometría venosa, análisis de orina y electrocardiograma que son normales. Se decide su ingreso hospitalario con fluidoterapia intravenosa a 1.5 necesidades basales y se le realizan controles analíticos con progresiva normalización de la función renal y disminución de la CK hasta un valor previo al alta de 2.388 U/L. En los hemogramas de control realizados durante el ingreso destaca una leve leucopenia (3.800/ μ l) y trombopenia (120.000/ μ l), sin repercusión clínica.

Comentarios: La rabdomiolisis es un síndrome de etiología variable, aunque la asociación de hipotermia y ejercicio físico es una etiología infrecuente en la población pediátrica donde las infecciones son la causa más frecuente. Su principal complicación es el fallo renal agudo, sobre todo con cifras mayores de CPK, por lo que debemos prestar especial atención al manejo clínico de la rabdomiolisis. Los pacientes suelen responder favorablemente al tratamiento con fluidoterapia intravenosa. En nuestro caso, nuestro paciente presentó una buena evolución clínica con disminución progresiva de los parámetros de función renal y de la creatinfosfocinasa, siendo dado de alta tras cinco días de ingreso hospitalario.

83. SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE EN PEDIATRÍA. *Quesada Colloto P, García Sánchez P, Hernández Peláez L, Fernández Castiñeira S, Díaz Anadón LR, Carnicero Ramos S, Gadañón García A. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Introducción. El Síndrome de Dolor Regional Complejo (SDRC) es una enfermedad rara, siendo excepcional en la edad pediátrica. Se trata de un dolor continuo desproporcionado, normalmente en relación con un evento desencadenante, que puede ocasionar una importante limitación funcional.

Caso clínico. Niña de 9 años que consulta por traumatismo en pie derecho jugando al fútbol. Se realiza radiografía, informada como normal, siendo diagnosticada de contusión. Tres semanas más tarde, consulta de nuevo por persistencia del dolor. Se realizan nuevas pruebas de imagen (ecografía y radiografía de pie), observando signos sugestivos de fractura por estrés del primer cuneiforme del pie derecho, por lo que se inmoviliza durante cuatro semanas con una bota de yeso. Dos semanas después de la retirada de la inmovilización, la niña refiere persistencia del dolor, asociando episodios de edema e inflamación

de pie y tobillo. Se decide repetir la radiografía, en la que se aprecia osteopenia de los huesos de medio y antepié, que junto con la clínica, sugiere el diagnóstico de SDRC. Para descartar otras posibles causas, se solicita valoración por Reumatología, donde se realizan las siguientes pruebas complementarias:

- Hemograma y bioquímica, metabolismo calcio-fósforo, TSH y coagulación normales.
- Autoinmunidad negativa.
- Ecografía pie: normal.

Una vez descartadas otras causas, sumado al cumplimiento de los criterios de Budapest, se diagnostica de SDRC. La niña es derivada al servicio de Rehabilitación. Se inicia tratamiento con fisioterapia, neuroestimulación y parches de anestésico local, presentando mejoría significativa hasta encontrarse asintomática.

Conclusiones. Debemos sospechar el diagnóstico de SDRC ante un dolor persistente y desproporcionado en ausencia de otro diagnóstico que explique mejor los signos y síntomas. En la edad pediátrica es más frecuente en niñas y localizado en extremidades inferiores.

84. DOLOR INGUINAL: UN DIAGNÓSTICO INESPERADO. *Fuentes Martínez S, Terroba Seara S, Andrés Andrés AG, Álvarez Juan B, Tamargo Cuervo A, Robles Álvarez I. Hospital Universitario de León.*

Introducción: El diagnóstico diferencial del dolor inguinal en niño incluye la patología testicular, de la cadera, las infecciones de orina y las adenopatías locales.

Caso clínico. Niño de 6 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por dolor inguinal derecho de 4 días de evolución, aumenta con los movimientos y alivia con reposo y analgesia. Caída accidental en bicicleta hace 7 días. Asocia fiebre, vómitos y orinas oscuras. En la exploración destaca zona edematosa, blanda, depresible, no eritematosa en raíz de extremidad inferior derecha. Lesión cutánea eritematosa y caliente, compatible con picadura en tercio inferior de pierna derecha. Presenta dolor a la movilización de la articulación coxofemoral derecha con ligera limitación a la abducción y discreta cojera. La familia señala varios casos de tularemia en lugar de vacaciones. Se realiza analítica sanguínea (normal) y ecografía de partes blandas donde se identifica adenopatía femoral, sin derrame articular. Dado antecedente epidemiológico, se decide ingreso para antibioterapia intravenosa con gentamicina y amoxicilina-clavulánico, previa extracción de serologías y hemocultivo. Se confirma infección por Francisella tularensis, con mejoría progresiva tras antibioterapia.

Comentario. La tularemia es una infección zoonótica causada por Francisella tularensis, cuyo contagio humano se produce tras el contacto con animales infectados o vectores de invertebrados. Las manifestaciones clínicas de la infección por Francisella generalmente tienen un inicio abrupto con síntomas inespecíficos, como fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, exantema o adenopatías después de un período de incubación de tres a cinco días. Los antecedentes de exposición animal (particularmente animales salvajes) o picaduras de insectos, así como los viajes al extranjero, deben aumentar la sospecha de tularemia. Debido a que la confirmación del laboratorio puede retrasarse, la sospecha inicial es motivo suficiente para iniciar antibioterapia empírica con gentamicina o estreptomocina, como ocurrió en nuestro caso.

85. ENFERMEDAD DE LEMIERRE. *Pañeda García C, Pérez Gavilán C, Corchete Cantalejo M, Pérez Gutiérrez E, Cano Garcinuño A, Alcalde Martín C, Vegas Álvarez A, Centeno Malfaz F. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. La enfermedad de Lemierre consiste en una tromboflebitis séptica de la vena yugular. Esta condición ocurre generalmente en el contexto de una infección orofaríngea y afecta fundamentalmente a adultos jóvenes. A continuación, se presenta el caso de una paciente con enfermedad de Lemierre secundaria a una otomastoiditis.

Caso clínico. Niña de 5 años que acude a urgencias por fiebre de 7 días de evolución, de hasta 40°C, a tratamiento en los últimos tres días con azitromicina. Es alérgica a penicilinas y se le han extirpado amígdalas y adenoides. Destaca en la exploración la alteración del aspecto, con cutis marmorata, y la dificultad para la movilización cervical. Analíticamente presenta leucocitosis con elevación de reactantes de fase aguda. La paciente ingresa para iniciar antibioterapia empírica con clindamicina. Se realiza TC cervical en la que se observa un defecto de opacificación en la vena yugular derecha con realce parietal que se extiende hasta seno sigmoides, así como una opacificación de celdillas mastoideas ipsilaterales. Se establece el diagnóstico de tromboflebitis yugular séptica por lo que se inicia antibioterapia intravenosa con metronidazol, vancomicina y meropenem (prick test negativo), anticoagulación con HBPM y se programa mastoidectomía. No se detectan alteraciones inmunes ni de la coagulación, tampoco lesiones pulmonares compatibles con émbolos sépticos. No se obtiene crecimiento en ninguno de los cultivos microbiológicos realizados. Tras 21 días de terapia antibiótica intravenosa y ante la buena evolución clínico-radiológica se pasa a antibioterapia oral con Levofloxacino y Metronidazol que se mantienen al alta.

Comentarios. Aunque el origen más frecuente de la enfermedad de Lemierre es faríngeo, otras infecciones en cabeza y cuello pueden desencadenar una tromboflebitis yugular. La principal complicación consiste en la formación de émbolos sépticos, sobre todo a nivel pulmonar, por lo que una vez establecida la sospecha clínica debe iniciarse antibioterapia empírica precoz con actividad frente anaerobios. El uso de anticoagulantes es controvertido y debe individualizarse en cada caso.

86. HIPERTERMIA MALIGNA: UN RETO DIAGNÓSTICO. Pérez Salas S¹, Doval Alcalde P, Valencia Ramos J¹, García González M², Gutiérrez Delgado JM², Jiménez Escobar V², Garrido Uriarte RM², Sáenz Moreno P. ¹Hospital Universitario de Burgos. ²Hospital San Pedro.

Introducción

La hipertermia maligna es una enfermedad genética que aparece en personas susceptibles expuestas a un anestésico inhalatorio volátil y/o un relajante muscular despolarizante (succinilcolina). Su incidencia se estima en 1/100.000 anestesiados, alcanzándose hasta un 80% de mortalidad sin tratamiento. Se manifiesta como una crisis hipermetabólica produciendo contracción muscular y rhabdomiolisis, hipermetabolismo celular, metabolismo anaerobio y acidosis.

Caso clínico. Presentamos el caso de una niña de 6 años con otitis media serosa, sin otros antecedentes de interés, en la que se programa adenoidectomía y colocación de drenajes transtimpánicos bajo anestesia general con sevoflurano. Al final del acto quirúrgico se observa elevación brusca del carbónico sin causa aparente y sin respuesta a las medidas de hiperventilación así como elevación de la temperatura corporal (39,7°C). Ante la sospecha de hipertermia maligna se suspende el gas y se administra una primera dosis de dantroleno, que se repite previo al traslado a la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) de referencia. En la UCIP permanece bajo monitorización y tratamiento con hiperhidratación y pauta de dantroleno a 1 mg/kg/dosis que se suspende al tercer día previo al alta. Durante las primeras 24 horas se alcanzan valores máximos de CPK (74541 UI/L). La evolución clínica es favorable con descenso progresivo de las enzimas de lisis muscular.

Rehistoriando a la familia, el padre refiere haber sido estudiado por elevación asintomática de CPK. Se inician trámites de estudio genético pendientes de resultado en momento actual.

Conclusiones. La hipertermia maligna suele manifestarse con taquicardia sinusal, hipercapnia y aumento brusco de la temperatura. Aunque sea poco frecuente, la mitad de los casos aparecen durante las dos primeras décadas de la vida. Su escasa incidencia y el mal pronóstico que conlleva la ausencia de su tratamiento, hacen de esta entidad un reto diagnóstico.

87. APROXIMACIÓN A LOS TRASTORNOS HEMORRÁGICOS HEREDITARIOS. Pérez Salas S, Menéndez Bango C, Del Blanco Gómez I, Cuervas-Mons Tejedor M, Oyágüez Ugidos PP, Gómez Sánchez E, Valencia Ramos J, Portugal Rodríguez R. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción. En un niño aparentemente sano con un sangrado de aparición espontánea o por mínimos traumatismos es necesario descartar un trastorno hemorrágico hereditario. El más frecuente es la enfermedad de von Willebrand (EVW) que cursa con sangrados mucocutáneos. Se debe al déficit cuantitativo o cualitativo del factor de von Willebrand (FVW), responsable de la adhesión plaquetaria y el transporte plasmático del factor VIII (FVIII). Hay que diferenciarlo de la hemofilia (déficit del FVIII) que cursa con hemartros y sangrado en tejidos blandos. Ambas tienen FVIII bajo y tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA) alargado, por lo que es necesario determinar los niveles y función del FVW para el diagnóstico diferencial.

Caso clínico. Lactante varón de 7 meses con sangrado profuso de la cavidad oral por sospecha de desgarro del frenillo labial con anemización grave (hemoglobina 3,9 mg/dl), asociando TTPA alargado (51,5 sg) y FVIII 2%, con FVW pendiente de resultado. Antecedente familiar de coagulopatía (creen que hemofilia). Se transfunde plasma fresco congelado con cese del sangrado y ascenso del FVIII, siendo dado de alta con sospecha de Hemofilia A. Reingresa cinco días después por resangrado, precisando administración de FVIII cada 8 horas a pesar de lo cual persiste bajo en controles sucesivos. En este momento recibimos el resultado pendiente del FVW con alteración cuantitativa y cualitativa grave del mismo. Ante el cambio diagnóstico (EVW) recibe complejo de FVW-FVIII con cese del sangrado. Rehistoriando a la familia, refieren una prima diagnosticada de EVW tipo 2B.

Conclusión. Los dos trastornos hemorrágicos hereditarios más frecuentes son la enfermedad de von Willebrand y la hemofilia A. Es fundamental recoger la historia familiar de sangrados. El diagnóstico diferencial de ambas entidades es muy difícil solo con la clínica, precisando estudio cuantitativo y cualitativo de factores de coagulación afectos.

88. LINFOMAS ¿CÓMO DIFERENCIARLOS DE UNA ADENITIS DE CAUSA INFECCIOSA? Fernández López A, Fernández Morán E, García Fernández S, Antomil Guerrero B, Díaz García P, Garrido García E. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La principal causa de adenopatías en la infancia son las infecciones. La incidencia de adenopatías de origen maligno es inferior al 1%, siendo las leucemias, los linfomas y las metástasis las más frecuentes. En general, el pronóstico es bueno, con tasas de supervivencia a los 5 años superiores al 85%.

Caso clínico. Varón de 13 años que acude a urgencias por aparición brusca de una masa cervical derecha dolorosa, en contexto de OMA ipsilateral a tratamiento con amoxicilina-clavulánico, resto de exploración normal. Fue ingresado en dos ocasiones, recibiendo corticoterapia inicial

y antibioterapia intravenosa con cloxacilina, amoxicilina-clavulánico, clindamicina y cefotaxima, con escasa respuesta. Los estudios analíticos mostraron de forma persistente leucocitosis y aumento de reactantes, con resto de parámetros en rango. En el exudado nasofaríngeo de virus se aisló un Adenovirus. Se solicitaron serologías, ecografías, radiografía de tórax, Mantoux y quantiferon, sin hallazgos significativos. Ante la persistencia de la clínica, la buena respuesta a esteroides y la aparición de picos febriles nocturnos, se realizó biopsia escisional de los ganglios linfáticos cervicales. Finalmente se confirmó el diagnóstico de linfoma no Hodgkin anaplásico de células grandes en estadio IVBs, con evidencia de infiltración ganglionar supra e infradiaphragmática, de médula ósea y esplénica confirmada mediante PET-TAC.

Conclusión. Las adenopatías cervicales representan las adenopatías localizadas más frecuentes, una exhaustiva anamnesis y exploración física, seguido de un estudio escalonado de la misma son claves para su diagnóstico. Ante el hallazgo de una adenopatía con mala evolución, se ha de valorar la realización directa de biopsia para descartar un proceso subyacente, como infecciones por micobacterias o neoplasias.

89. EL TUMOR DE CÉLULAS DE SERTOLI. A PROPÓSITO DE UN CASO. *Buendía de Guezala A, Tardaguila Calvo AR, López López AJ, Simal Badiola I Fernández Jimenez MI, De Diego García EM, López Fernández C. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. Los tumores testiculares suponen tan sólo el 1-2% de los tumores sólidos en la infancia. El tumor de células de Sertoli es de los menos frecuentes (<5%). La mayoría de ellos debuta como una masa escrotal indolora, siendo fundamental la ecografía para su diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico.

Caso clínico. Lactante de 3 meses, prematuro de 36 semanas, que acude a su pediatra de AP, por aumento de tamaño escrotal derecho asintomático de varios días de evolución. Ante la sospecha clínica de hidrocele el pediatra solicita ecografía testicular, donde se objetiva un aumento del tamaño testicular a expensas de tumoración hipoecogénica con formaciones quísticas, con sospecha de tumor del seno endodérmico. Ante esta sospecha se completa estudio con radiografía y ecografía abdominopélvica, sin hallazgos, y analítica con marcadores tumorales: bHCG < 2 mU/mL y AFP 373 ng/mL. Ante la alta sospecha de malignidad se decide realizar orquiectomía inguinal radical preservando integridad de túnica albugínea, con colocación de prótesis. El estudio anatomopatológico muestra un tumor de células de Sertoli sin infiltración de estructuras adyacentes. Se realiza en este momento TAC toracoabdominal para estadiaje, sin afectación metastásica, por lo que no precisa tratamiento adyuvante. Actualmente, en seguimiento ecográfico y analítico, sin evidencia de recaída.

Conclusiones. La ecografía ha demostrado ser la prueba fundamental para el diagnóstico diferencial de lesiones testiculares. Los AFP es difícil de interpretar en los primeros meses de vida por su elevación fisiológica y la falta de tablas estandarizadas en función de la edad gestacional, siendo la prematuridad otro factor que afecta a su interpretación. A pesar de todo sigue siendo esencial para la toma de decisiones. La prótesis testicular se puede colocar en el mismo acto quirúrgico de manera segura.

90. LO QUE ESCONDE UN BALONAZO: HEPATOBLASTOMA DE ALTO RIESGO. *Santamaría Sanz PI, Bolea Muguruza G, Morante Martínez D, Galvañ Félix Y, Mateos Benito AF, Portugal Rodríguez R, Gabaldón Pastor D, Gómez Sánchez E. Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Burgos.*

Introducción. El hepatoblastoma es un tumor hepático maligno, supone el 1% de todos los tumores en la infancia, representando dos tercios de los tumores hepáticos primarios. El 90% de los casos aparece antes de los 5 años, siendo más frecuente en niñas. El manejo requiere tratamiento quimioterápico con evaluación posterior previa a hepatectomía parcial o trasplante.

Caso clínico. Niña de 8 años originaria de Ecuador, sana, que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) por shock hemorrágico masivo tras traumatismo en región epigástrica (por un balonazo). Se estabiliza en UCIP, realizándose TC toraco-abdominal, visualizándose una masa en lóbulo hepático izquierdo que precisa laparotomía de urgencia para control del sangrado. Se realizan biopsias de la masa abdominal y se inicia estudio: transaminasas normales, alfa-feto-proteína (AFP) máxima de 31483 ng/ml y resonancia magnética (RM) con visualización de masa en lóbulo hepático izquierdo en segmentos II, III y IV de dimensiones 75x65x79 mm con implantes tumorales en cápsula esplénica, polo superior renal y glándula suprarrenal izquierda, sin metástasis a distancia y en contacto con elementos vasculares. El estudio anatomopatológico es compatible con hepatoblastoma de alto riesgo (tipo epitelial, patrón fetal, mitóticamente activo), con clasificación final PRETEXT II, C0E3H1M0N1P1V2. Se inicia tratamiento con quimioterapia según esquema SIOPEL 4 de hepatoblastoma de alto riesgo (doxorubicina y cisplatino). Actualmente ha finalizado dos ciclos de quimioterapia, presentando descenso de niveles de AFP hasta 6660 ng/ml y reducción del volumen tumoral. Está pendiente de administración del tercer bloque de quimioterapia y valoración quirúrgica para resección del tumor (hepatectomía parcial).

Conclusiones. El hepatoblastoma es un tumor infrecuente en la infancia. El caso presentado es atípico por la edad de la paciente (niña de 8 años) y por debutar al diagnóstico con rotura tumoral con hemorragia masiva, siendo además dos factores de alto riesgo. Es importante el manejo multidisciplinar en el diagnóstico y tratamiento en este tipo de tumores.

91. SÍNDROME DE MARFAN DE APARICIÓN TEMPRANA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS. *Fraile García L¹, Rellán Rodríguez S², Sánchez Sierra MN³, Vega Gutiérrez ML³, Matias Del Pozo V⁴, Bahillo Curieses P¹. ¹Servicio de Pediatría, ²Unidad de Cardiología Infantil, ⁴Unidad de Neonatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ³Pediatría, Centro de Salud Pilarica. Valladolid.*

Introducción. El Síndrome de Marfan (SMF) es un trastorno sistémico del tejido conectivo, de herencia autosómica dominante, causado por mutaciones en el gen de la fibrilina 1 (FBN1). Afecta a 1 de cada 10.000 nacidos vivos, sin preferencia de sexo y se asocia a manifestaciones clínicas oculares, esqueléticas y cardiológicas fundamentalmente.

Casos clínicos. Caso 1: Neonato mujer de 1 mes y 11 días de vida derivada a consulta de Cardiología Infantil desde un hospital comarcal por aracnodactilia. Antecedentes personales: Embarazo procedente de fecundación in vitro mediante ovodonación. Asintomática desde el punto de vista cardiovascular. En ecocardiogramas seriados se constata una dilatación de la raíz aórtica progresivamente creciente. Se solicita estudio genético con resultado positivo para duplicación en tándem en los exones 43-44 del gen FBN1, compatible con síndrome de Marfan. **Caso 2:** Neonato varón de 25 días de vida derivado a consulta tras hallazgo de dilatación leve de la raíz aórtica en ecocardiograma al nacimiento. Antecedentes: Padre con diagnóstico de Marfan y dilatación de raíz aórtica intervenida quirúrgicamente en dos ocasiones. Asintomático desde el punto de vista cardiovascular. Sin hallazgos exploratorios de interés. Ecocardiograma con ligera dilatación de la raíz aórtica. Se rea-

liza asimismo estudio genético con resultado positivo para mutación familiar en FBN1. En ambos casos se descarta afectación ocular y se inicia seguimiento estrecho junto con tratamiento con losartán.

Comentario. La principal causa de mortalidad en los pacientes con SMF es la dilatación, disección y la rotura de la raíz aórtica, lo que obliga

a realizar revisiones periódicas de por vida en estos pacientes mediante ecocardiografía u otras modalidades de imagen. Ensayos clínicos recientes han demostrado que la terapia con losartán, un bloqueante del receptor tipo 1 de la angiotensina, ralentiza significativamente la tasa de dilatación de la raíz aórtica.

Programa Científico



XXXII MEMORIAL GUILLERMO ARCE Y
ERNESTO SÁNCHEZ-VILLARES
OVIEDO, 15 Y 16 DE NOVIEMBRE DE 2019

VIERNES, 15 DE NOVIEMBRE DE 2019

- 14.30 Entrega de documentación
Planta 0
- 15.00 COMUNICACIONES ORALES Y
PRESENTACIÓN DE POSTERS
Planta -1
- 17.00 *Pausa café*
- 17.30 INAUGURACIÓN OFICIAL
Salón de Actos
- 18.00 ENTREGA DE LA MEDALLA DEL MEMORIAL
AL PROF. JOSÉ BLAS LÓPEZ SASTRE
Salón de Actos
Presentación: G. Solís Sánchez
• Conferencia. **Prof. J.B. López Sastre**
- 18.30 MESA REDONDA. FORMACIÓN MIR: ¿ES
NECESARIA UNA REVOLUCIÓN?
Salón de Actos
Moderador: J. Rodríguez Suárez
Ponentes:
• **I. Mora Gandarillas**
• **R. Velasco Zúñiga**
• **L. Álvarez-Granda, L. Guerra**

- 21.30 Encuentro informal
Hotel AC Oviedo Fórum
Plaza de los Ferroviarios, 1.
33003 Oviedo

SÁBADO, 16 DE NOVIEMBRE DE 2019

- 08.30 COMUNICACIONES ORALES Y
PRESENTACIÓN DE POSTERS
Planta -1
- 09.30 TALLERES
• Lactancia materna. Sala 3 y Sala 6
M. Costa Romero, L. San Feliciano Martín
• Nutrición del pre y escolar. Sala 7
**M. Suárez, J. García-Cosío Fernández,
A. García-Cosío Fernández**
• Avances de la diabetes mellitus para pediatras:
bombas, sensores continuos y otras novedades.
Sala 4
C. Rodríguez Dehli, R. García García
- 09.30 REUNIÓN GRUPOS DE TRABAJO
Patronato de la Fundación Ernesto Sánchez Villares
y Comité del Memorial. Sala 5
- 11.00 *Pausa café*

- 11.30 MESA REDONDA.
NOVEDADES EN ENDOCRINOLOGÍA
INFANTIL
Salón de Actos
Moderadora: I. Riaño Galán
Ponentes:
- Y... ¿qué hacemos con esta TSH alta?
B. Huidobro Fernández
 - Diversidad de género en la infancia y la
adolescencia: una mirada ética
I. del Río Pastoriza

- 13.00 CONFERENCIA DE CLAUSURA
Salón de Actos
- Azúcares en la alimentación infantil.
J.J. Díaz Martín

- 14.00 ENTREGA DE PREMIOS Y CLAUSURA DEL
MEMORIAL
Salón de Actos