

33 Congreso Nacional SEPEAP 2019

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE PEDIATRÍA
EXTRAHOSPITALARIA Y
ATENCIÓN PRIMARIA



HOTEL BEATRIZ TOLEDO

TOLEDO

17/19 OCTUBRE

XXXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Junta Directiva de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

Presidente:	Fernando García-Sala Viguer
Vicepresidente:	Francisco Javier Pellegrini Belinchón
Secretario:	Cristóbal Coronel Rodríguez
Tesorero:	Anselmo Hernández Hernández
Presidente de Honor:	José del Pozo Machuca
Vocales Nacionales:	Belén Aguirrezabalaga González M ^a Ángeles Learte Álvarez Reyes Mazas Raba Begoña Pelegrín López

Directora Revista Pediatría Integral:	Inés Hidalgo Vicario
Subdirectores Pediatría Integral:	Josep de la Flor i Brú Teresa de la Calle Cabrera
Director Página Web:	Javier López Ávila

Vocales regionales SEPEAP

Andalucía occidental-Extremadura:	Blanca González García-Mier	Castilla-La Mancha:	José Luis Grau Olive
Andalucía oriental:	Juan Manuel González Pérez	Cataluña:	Josep de la Flor i Brú
Aragón-La Rioja-Soria:	M ^a Isabel Lostal	Galicia:	Manuel Sampedro Campos
Asturias-Cantabria-Castilla-León:	Montse Matilla Barba	Navarra:	Raimon Pèlach Pániker
Baleares:	Edelmiro Verges Aguiló	Madrid:	Gema García Ron
Canarias-Las Palmas:	Gonzalo Cabrera Roca	Murcia:	Ángela Casquet Barceló
Canarias-Tenerife:	Isabel Miguel Mitre	Valencia:	Ramona Mínguez Verdejo

Fundación Prandi

Presidente:	José Luis Bonal Villanova
Vicepresidenta:	María Prandi Chevalier
Secretaria:	María Ángeles Learte Álvarez
Patronos:	Fernando García-Sala Viguer Venancio Martínez Suárez Ángela Casquet Barceló María Prandi Chevalier

Comité Organizador

Presidente Honorífico del Congreso:	José Luis Grau Olivé
Presidente Comité organizador:	Jesús García Pérez (Madrid)
Vicepresidente:	Gema García Ron (Madrid)
Vocales:	Félix Notario Herrero (Albacete) Fernando Malmierca Sánchez (Salamanca) Juan Antonio González Mateos (Ciudad Real) Eloy Galiano Fernández (Ciudad Real)

Comité Científico

Presidente:	Jorge Martínez Pérez (Madrid)
Vocales:	Esperanza Carvajal Alonso-Barajas (Ciudad Real) Raquel Villarino Hita (Toledo) Fabio Morales Arroyo (Ciudad Real) Concepción Pérez Pérez (Ciudad Real)

XXXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Junta Directiva de la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla la Mancha

Presidente:	Fernando Sánchez Perales
Vicepresidenta 1ª:	Ana Isabel Cristina de la Torre
Vicepresidente 2º:	Juan Ríos Laorden
Secretario general:	Jorge Olivares Ortiz
Tesorera:	Ana Isabel Maderuelo Sánchez
Vocal por Albacete:	Antonio Javier Cepillo Boluda
Vocal por Ciudad Real:	Eloy Galino Fernández
Vocal por Cuenca:	Ana Isabel Maraña Pérez
Vocal por Guadalajara:	Gonzalo Galicia Poblet
Vocal por Toledo:	Begoña Losada Pinedo
Vocales por Madrid:	Pablo Morillo Carnero María Julia Álvarez Gómez
Vocal Hospitalario:	Sylvia Belda Hofheinz
Vocal Extrahospitalario y de Atención Primaria:	María Luz Peralta Ibáñez
Vocal de Residentes:	Raquel Villarino Hita
Vocal de Formación Continuada:	Begoña Arias Novas
Vocal de Socios Jubilados:	José María Jiménez Bustos
Vocal de Comunicación, Redes Sociales y Página Web:	Eduardo Jesús Bardón Cancho

Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria de Castilla la Mancha

Presidente:	José Luis Grau Olivé
Vicepresidente:	Miguel Sarrión Cano
Secretario:	Juan Antonio González Mateos
Vicesecretario:	Félix Notario Herrero
Tesorero:	Fabio Morales Arroyo
Vocal por Albacete:	Lorenzo Boira Sanz
Vocal por Ciudad Real:	José Cabrerizo Martínez
Vocal por Cuenca:	Francisco de Gracia Zorrilla
Vocal por Guadalajara:	Ignacio Adrados Razola
Vocal por Toledo:	Mª Rosario Montero Martín

CARTA DE BIENVENIDA



Estimados amigos y colegas:

Como cada año, SEPEAP congregará a los mejores especialistas de la Pediatría, que por medio de Conferencias Magistrales, Simposios, Talleres y Encuentros con el Experto, aportarán sus vastos conocimientos, contribuyendo así al desarrollo profesional de cada uno de los asistentes, en foros que permitirán además el intercambio de experiencias.

Hemos elaborado un Programa Científico de alta calidad académica, que abarcará importantes temas de las diferentes disciplinas de la pediatría, lo cual en esta época de acelerados cambios en el conocimiento, de innovación en la tecnología médica y de masificación en el uso de los medios digitales, se convierte en todo un reto. Otra parte muy importante de este Programa, son los trabajos científicos, producto de las investigaciones de diferentes grupos. Les invitamos a participar activamente del Congreso enviando sus trabajos en las modalidades de póster y/o presentaciones orales. Pretendemos que esta magna reunión de los principales exponentes de la pediatría, sirva para hacer una llamada de atención a los líderes políticos de la Comunidad, sobre la necesidad de implementar acciones concretas y efectivas, tendentes a eliminar la inequidad en el acceso a la salud que se manifiesta en varios países de nuestro continente, de la que resultan víctimas, principalmente, los niños y las mujeres embarazadas.

Paralelamente a la programación científica, las actividades sociales, permitirán que este encuentro constituya una herramienta catalítica para establecer lazos fraternos entre todos los profesionales abocados a la atención de la población infanto-juvenil. Les invitamos cordialmente a participar del XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) así como aprovechar esta oportunidad para conocer nuestra histórica ciudad y saborear los variados platos de la deliciosa gastronomía Castellano- Manchega, todo ello enmarcado en el ambiente de cordialidad y hospitalidad que caracteriza a nuestra gente.

¡Bienvenidos!

Jesús García Pérez
Presidente Comité Organizador

Índice

TALLERES SIMULTÁNEOS

OFTALMOLOGÍA BÁSICA EN PEDIATRÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA

Moderador: Jorge Martínez Pérez. Madrid
Ponentes: Diego Puertas Bordallo,
Mariluz Puertas Ruiz-Falcó

TALLERES SIMULTÁNEOS

CÓMO PREPARAR UNA COMUNICACIÓN CIENTÍFICA

Moderador: Javier López Ávila. Salamanca
Ponente: Javier González de Dios

TALLERES SIMULTÁNEOS

ORTOPEDIA Y PODOLOGÍA EN PEDIATRÍA

Moderadora: Raimon Pèlach Pániker. Navarra
Ponentes: José Ricardo Ebri Martínez,
Carlota Ebri Sambeat

TALLERES SIMULTÁNEOS

MACEDONIA DE EXANTEMAS, ¿ENCUENTRAS TU FRUTA?

Moderadora: Gema García Ron. Madrid
Ponentes: Javier Pellegrini Belinchón, Gema García Ron

TALLERES SIMULTÁNEOS

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN PEDIATRÍA

Comunicado CERCP acerca de los nuevos dispositivos
publicitados para la desobstrucción de la vía aérea
Coordinador: Ignacio Manrique Martínez. Valencia
Ponentes: Ignacio Manrique Martínez, Valero Sebastián
Barberán, Alejandro Fernández Calatayud

CURSOS PRE CONGRESO

IMPORTANCIA EN LA CRONOBIOLOGÍA EN EL DESARROLLO DEL NIÑO Y MANEJO DE DIVERSAS PATOLOGÍAS DEL SUEÑO

Moderadora: Ramona Mínguez Verdejo. Valencia
Ponentes: Grupo de Sueño de la SEPEAP
Gonzalo Pin Arboledas, Cleofé Ferrández Gomáriz,
Teresa de la Calle Cabrera, Lucía Monfort Belenguer,
Estefanía Maiques Tobías, Ramona Mínguez Verdejo

CURSOS PRE CONGRESO

MANEJO DEL ASMA INFANTIL EN PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA

Moderador: Francisco Javier Pellegrini Belinchón. Salamanca
Ponentes: Grupo de asma y alergia de la SEPEAP
Sonia de Arriba Méndez, Javier Pellegrini Belinchón,
Cristina Ortega Casanueva

SEMINARIO SIMULTÁNEO

¿SE TE PODRÍA PASAR UNA INMUNODEFICIENCIA EN TU CONSULTA?

Diagnóstico y manejo de las inmunodeficiencias
primarias en la consulta del pediatra
Moderador: Juan Manuel González Pérez. Almería
Ponente: Sonia de Arriba Méndez

SEMINARIO SIMULTÁNEO

ALIMENTOS Y DIETAS COMO FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN DE LA SALUD

Moderador: Venancio Suárez Martínez. Oviedo
Ponentes: José Manuel Moreno Villares,
María Concepción Manrique, Xandra Luque

SEMINARIO SIMULTÁNEO

MI NIÑO TIENE UN BULTO EN EL CUELLO

Moderadora: M. Ángeles Learte Álvarez. Zaragoza
Ponente: Juan Elías Pollina

SEMINARIO SIMULTÁNEO

NOVEDADES EN PATOLOGÍA INFECCIOSA EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Moderador: Josep de la Flor i Bru. Barcelona

El tratamiento de la OMA y de la sinusitis en la era de la vacunación antineumocócica. Reflexiones sobre un artículo de Ellen Wald

Ponente: Josep de la Flor i Brú

Lo que tiene que saber el Pediatra de AP sobre la revolución ómica: genómica, epigenética, transcriptómica, proteómica y metabolómica

Ponente: Josep de la Flor i Brú

No todo es rotavirus: Norovirus en Pediatría de AP

Ponente: Josep de la Flor i Brú

La amenaza global de las resistencias a los antibióticos	50	CASO CLÍNICO	
Ponente: Abián Montesdeoca Melián		CASOS CLÍNICOS CARDIOLÓGICOS EN ADOLESCENTES	66
MESA REDONDA SIMULTÁNEA		Moderador: Alfonso Carmona Martínez. Sevilla	
TDH: ABORDAJE, SEGUIMIENTO Y FRACASO ESCOLAR	53	Ponente: Javier Pérez-Lescure Picarzo	
Moderador: José Casas Rivero. Madrid		CASO CLÍNICO	
Ponente: José Ramón Gómez Cabezas		DUDAS MÁS FRECUENTES EN DERMATOLOGÍA	68
TDH y repercusión escolar: papel de otros trastornos del neurodesarrollo asociados	55	Moderadora: Begoña Pelegrin López. Murcia	
Ponentes: Beatriz Calleja Pérez, Ana Jiménez de Domingo, Ana Laura Fernández-Perrone, Daniel Martín Fernández-Mayoralas, Sara López-Martín, Jacobo Albert, Pilar Tirado, Sonia López-Arribas, Rebeca Suárez, Alberto Fernández-Jaén		Ponente: Ana Batalla Cebey	
MESA REDONDA SIMULTÁNEA		ENCUENTRO CON EL EXPERTO	
LO DICE LA LEY: RESPONSABILIDAD DEL PEDIATRA ANTE UN PACIENTE MENOR	58	DUDAS FRECUENTES SOBRE VACUNACIÓN	70
Moderador: Félix Notario Herrero. Albacete		Moderadora: Belén Aguirrezabalaga González. Gijón	
La autonomía del paciente menor de edad: consentimiento médico y acceso a la historia clínica	58	Ponentes: Grupo VACAP de la SEPEAP	
Ponente: Carmen González León		Belén Aguirrezabalaga González, Cristóbal Coronel Rodríguez, María Belén Rubira Golbano	
MESA MIR		CASO CLÍNICO INTERACTIVO	
TERMINO LA RESIDENCIA ¿Y AHORA QUÉ? SALIDAS PROFESIONALES	60	CASOS INTERACTIVOS DE RADIOLOGÍA PEDIÁTRICA	73
Moderadora: Olga González Calderón (Coordinadora del Grupo Docencia MIR)		Moderador: Eloy Galiano Fernández. Ciudad Real	
Salida profesional: Pediatría de Atención Primaria. Mi experiencia	60	¿Qué radiografía pedir en la consulta de Atención Primaria?	73
Ponente: Claudia Sánchez-Villares Lorenzo		Ponente: Purificación Calvo Azabarte	
Salida profesional: Hospital. Mi experiencia	62	COMUNICACIONES ORALES	75
Ponente: Jenifer Lázaro Ramos		PÓSTER CON DEFENSA	94
Salida profesional: Extranjero. Mi experiencia en Irlanda	64	PÓSTER SIN DEFENSA	134
Ponente: María Domínguez Villoria			

Oftalmología básica en Pediatría y Atención Primaria

Diego Puertas Bordallo, Mariluz Puertas Ruiz-Falcó

Oftalmología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

Entre los médicos; los pediatras, sobre todo los de atención primaria, son generalmente los primeros en examinar a los bebés y niños que presentan alteraciones oftalmológicas. La evaluación de la función visual y de la integridad estructural ocular debe formar una parte importante de las exploraciones habituales del pediatra. Con unos correctos exámenes rutinarios se podrá identificar a tiempo a aquellos niños que deben ser enviados al oftalmólogo pediátrico por presentar posibles alteraciones visuales y, de esta manera, iniciar lo antes posible los tratamientos precisos. Esta simbiosis entre ambos especialistas brinda a los niños un alto grado de atención médica.

La evaluación de la **agudeza visual** constituye una parte importante de las exploraciones habituales en el niño. Supone la capacidad de nombrar o identificar correctamente una forma, o su orientación es la agudeza visual.

Ambliopía

La ambliopía es la reducción uni o bilateral de la agudeza visual a pesar de una corrección óptica apropiada. La mala visión en uno o ambos ojos puede ser el resultado de una mala visión de cerca (hipermetropía), una mala visión de lejos

(miopía) o al astigmatismo¹. El requisito indispensable para el desarrollo de la ambliopía es una imagen retiniana anormal en uno o ambos ojos durante la maduración del sistema visual. Véase el algoritmo a seguir en la exploración de la agudeza visual para la detección de la ambliopía en el niño (Fig. 1).

Estrabismo

El estrabismo es la pérdida de paralelismo de los ejes visuales con alteración de la visión binocular.

El estrabismo constituye, junto con los defectos de refracción, la patología oftálmica más frecuente que se presenta en la infancia. La edad de aparición es variable, desde los pocos días de vida hasta los 4 años. A partir de esa edad el comienzo es menos frecuente y habría que descartar posibles causas secundarias. La edad de comienzo es importante para determinar el pronóstico funcional. La función binocular es tanto mejor cuanto más tardíamente se presenta el estrabismo y también es menor la agudeza visual perdida.

El estrabismo plantea diferentes problemas: la pérdida de la función binocular, la reducción de la visión del ojo desviado (ambliopía u ojo vago) y estética desfavorable.

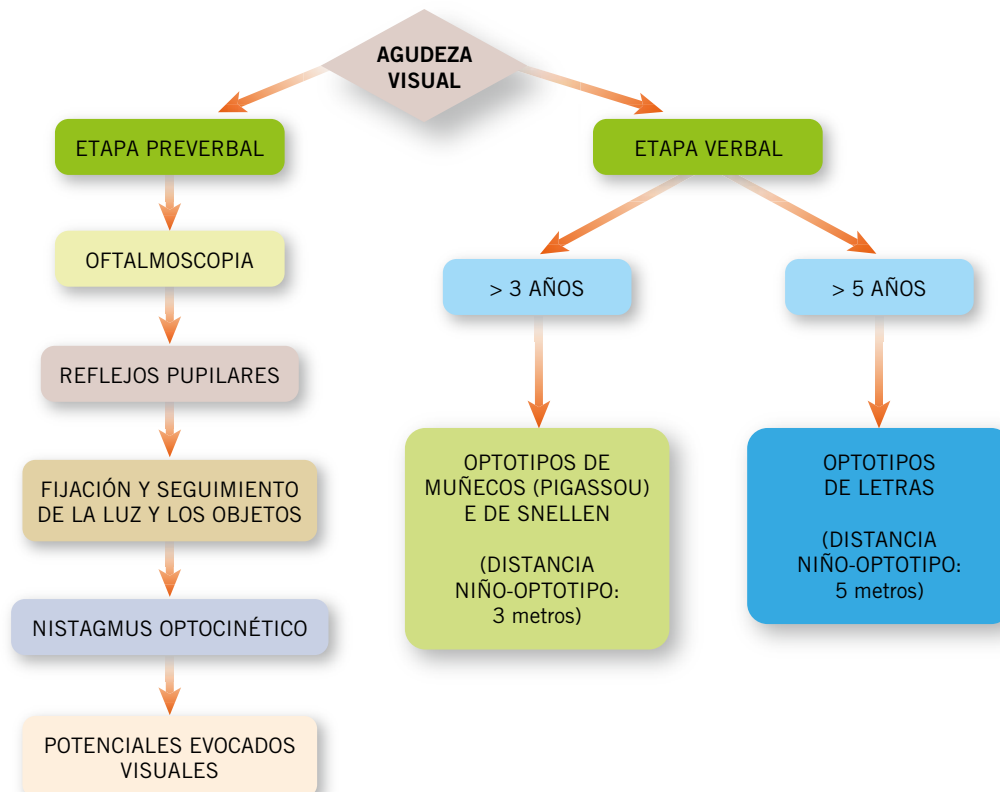


Figura 1. Algoritmo a seguir en la exploración de la agudeza visual para la detección de la ambliopía en el niño.

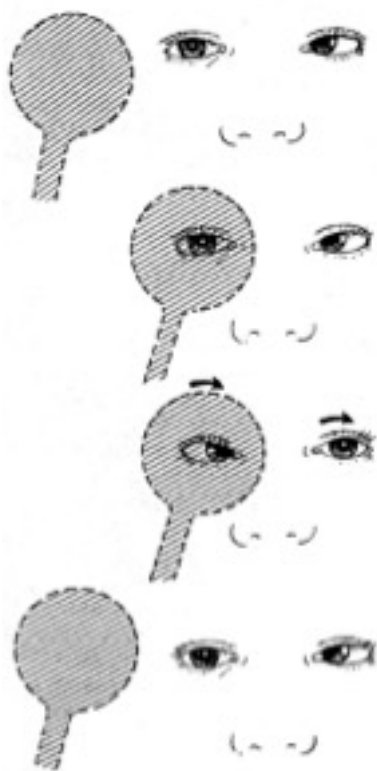


Figura 2. Realización del cover-test o prueba de oclusión, observado en las tropías.

La mayoría de los niños con estrabismo tienen antecedentes familiares pudiendo afectar hasta a un 50% de los miembros de una misma familia. Por ello, es importante realizar valoraciones periódicas de función visual en los hermanos del niño estrábico.

Exploración del niño estrábico

La correcta exploración de un niño con estrabismo debe incluir una exploración sensorial, que corresponde fundamentalmente a la agudeza visual; la refracción y la exploración motora, que corresponde a la medición del ángulo de desviación y su dirección².

También resulta imprescindible visualizar el fondo del ojo con oftalmoscopia directa y visuscopio para valorar la fijación foveolar y oftalmoscopia binocular indirecta para descartar lesiones fundoscópicas que pudieran repercutir en una buena visión del niño^{3,4}.

Mediante el test de Hirschberg, manteniendo una luz de fijación a 33 cm, se valora la desviación del reflejo de la luz corneal. Otra prueba de utilidad es la realización del cover-test o prueba de oclusión, observando tanto en las tropías (Fig. 2) como en las forias (Fig. 3) alteraciones en la exploración. Es útil tener en cuenta el algoritmo para la detección precoz del estrabismo en el niño (Fig. 4).

Diagnóstico diferencial del ojo rojo

El ojo rojo es la manifestación clínica de un amplio grupo de enfermedades. Se presenta de forma frecuente por lo que debemos establecer un diagnóstico diferencial que permita establecer una rápida orientación terapéutica.

Podemos diferenciar dos tipos:

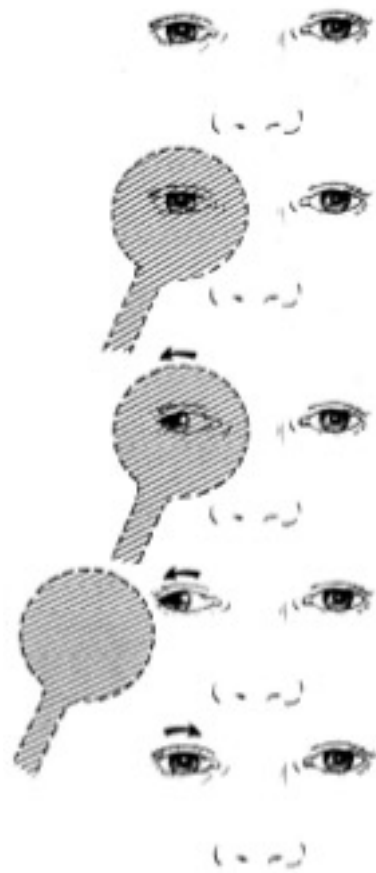


Figura 3. Realización del cover-test o prueba de oclusión, observado en las forias.

- La *inyección conjuntival* se caracteriza por ser de un color rojo brillante que es mayor en los sacos conjuntivales y tiende a disminuir en el limbo. Aparece asociada a enfermedades como la conjuntivitis que es la causa más frecuente de ojo rojo.

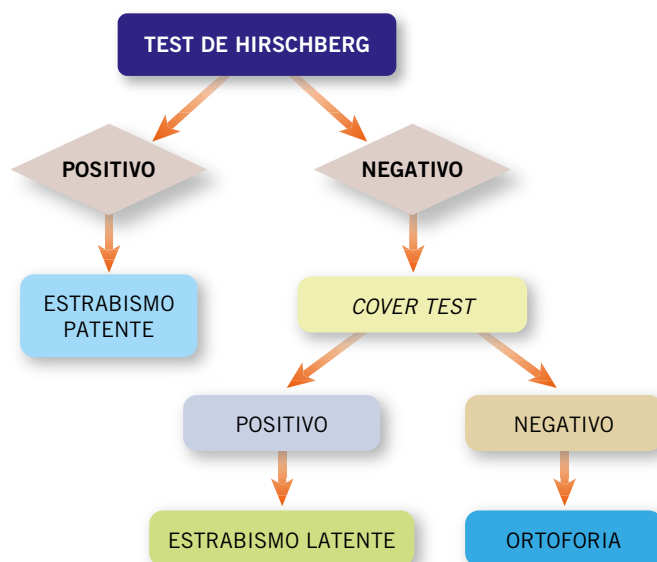


Figura 4. Algoritmo para la detección precoz del estrabismo en el niño.

- La **inyección ciliar** se caracteriza por una coloración roja oscura, más intensa próxima al limbo, disminuyendo al alejarse hacia la conjuntiva palpebral. Las causas más frecuentes en el niño son la queratitis y la iridociclitis.

Conjuntivitis agudas

Las **conjuntivitis agudas** presentan: secreción ocular, edema palpebral, ojo rojo (debido a la inyección conjuntival) y sensación de cuerpo extraño de menos de 4 semanas de duración. No suelen asociar pérdida visual.

La secreción mucopurulenta es típica de las conjuntivitis bacterianas, la secreción mucosa de las conjuntivitis alérgicas y la acuosa suele ser de origen vírico.

En neonatos el cuadro clínico es de mayor complejidad y requiere un cultivo para llevar a cabo el diagnóstico diferencial.

Conjuntivitis vírica

Hay una historia reciente de infección respiratoria o posibles contagios. Generalmente comienza en un ojo y a los pocos días en el contralateral. Típicamente estas conjuntivitis empeoran los primeros 4-7 días y no se resuelve hasta pasadas 2-3 semanas. Son muy contagiosas, durante los 10-12 primeros días.

El signo característico es la presencia de folicúlos en la conjuntiva tarsal (pequeñas elevaciones blanco-grisáceas rodeadas por vasos) y una adenopatía preauricular.

El tratamiento incluye los lavados con suero salino, compresas de agua fría, profilaxis antibiótica y corticoides tópicos.

Conjuntivitis bacteriana

Es característica la presencia de legañas mucopurulentas (amarillentas y que pegan las pestañas). A la exploración la reacción tarsal es inespecífica y no se palpan adenopatías preauriculares.

El tratamiento incluye antibióticos tópicos cada 2 o 3 horas durante el día y en pomada por la noche durante 5-7 días o hasta 72 horas después de desaparecer la clínica.

Conjuntivitis alérgica

Es típico que presenten un intenso picor ocular, lagrimeo, edema de la conjuntiva bulbar (quemosis), hiperemia conjuntival e hipertrofia papilar.

El tratamiento consiste en eliminar, si es posible, el alérgeno y lavados con suero fisiológico frío en casos leves. En casos moderados podemos utilizar antihistamínicos tópicos (1-2 gotas cada 12 horas al día) y en los severos se puede asociar un colirio corticoideo suave (fluorometolona) al inicio del tratamiento.

Orzuelo

Se presentan como una tumoración palpebral muy dolorosa, donde puede verse un punto de pus amarillento centrado por una pestaña. Su tratamiento incluye calor local y antibiótico tópico. Su cronificación (tumoración palpebral,

indolora, sin signos inflamatorios) da lugar a lo que se denomina chalazión cuyo tratamiento más habitual es la extirpación quirúrgica.

Celulitis preseptal

La infección del tejido subcutáneo que rodea la órbita produce edema palpebral y febrícula. Su etiología es múltiple: heridas, cuerpos extraños, extensión a partir de otros focos infecciosos (sinusitis, dacriocistitis, orzuelos,...). Los gérmenes causantes más frecuentes son estafilococo, estreptococo o H. influenza.

Debemos hacer un diagnóstico diferencial con la celulitis orbitaria siempre que se acompañe de: proptosis, restricción a los movimientos oculares, disminución de la sensibilidad de la primera rama del trigémino, dolor a los movimientos oculares.

En general requieren ingreso, salvo en celulitis preseptales leves en niños mayores de 5 años en los que se puede pautar un tratamiento antibiótico oral (amoxicilina-clavulánico o cefuroxima-axetil) y llevar un estrecho seguimiento⁵.

Obstrucción congénita del conducto nasolacrimal

La clínica se manifiesta hacia la semana del nacimiento con enrojecimiento conjuntival, secreciones mucopurulentas y lagrimeo creciente según aparece la lacrimación en el lactante. La causa más frecuente es la presencia de una membrana en la porción distal del conducto nasolacrimal. Podemos comprobar como al presionar sobre el saco refluye un material mucoso o mucopurulento por los orificios lacrimales. Esta obstrucción puede complicarse con dacriocistitis e, incluso, celulitis preseptales con el riesgo que conlleva. Recordar que debemos descartar otras patologías que asocian lagrimeo: glaucoma congénito, alteraciones corneales, cuerpo extraño tarsal...

La edad ideal para llevar a cabo el sondaje de la vía lagrimal está entre los 4 y 6 meses^{6,7}.

Bibliografía

1. Stager DR, Birch EE, Weakley DR. La ambliopía y el pediatra. MTA-Pediatría 1991; 12(3):119-137.
2. Puertas D. Estrabismo y otros trastornos de la función visual. En: Tratado de Pediatría Extrahospitalaria. Capítulo 125. 1189-1198. Tomo II 2011. Ergon, S.A. ISBN obra completa: 978-84-8473-797-1. ISBN obra tomo II: 978-84-8473-799-5.
3. Maroto S. Importancia de la refracción en la ambliopía estrábica. Acta Estrabológica. 1984; Vol.XII; 59-62.
4. Ingram RM, Walker C. Refraction as a means of predicting squint or amblyopia in preschool siblings of children known to have these defects. Br. J. Ophthalmol., 1979; 63:238.
5. Puertas D. Urgencias Oftalmológicas. Capítulo 61. 883-894. Manual de Urgencias Pediátricas. Ediciones Ergon, S.A. 2008. ISBN: 978-84-8473-699-8.
6. Puertas D, Sevilla CM. Obstrucción congénita de la vía lagrimal. Rev Esp Pediatr 2002; 58(2):145-150.
7. Puertas D. Problemas Oftalmológicos en Atención Primaria, Actualización Pediatría 2012. AEPap, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Madrid: Exlibris Ediciones S.L. 1ª edición: febrero 2012. p. 413-428. ISBN: 978-84-92848-37-9.

Cómo preparar una comunicación científica

Javier González de Dios

Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante.
Departamento de Pediatría. Universidad Miguel Hernández. Alicante

Importancia de la comunicación científica

En los tiempos que corren casi todo conocimiento se transforma en información y, también a veces, toda información en conocimiento. Los conceptos de información y de comunicación se han transmutado al haberse modificado las dimensiones del tiempo y del espacio sobre los que se han sostenido; y todo ello al amparo de las tecnologías de información y comunicación (TIC).

En la comunicación, en general, reconocemos los siguientes elementos: la fuente, el mensaje, el canal y el destinatario. Y todos los elementos deben funcionar bien para que la comunicación se establezca y el mensaje llegue de forma eficiente. En la comunicación científica cada elemento tiene unos protagonistas determinados y se utiliza un lenguaje propio: el lenguaje científico o científico-técnico, que, a diferencia del lenguaje literario (u otros), debe cumplir unos requisitos mínimos de objetividad, rigor y claridad.

En este taller nos planteamos los siguientes objetivos:

- Objetivo general: Ofrecer las claves básicas para realizar una buena comunicación (oral y escrita) de la ciencia médica.
- Objetivos específicos:
 - Confeccionar resúmenes de calidad: lo que bien empieza.
 - El póster científico: algo más que un cartel.
 - La comunicación o ponencia oral: cuando el Power Point puede ser tu enemigo.

Cómo elaborar resúmenes de calidad para un congreso

Sin duda una de las fases más difíciles de una comunicación es hacer un resumen que sea aceptado en un congreso. Para ello conviene tener muy presente los siguientes 4 pasos: Normas, Redacción, Contenido y Calidad.

1. Normas: se deben leer detenidamente las normas de presentación de pósteres del congreso específico al que queremos enviar nuestro trabajo, para hacer un resumen atractivo adaptado a dichas normas.

Las normas incluirán aspectos específicos sobre tres puntos: formato, estructura y número de palabras. No leer y no seguir las normas es el primer paso para la no aceptación del póster (o de cualquier comunicación científica).

El resumen debe estructurarse cuidadosamente, incluso si no se requiere en las normas de presentación. Normalmente, los resúmenes tienen un límite de palabras, en

torno a 250 palabras. El tiempo dedicado al resumen puede facilitarnos el trabajo y es un tiempo bien empleado.

2. Redacción: en la que no debemos olvidar los siguientes aspectos, esenciales en la redacción científica:

- Lenguaje de fácil lectura.
- Frases cortas.
- Preferible voz pasiva.
- Evitar abreviaturas.
- Evitar extranjerismos.
- Utilice denominaciones genéricas.
- Y, siempre, comprobar la ortografía.

3. Contenido: en el que consideramos 4 apartados principales y 3 apartados de interés.

Los 4 apartados principales son:

- Introducción (o Fundamento): ¿por qué?
- Metodología (o Material y métodos o Pacientes y métodos): ¿cómo?
- Resultados: ¿qué se ha encontrado?
- Conclusiones: ¿qué significado e implicaciones tiene?

Los 3 apartados de interés son:

- Encabezamiento: en el que consideraremos el título (aspecto clave para la “vender” bien nuestro trabajo; debe ser conciso y atractivo, equivalente a un titular periodístico), los autores e institución (es interesante que siempre se indiquen autores e institución con la misma denominación).
- Tablas y figuras: es una parte esencial de un póster, y hay que cuidar mucho la calidad de las tablas, figuras (más si estas son fotografías).
- Bibliografía: pocas citas, bien seleccionadas y bien referenciadas.

4. Calidad: en cada uno de los apartados del póster.

- Título informativo y atractivo.
- Objetivo único y relevante.
- Metodología detallada.
- Resultados expresados de manera adecuada.
- Conclusión final coherente.

En conclusión, el resumen es “un artículo en pequeño”, que no ha de contener:

- Información que no se esencial.
- Descripciones (muy) detalladas.
- Excesivo número de resultados.
- Información que luego no se vaya a incluir en el póster.

Presentaciones efectivas: claves para elaborar un buen póster científico

Contenido del póster (el fondo)

Debe englobar 5 apartados, como si de “un artículo en pequeño” se tratara: Encabezamiento, Introducción, Metodología, Resultados y Conclusiones.

1. Encabezamiento: incluye título, autores e institución:

- Título:
 - ¡¡Pensarlo muy bien!!
 - Debe ser específico, conciso y reflejar con exactitud el tema...
 - ... pero debe ser original y atractivo.
 - No más de 15 palabras.
 - No utilizar abreviaturas o siglas.
 - Evitar algunos títulos: frases hechas o argot, títulos interrogativos.
- Autores:
 - No olvidar los criterios para ser autor.
 - Diferenciar “autoría” de “agradecimiento”.
 - Pactar la autoría antes.
 - Siempre igual: nombre (o inicial) y dos apellidos.
 - No más de 6 autores.
- Institución:
 - Siempre igual: es importante a la hora de su volcado en repertorios.
 - Puede ser interesante un logotipo.
 - Hay instituciones que elaboran siempre los pósters con un formato común.
 - Opcional la inclusión de un correo electrónico de contacto.

2. Introducción: corta, pero debe contemplar algunos apartados:

- Antecedentes.
- Importancia teórica y/o práctica del tema.
- Hipótesis.
- Objetivos del trabajo.

3. Metodología: debe incluir, al menos, los siguientes apartados:

- Diseños del estudio y fases de la investigación.
- Descripción población y cálculo del tamaño muestral.
- Variables de estudio: dependiente e independiente.
- Análisis estadístico.

4. Resultados: debe incluir, al menos, los siguientes apartados:

- Seleccionar los datos más relevantes y relacionados con el objetivo(s) de estudio.
- Preferible la utilización de tablas, figuras y fotos.
- Justo equilibrio entre texto e imágenes (de extrema calidad).
- Es el apartado principal del póster y el de mayor extensión.

5. Conclusiones:

- No olvidarse nunca: es lo que más se lee, tras el título.
- Redactar con mimo: deben ser objetivas y consistentes con el objetivo del estudio y resultados.

6. Otros apartados: no obligatorios:

- Agradecimientos.

- Bibliografía.
- Nunca Resumen ni Discusión.

Presentación del póster (la forma)

Conviene tener presente 5 aspectos esenciales: Esquema, Letras, Colores, Imágenes y Errores que evitar.

1. Esquema: uno de los errores más frecuentes es comunicar demasiado. Un póster no es un manuscrito y el contenido debe seleccionarse para ayudar a transmitir el mensaje, pero hacerlo sencillo.

- Esbozo inicial espacial a partir del resumen.
- Conocer el tamaño del póster.
- Lectura de arriba-abajo y de izquierda-derecha (en zigzag).
- Más del 60% los apartados de Metodología y Resultados.
- Más del 50% como imágenes (figuras, tablas y fotos).
- Necesario espacio en “blanco”.

2. Letras:

- No deben utilizarse solo letras en mayúsculas.
- Mejor fuentes sans-serif (Arial, Helvética).
- No utilizar más de dos tipos de letras.
- Mejor letra normal y negrita, que cursiva.
- Mejor utilizar colores para enfatizar que subrayado.
- Ojo a la justificación del texto.

3. Colores:

- Utilizar colores en contraste: colores oscuros sobre fondos claros y colores claros sobre fondos oscuros.
- Utilizar colores complementarios.
- Ojo con colores demasiados vivos o demasiado apagados.

4. Colores:

- Texto, figuras, tablas y fotos deben guardar armonía en cuanto a tamaño, tipografía y colores.
- De gran calidad.
- Deben suponer al menos el 50% del póster.
- De primar el “buen gusto”: diseño sobrio, pero atractivo.

5. Errores: que hay que evitar:

- Texto difícil de leer.
- Póster demasiado lleno.
- Mala organización del contenido y apartados.
- Efectos que distraen la atención.
- Faltas de ortografía.

En resumen, hay que conseguir realizar póster científicos efectivos en los congresos biomédicos. Pósters que consigan atraer la atención del congresista en 10 segundos. Y para ello debe ser de calidad científica, inteligible, legible, organizado y sucinto.

Presentaciones efectivas: claves para elaborar una buena comunicación científica

Confeccionar buenas diapositivas (lo estático)

Una comunicación oral no tiene por qué acompañarse de diapositivas, pero casi es la norma. Y aquí cabe plantear el uso, mal uso y abuso del Power Point.

En este sentido, la confección de diapositivas debe englobar 5 normas y 5 conceptos fundamentales.

Las 5 normas claves en la confección de diapositivas para una comunicación oral son:

1. Diseña el esquema de tu presentación.
2. Simplifica y elimina distracciones.
3. Utiliza recursos del Power Point.
4. No leas las diapositivas.
5. Ten un plan de seguridad y emergencia.

Los 5 conceptos fundamentales en la confección de diapositivas para una comunicación oral son: Grande, Simple, Claro, Progresivo y Consistente.

1. Grande: el tamaño de la letra es importante:

- El tamaño mínimo para una presentación es 24 (por debajo, es difícil visualizar).
- El tamaño recomendable para el contenido es 28.
- El tamaño recomendable para el título es 36.

2. Simple: simplicidad en el texto, tablas, figuras, imágenes, fondos y animaciones.

- Texto simple: evitar demasiados colores, evitar demasiadas fuentes y estilos.
- Intentar seguir la regla “6 X 6”: no más de 6 líneas por diapositiva, no más de palabras por línea.
- Tablas simples: evitar demasiados detalles.
- Figuras simples: evitar demasiados detalles. Mejor tablas que figuras.
- Imágenes simples: usar imágenes para comunicar, no para decorar.
- Fondos simples: demasiadas imágenes pueden distraer; las imágenes no sustituyen al contenido. Tener en cuenta que los fondos pueden agobiar.
- Animaciones simples: las animaciones distraen, cuando no molestan (ojo a las transiciones entre diapositivas). Utilizar animaciones sutiles, como aparecer y desaparecer o como disolver.

3. Claro: claridad en capitalización, fuentes, numeración y colores.

- Capitalización: las letras en mayúsculas son difíciles de leer; mejor utilizar mayúsculas y minúsculas.
- Fuentes: las fuentes serif son más difíciles de leer, por lo que es preferible utilizar las fuentes sans serif; la letra cursiva es difícil de leer; las letras negrita y normal son más fáciles de leer; el subrayado puede confundir con un hipervínculo, por lo que para enfatizar mejor utilizar colores.
- Numeración y viñetas: utilizar numeración para secuencias; utilizar viñetas para listas sin prioridad, jerarquía o secuencia.
- Colores: utilizar colores en contraste (colores oscuros sobre fondos blancos o colores claros sobre fondos oscuros) y utilizar colores complementarios.

4. Progresivo: que permita un desarrollo progresivo de las ideas.

- Evitar demasiadas ideas en una diapositiva.
- Lo ideal sería una idea o mensaje por diapositiva.
- Si hubiera más de una idea o mensaje en una diapositiva, utilizar animaciones sutiles.

5. Consistente:

- Las diferencias en el texto y diapositiva captan la atención y pueden destacar la importancia de lo expuesto.
- Se deben utilizar las sorpresas en el texto para atraer, no para distraer.
- Si tu audiencia es española, evita textos en inglés.
- Evitar extranjerismos en el texto (principalmente evitar anglicismos).
- Cuidado con el “copia-pegar”, y por dos motivos: por la calidad de lo copiado y, sobre todo, porque hay que referenciar la fuente.

Y como colofón:

- La clave es la comunicación.
- Texto apoya (pero no es) la comunicación.
- Figuras o tablas simplifican conceptos complejos.
- Animaciones para expresar relaciones complejas.
- Elementos visuales de apoyo, no para distraer.
- Sonidos solo cuando sea absolutamente necesario.
- Tener un plan de emergencia.

Realizar presentaciones efectivas (lo dinámico)

El objetivo final de cualquier presentación científica es transmitir información con claridad y eficacia de forma que sea asimilable por la audiencia, y que estimule un ejercicio intelectual en ella. El éxito de la misma dependerá no solo del contenido sino también de las habilidades del ponente para transmitir la información y hacerla atractiva. Ante el desafío de conseguir estos objetivos, los ponentes deben poner en práctica un procedimiento formado por diferentes fases que incluyen la identificación de los objetivos, la preparación del contenido, el diseño de la presentación y su puesta en escena.

Conviene tener presente 10 puntos esenciales para realizar presentaciones científicas efectivas.

1. Prepararse para hablar: hay que responder a dos preguntas básicas.

- ¿A quién debo hablar?
- ¿De cuánto tiempo dispongo?

2. Organizar la charla: con tres partes clave, como si de una representación teatral se tratara.

- El inicio: es la introducción y debe ocupar un 10% (“diga lo que va a decir”).
 - Ganarse la atención.
 - Establecer la relevancia.
 - Identificar los objetivos.
 - Avanzar la estructura.
 - Establecer “reglas” de interacción.
- El núcleo: es la metodología y resultados y debe ocupar un 80% (“dígalo”).
 - Explicar los puntos clave de manera sencilla.
 - Dar ejemplos.
 - Dar excepciones.
 - Repetir los puntos clave.
 - Hacer una transición entre cada punto clave.
- El final: son las conclusiones y debe ocupar un 10% (“dígales lo que usted acaba de decir”).
 - Resumir los puntos principales (no más de 3 a 5).
 - Preguntas, sobre los puntos principales.
 - Crear anticipación (futuros temas a presentar).

3. **Adecuar la información al medio audiovisual:** y que se puede realizar de diferentes formas, siempre buscando la atención e implicación del público receptor.
 - Diapositivas en Power Point: lo más habitual (y comentado en apartado previo).
 - Trasparencias.
 - Pizarra.
 - Video.
 - O con NADA..., es decir, solo contando con la palabra, las ideas y la presencia del conferencista.
4. **Practicar:**
 - Conseguir un estilo “conversacional”. Y NUNCA leer la diapositiva.
 - Ha de oírse desde la última fila.
 - Cambiar volumen, inflexión y velocidad.
5. **Verificar puntos fundamentales:** antes de salir de casa...
 - Elegir atuendo.
 - Llegar con antelación y comprobar la sala.
 - Cerciorarse de que funcionan los medios audiovisuales.
 - Aceptar el miedo escénico como algo natural.
6. **Lenguaje verbal y no verbal:** en una presentación efectiva es más importante el CÓMO se dice que el QUÉ se dice.
 - Es importante la voz: el lenguaje, el tono y la modulación.
 - Es importante el lenguaje corporal: la postura y posición, los gestos y la mirada.
7. **Responder a las preguntas:**
 - Dos reglas básicas: entender bien la pregunta y ¡nunca discutir!
 - Tres trucos para salir airoso: posponer la respuesta; involucrar a alguna persona de la audiencia; proponer revisar la cuestión con el que objeta.
8. **Manejar el auditorio:** antes de salir de casa...
 - Hay que aprender técnicas y hábitos frente a las distintas “personalidades” del auditorio:
 - El cuestionador o crítico.
 - El que lo sabe todo.
 - El que no participa.
 - El que participa demasiado.
 - Etc.

9. **Mostrar entusiasmo:**

- Ser uno mismo.
- Hablar con espontaneidad.
- Mirar al público.
- Usar el lenguaje no verbal.
- Actuar con confianza.

10. **Y lo que debemos evitar:**

- Perder el contacto visual con la audiencia.
- Leer continuamente.
- Permanecer solo en un lugar.
- Hablar sin modular la voz.
- Tener una postura inadecuada.
- Usar muletillas.
- Salirse del tema y desviar la atención del objetivo.

Bibliografía

1. González de Dios J, González Muñoz M, Alonso A, R Aleixandre R. Comunicación científica (I). La comunicación científica en la práctica clínica, docencia e investigación. Acta Pediatr Esp. 2013; 71: 129-32.
2. González de Dios J, González Muñoz M, Alonso A, R Aleixandre R. Comunicación científica (II). Congresos científicos (1): Elaboración de resúmenes. Acta Pediatr Esp. 2013; 71: 145-9.
3. González de Dios J, González Muñoz M, Alonso A, R Aleixandre R. Comunicación científica (III). Congresos científicos (2). Claves para elaborar un buen póster científico. Acta Pediatr Esp. 2013; 71: e186-e188.
4. González de Dios J, González Muñoz M, Alonso A, R Aleixandre R. Comunicación científica (IV). Congresos científicos (3). Claves para elaborar una buena comunicación científica. Acta Pediatr Esp. 2013; 71: 181-5.
5. González de Dios J, González Muñoz M, Alonso A, R Aleixandre R. Comunicación científica (V). Congresos científicos (4). Claves para confeccionar buenas diapositivas. Acta Pediatr Esp. 2013; 71: 205-9.
6. González de Dios J, Alexandre Benavent R, Alonso Arroyo A, González Muñoz M. Claves para sobrevivir a la publicación biomédica. Cómo elaborar una comunicación a un congreso y publicar un artículo científico. Ediciones Mayo, Barcelona, 2017.

Ortopedia y Podología en Pediatría

José Ricardo Ebri Martínez*, Carlota Ebri Sambeat**

*Director del Instituto Valenciano de Ortopedia infantil. **Especialista en Podología infantil. Valencia

Resumen

La atención podológica pediátrica es muy variada, incluye alteraciones a nivel biomecánico y alteraciones a nivel dermatológico (y ungueal).

La principal función del podólogo será solucionar dicha alteración, o en su defecto minimizarla, además de informar y tranquilizar a los padres, que suelen acudir a la consulta con cierta preocupación.

A menudo el propio podólogo requiere de la participación de otras especialidades médicas, una relación interprofesional fluida será lo más recomendable.

Respecto a las **alteraciones biomecánicas**, serán diagnosticadas siempre tras una rigurosa exploración. Además de realizar una amplia anamnesis, en la que se preguntará tanto a padres como al propio paciente (si posible).

La exploración se realizará en sedestación, en bipedestación (con la ayuda de un podoscopio) y en deambulación o marcha; a menudo acompañadas de pruebas complementarias (Rx, eco,...).

No debemos olvidar que la marcha se adquiere de forma paulatina, con la edad; hacia los 7 u 8 años, y según el desarrollo general del niño, es cuando se afianza el patrón definitivo de la misma.

A menudo, durante la exploración en bipedestación, sobre el podoscopio, observando al niño de “pies a cabeza”, podemos advertir ciertas anomalías en los miembros inferiores, tales como desviaciones laterales, trastornos de rotación, o asimetrías; incluso alteraciones en la columna vertebral que puedan sugerir una escoliosis; acompañadas o no de huellas plantares asimétricas. En todos estos casos es necesaria la derivación del paciente al traumatólogo, así como una posterior colaboración entre ambos profesionales.

La alteración más frecuente es el **pie plano**. Es decir, el pie cuya bóveda plantar está disminuida, acompañado o no de valgo/pronación del talón.

Habría que distinguir un tipo de pie plano distinto, que es el pie laxo, o mejor dicho, el niño laxo. Niños con una gran laxitud articular. Conocido comúnmente como pie plano-valgo por laxitud ligamentosa. Es un pie flexible: en sedestación –en descarga– se observa el arco plantar, mientras que en carga, es decir mientras el paciente deambula, el arco cae, la bóveda plantar se hunde; esto es que se comporta como un pie plano.

El pie plano verdadero, está estructurado, es rígido, y suele estar asociado a sinostosis del tarso o a otras alteraciones de los huesos del pie.

Para su tratamiento, no antes de los 3 o 4 años de edad, se recomienda la utilización de plantillas ortopédicas a medida, además de la realización de una serie de ejercicios que refuerzan la musculatura plantar.

El **pie cavo** también suele ser motivo de consulta. Es un tipo de pie rígido con una bóveda plantar excesivamente elevada, y en consecuencia con un empeine prominente. No suele presentar dolor (salvo en el empeine por la utilización de cierto tipo de calzado, como el mocasín) y a menudo se acompaña de dedos en actitud de garra.

Debemos diferenciar el pie cavo del **pie cavo-valgo**: sobre el podoscopio, ambos muestran la imagen de 2 pilares, el anterior y el posterior, sin la presencia del istmo que los une. Sin embargo, el motivo por el que el istmo del pie cavo-valgo desaparece es por la excesiva pronación del mediopié, provocando la falsa imagen de un pie cavo. El pie cavo-valgo requerirá como tratamiento una plantilla ortopédica a medida, cuya finalidad será la de corregir la caída del mediopié elevando la bóveda interna plantar.

Todo tratamiento ortopodológico será revisado y/o renovado anualmente. Hoy en día, los podólogos realizan varios tipos de ortesis plantares, confeccionadas con materiales más o menos rígidos y elaboradas mediante diferentes técnicas. El tipo de pie del pequeño paciente será determinante para seleccionar el mejor material y la mejor técnica a emplear.

Las alteraciones dermatológicas y añejas en podología pediátrica suponen un gran número de consultas.

Por lo que concierne a las alteraciones ungueales, lo más frecuente observado en la práctica podológica diaria es la **Onicocriptosis o uña encarnada**. La zona periungueal aparece inflamada y el paciente refiere dolor; en casos avanzados puede aparecer un granuloma (tumor benigno muy vascularizado e innervado) además de infección.

La onicocriptosis se produce por la presencia de una espícula en el canal ungueal, provocada por un mal corte de uña, agravada o no por la propia forma de la lámina (en forma de teja o de grapa) y sumado o no, a la utilización de un calzado con una punta más estrecha que el diseño propio de la fórmula digital.

El tratamiento consistirá en la extracción de la espícula mediante la ayuda de un bisturí o de una gubia, además de explicar a los padres el motivo que lo provocó y enseñarles medidas preventivas a fin de evitar nuevos episodios. Se dan casos en los que el tratamiento recomendado es quirúrgico, realizando una matricectomía parcial, esto es un proceso cruento definitivo mediante el cual se estrecha la lámina ungueal.

Respecto a las **infecciones fúngicas**, son frecuentes las dermatomicosis, en concreto las interdigitales. Un exceso de sudor (típico durante la adolescencia) combinado con la calidez que aporta un calzado cerrado durante horas, facilita un caldo de cultivo perfecto para la proliferación de hongos patógenos.

El tratamiento siempre tópico, estará enfocado a minimizar el impacto del sudor al mismo tiempo que se combate la infección; esto se logra combinando polvos y cremas antifúngicas.

En cambio, las onicomicosis son raras. A tan prontas edades, las uñas son finas y carecen de grietas, han estado en pocas ocasiones traumatizadas... Las grietas ungueales son consideradas puerta de entrada de agentes patógenos.

Las **verrugas plantares o papilomas**, suponen a menudo un quebradero de cabeza para el podólogo. Muy frecuentes en niños y adolescentes, son infecciones víricas benignas. Consisten en neoformaciones, con forma de coliflor, incrustadas en la piel de la planta de los pies o en los pulpejos de los dedos. Reposan sobre la membrana dermoepidérmica. Aparecen de forma aislada o múltiple (en mosaico). A menudo son confundidas por callos, por lo que es conveniente realizar un correcto diagnóstico diferencial: las verrugas presentan puntos negros en su superficie que se corresponden a hemorragias puntiformes de las papilas dérmicas. Además, son más dolorosas al pellizco que a la presión.

Actualmente no existe tratamiento viral específico. Si bien es cierto que suelen desaparecer de forma espontánea al cabo de uno o dos años, al estar situadas en zona de carga son relativamente dolorosas. Son habitualmente tratadas —y no siempre erradicadas— mediante ácidos o crioterapia. No está recomendada su extirpación quirúrgica pues requieren una cicatrización por segunda intención y a menudo provocan tejido fibroso cicatricial doloroso.

No debemos pasar por alto el **calzado**, pieza fundamental para mantener la propiocepción, tan necesaria en edades tempranas. Por ello, éste deberá adaptarse a las necesidades específicas del paciente según su edad, su desarrollo motor y la actividad a realizar. La moda hace a menudo flaco favor al calzado ideal. Y es, desde mi humilde opinión, es misión del podólogo hacer entender a padres y jóvenes pacientes los perjuicios que acarrea el uso de un mal calzado, por muy bonito o moderno que sea.

Introducción a los problemas ortopédicos en la consulta del pediatra

Valorar uno por uno los motivos más frecuentes de consulta en la clínica del Pediatra y poder valorar la diferencia entre “lo normal” y “lo anormal”, de un modo práctico es el objetivo del presente taller.

En la práctica los “problemas ortopédicos”, requieren cerca del 20% de la demanda de asistencia en una consulta pediátrica, por lo que su correcto estudio, valoración del problema y de sus antecedentes familiares, son determinantes para que por medio de las revisiones periódicas de salud infantil y la educación sanitaria dirigida a los padres, niños y educadores por parte del Pediatra.

El interés creciente de aumentar los conocimientos en este campo por parte de los pediatras y por tanto su aplicación en la exploración del niño al seguir los calendarios de supervisión y detección precoz, podremos detectar pequeñas alteraciones, que se van a poder subsanar en muchos de los casos, con pequeñas correcciones, y en otros casos van a ser susceptibles de alguna intervención quirúrgica.

Hay que insistir que la mayoría de estos problemas van a evolucionar a la normalidad con el desarrollo, otros son

simplemente variaciones del rango de normalidad, y solo una mínima parte va a requerir tratamiento específico.

Es fundamental el familiarizarse con la terminología utilizada en la exploración ortopédica como; abducción, aducción, rotación, flexión, extensión, pronación, supinación, valgo, varo, etc. Así mismo como las maniobras necesarias para valorar su movilidad o limitación normal o patológica para cada articulación y a las diferentes edades.

El término de “**Ortopedia**”, es definido por primera vez por N. Andry en 1741, uniendo las palabras *Ortho* = recto y *paedia* = niño, en el primer tratado de Ortopedia con el título “*El arte de prevenir y corregir las deformidades en el niño*”.

Hay que tener presente que el esqueleto infantil es un esbozo cartilaginoso que a medida que va creciendo es susceptible de sufrir alteraciones en su desarrollo y correcta formación por múltiples causas tanto de etiologías únicas o combinadas.

El conocimiento de las variaciones de la normalidad, para cada fase del desarrollo músculo esquelético y el manejo de los problemas para las distintas edades, nos hará sentirnos más cómodos ante un problema ortopédico infantil (L. Staheli 1992).

Como principio se resumen en tres los problemas que motivan la asistencia en Ortopedia Infantil: la presencia de deformidad, el dolor y la impotencia funcional. Que asociados o por separado van a ser los principales motivos que hacen que los padres lleven al niño a la consulta.

No solo es necesario hacer un correcto diagnóstico ante cualquier patología que se presente, sino que hay que hacer una relación de síntomas enhebrando la sintomatología con los antecedentes tanto del niño y los familiares, resto de síntomas asociados y una detenida exploración músculo-esquelética. Una limitación de la movilidad de una cadera en un recién nacido, junto con otros síntomas infecciosos nos tiene que hacer sospechar una artritis séptica de la cadera y su retraso diagnóstico puede tener un resultado fatal. La presencia de un metatarso varo en un recién nacido o un pie talo, nos tiene que hacer pensar en un minuciosa exploración y un seguimiento de una posible DDC, o una gonalgia con síntomas de cojera en un adolescente puede ser diagnosticada de una osteocondritis de Schlatter-Osgood sin sospechar la Epifisiolisis de la cabeza femoral.

Que el diagnóstico sea preciso nos va a llevar a un tratamiento apropiado, es decir que sea necesario, que sea eficaz para la detención de esta incapacidad, y por último que los beneficios estén por encima de los riesgos y de los indeseados efectos psicosociales negativos. Tanto los pediatras como los ortopedas infantiles hemos asistido a niños intervenidos innecesariamente o con resultados desfavorables con el paso del tiempo, o que han sufrido durante tiempo un uso y abuso de tratamientos ortésicos innecesarios.

El inconveniente más grande del arte de curar es tener que iniciar un tratamiento antes de tener claro el diagnóstico (Marañón 1950).

En una inmensa mayoría la labor del especialista va a ser el de tranquilizar a los padres, ya que muchos de ellos acuden con la idea, de intentar tener unos niños “perfectos”, pensando en poder prevenir algunos problemas que ellos tienen sin atender a lo amplio del margen de la “normalidad”.

Cualquier alteración morfológica de las articulaciones nos va a llevar a unas asimetrías de cargas biomecánicas, que con

el paso de los años producirán la consiguiente aparición de las artrosis o desgastes articulares desde el punto de vista mecánico o funcional y las consiguientes alteraciones de los movimientos normales aumentando el desgaste energético, aparición de dolor e impotencia funcional.

La historia de la ortopedia infantil desde los primeros tratados hasta nuestros días ha ido sufriendo importantes cambios a raíz de la desaparición paulatina de los grandes problemas que afectaban a los niños, como la osteomielitis, el raquitismo y la poliomiелitis, que afortunadamente se han ido erradicando con la aparición e introducción de los antibióticos, los avances

socioeconómicos y culturales que junto con los avances de la pediatría fueron subsanando las frecuentes alteraciones óseas del raquitismo, la introducción masiva de la vacuna de la polio que era otra de las importantes enfermedades que afectaban al desarrollo Infantil y junto a los avances en el campo de la Obstetricia con la prevención de las malformaciones neonatales así mismo con los avances en el campo de la asistencia a los traumatismos en la infancia y la prevención de las secuelas, gracias también a los avances tanto en los medios diagnósticos como quirúrgicos en la curación sin secuelas de la patología músculo-esquelética infantil.

Macedonia de exantemas, ¿encuentras tu fruta?

Javier Pellegrini Belinchón*, Gema García Ron**

*Pediatra de Atención Primaria. Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia de Salamanca. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. Vicepresidente de la SEPEAP.

**Pediatra de Atención Primaria. Vocal regional por Madrid de la SEPEAP

El exantema es un signo que constituye un motivo frecuente de alarma y por lo tanto de consulta en pediatría de Atención Primaria. Se puede definir como una erupción cutánea de morfología, extensión y distribución variables, muchas veces generalizada, asociada a una enfermedad sistémica de causa infecciosa o de otra etiología.

Aunque no se conocen todos los mecanismos capaces de producir las lesiones cutáneas, se aceptan distintos procesos desencadenantes como el daño directo por los organismos patógenos (virus o bacterias), por sus toxinas o por la respuesta inmune del organismo al agente agresor. Así, hay casos en que es posible detectar el virus en la piel o en las lesiones, como en el caso de la varicela, o bien los anticuerpos circulantes son los causantes del exantema y no es posible detectar el virus en la piel. Se conocen numerosos agentes infecciosos, toxinas, medicamentos o enfermedades inflamatorias como responsables de exantemas en la infancia.

El exantema no puede ser considerado como una enfermedad en sí mismo, sino como un rasgo de la enfermedad que aunque es cierto que en ocasiones puede ayudar al diagnóstico, no es raro que sea la clínica acompañante la que determine las sospechas y posibilidades diagnósticas.

Dada la limitación de espacio y tiempo, no es posible tratar de forma exhaustiva toda la variedad de exantemas que pueden presentar los niños, por lo tanto, **la finalidad de este taller sobre enfermedades exantemáticas en la infancia es proporcionar al pediatra una metodología útil para poder enfocar de forma práctica una sospecha diagnóstica ante un niño que presenta un exantema.**

Salvo en casos muy concretos, es muy importante no pretender hacer un diagnóstico visual ante la presencia de un exantema basándose exclusivamente en su aspecto morfológico. Es necesario sistematizar un protocolo diagnóstico que ayudará a enfocar el problema con más garantías de éxito.

En primer lugar es preciso hacer una anamnesis correcta y dirigida, que debe incluir necesariamente:

- Signos y síntomas acompañantes como tos, enantema, prurito, otros signos y síntomas, si tiene fiebre, los días de evolución y su relación con el exantema.
- Factores precipitantes sospechosos como fármacos, exposición solar, tipo de calzado, ambiente epidemiológico.
- Inmunizaciones recibidas, otras enfermedades exantemáticas pasadas, país de procedencia si se trata de niños inmigrantes teniendo en cuenta las enfermedades prevalentes de la zona, medicaciones administradas, recordar la relación entre mononucleosis infecciosa y algunos antibióticos betalactámicos.

Posteriormente es necesario realizar la exploración del niño desnudo.

Recordar las lesiones elementales o primarias dermatológicas: mácula, pápula, parche (mancha o placa), habón, nódulo, quiste, vesícula, ampolla, pústula, petequia y púrpura. Se describen en la tabla I.

Las lesiones secundarias son debidas a la evolución de las anteriores, por sobreinfección, rascado o tratamiento y son: costras, escamas, escoriaciones, fisuras, llagas, cicatrices, atrofas o liquenificación.

- En primer lugar es fundamental descartar la presencia de petequias, hemorragias que no desaparecen con la vitropresión o digitoextensión, y que en ocasiones como las petequias de esfuerzo puedan ser banales pero otras veces pueden indicar la posibilidad de enfermedades muy graves.

Tabla I. Lesiones elementales

Lesión	Descripción
Mácula	Un área circunscrita de cambio de color en la piel sin elevación o depresión. No es palpable. Pueden ser de cualquier color
Pápula	Lesión superficial que hace relieve. Se toca
Mancha o placa / Parche	Máculas o pápulas de más de 1 cm
Habón o roncha	Pápula edematosa transitoria (evanescente)
Nódulo	Lesión sólida, palpable, redondeada o elipsoidal que crece en profundidad. Puede afectar a epidermis, dermis o tejido subcutáneo. Tamaño variable
Vesícula	Levantamiento de la piel con contenido líquido de menos de 1 cm
Ampolla	Vesícula con tamaño mayor de 1 cm
Pústula	Vesícula con contenido purulento
Quiste	Cavidad rodeada de una cápsula. Generalmente en la dermis. Contenido variado
Petequia	Extravasación de sangre menor de 1 cm No desaparece con la vitropresión o digitoextensión
Púrpura	Extravasación de sangre mayor de 1 cm

Tabla II. Exantemas. Diagnóstico diferencial clínico

Enfermedad	Causa	Pródromos	Signos asociados	Exantema
Sarampión	Paramixovirus	Fiebre. Tos	S. de Koplik	Morbiliforme. Maculo papuloso confluyente
Rubéola	Togavirus	Febrícula	Adenopatías	Maculo papuloso no confluyente
Exantema súbito	Virus Herpes tipo 6 - 7	Fiebre tres días	¿Convulsiones? Fontanela tensa	Morbiliforme
Eritema infeccioso	Parvovirus B19	Afebril	Prurito leve	Cara en bofetón Reticular
Escarlatina	Estreptococo	Fiebre. Amigdalitis	Lengua aframbuesada S. de Pastia	Escarlatiniforme Confluyente Cara en bofetón
Mononucleosis Infecciosa	Virus Epstein - Barr	Fiebre. Amigdalitis	Poliadenopatías Esplenomegalia	Asociado a antibióticos
Enfermedad de Kawasaki	Desconocida	Fiebre > 5 días Adenopatías	Labios rojos Edema distal Conjuntivitis	Muy variado Polimorfo Descamación distal
Varicela	Virus Varicela Zoster	Malestar	Prurito	Macula, pápula, vesícula, costra Distintos estadios
Enfermedad de Gianotti Crosti	Paraviral	No	Adenopatías	En cara y extremidades
Exantema pleriflexural asimétrico	Paraviral	Adenopatía regional	Levemente pruriginosas	Pápulas en axila y parte lateral del tronco
Eritema multiforme	Infecciones Fármacos	No	Ocasionalmente prurito o leve quemazón	Lesión en diana. Anillo interior pálido con centro más oscuro o necrótico
Pitiriasis rosada	Paraviral	Mancha heráldica. Lesión redonda u ovalada solitaria anular	Levemente pruriginosas	Posteriormente, aparecen pápulas eritematodescamativas de color rosado y marrón, ocasionalmente en forma de árbol de navidad

- Aunque estén descritos los exantemas urticariales, es preciso diferenciar bien el habón como lesión evanescente típica de la urticaria, del exantema maculo papuloso habitual de determinados procesos víricos de la infancia.
- Describir el exantema con la presencia o no de máculas, pápulas, vesículas, ampollas, pústulas, nódulos, si se acompaña de afectación de mucosas, enantema, su distribución, si es simétrica o no, si tiene tendencia a la confluencia de las lesiones, forma de presentación, predominio en cara tronco o extremidades, si respetan o no palmas y plantas, la forma de la lesión si es redondeada, reticular, lineal... y la evolución según pasan las horas o los días.

La clasificación morfológica de los exantemas se pueden definir como:

- Maculo-papuloso morbiliforme. Maculas y pápulas eritematosas, con zonas de confluencia que dejan zonas de piel sana interpuesta. Se suelen presentar y resolverse de forma cráneo-caudal dejando una fina descamación furfurácea (en salvado).
- Escarlatiniforme. Pápulas eritematosas con tendencia a la confluencia que se caracterizan por un enrojecimiento inflamatorio extenso de la piel. En estas lesiones extensas

no se distinguen zonas de piel sana. Suele ser áspero al tacto.

- Reticular o “en encaje”: máculo-eritematoso con aclaración central y configuración reticulada o marmolada. Hay mucha piel sana interpuesta.
- Urticarial habonoso. Lesiones eritematosas habonosas, que al hacer la vitropresión o digitoextensión, desaparece el color pero no el edema. Pueden tener una distribución geográfica, imitando mapas y en ocasiones, se unen formando lesiones anulares o serpiginosas. Suelen ser evanescentes.
- Petequial purpúrico. Se caracteriza por lesiones que no desaparecen con la vitropresión o diascopia, que se producen por extravasación de la sangre llamadas petequias o púrpuras si la extensión es mayor.
- Vesículo/ampollosa: caracterizado por lesiones elevadas con contenido seroso, fibrinoso, hemorrágico... y de diámetro variable, menor de 1 cm, en el caso de las vesículas, y mayor si son ampollas.
- Multiforme o polimorfo: máculo-pápulo-eritematoso, suelen ser lesiones circulares, a veces como anillos concéntricos con lesiones “fijas”, por lo menos una en diana y/o polimorfismo evolutivo.

A lo largo del taller se desarrollará la metodología diagnóstica para hacer un adecuado diagnóstico diferencial de las enfermedades exantemáticas más frecuentes en el niño (Tabla II).

Bibliografía

1. Kock WC. Parvovirus. En Kliegman RM, Stanton BF, St Geme III JW, editores. Nelson Tratado de Pediatría. 20ª ed. Barcelona. Elsevier España. 2016:1643-7.
2. Silva Rico JC, Torres Hinojal MC, Diagnóstico diferencial de los exantemas. *Pediatr Integral* 2014; XVIII(1): 22-36.
3. González Hachero J, González Soria MD. Sarampión. Rubéola. En Cruz M. Editor. Cruz Tratado de pediatría. Madrid. Editorial Médica Panamericana; 2014: 878-895.
4. Codina Puig X. Exantemas. En de la Flor i Brú J, Bras i Marquillas J, Ridao Redondo i Redondo M, Roger i Azemar M. Pediatría en Atención Primaria. Madrid. Ergon. 2018:473-480.
5. Madrigal Díez V y Madrigal Díez C. Enfermedades Exantemáticas. En Del Pozo Machuca J. Redondo Romero A, Gancedo García MC, Bolívar Galiano V Editores. Tratado de Pediatría extrahospitalaria. 2ª ed. Madrid. Ergon. 2010: 955-972.
6. Pellegrini Belinchón FJ. Exantemas en la infancia. Curso de actualización en Atención Primaria. Dermatología básica en Atención Primaria. Garavís González JL editor. Madrid. IMC editores. 2007:293-301.
7. Albisu Andrade Y. Exantemas. En Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollan J, Editores. Pediatría Extrahospitalaria. Fundamentos clínicos para atención primaria. Madrid. Ergon; 2008: 435-442.
8. Fernández Fraga P, Fervenza Cortegoso C, Aracil Santos FJ. Enfermedades exantemáticas de origen infeccioso. En Guerrero-Fernández J, Cartón Sánchez A, Barreda Bonis A, Menéndez Suso J, Ruiz Domínguez J editores. En Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2018:1273-1300.

Reanimación cardiopulmonar básica en Pediatría

Ignacio Manrique Martínez*, Valero Sebastián Barberán**, Alejandro Fernández Calatayud**

*Presidente del Grupo de RCP pediátrica y neonatal del GERCPPYN, Valencia.

**Coordinador autonómico del Grupo de RCP pediátrica y neonatal del GERCPPYN, Valencia.

Concepto

La reanimación cardiopulmonar (RCP) básica es el conjunto de maniobras que permiten identificar si un niño está en situación de Parada Cardiorrespiratoria (PCR) y realizar una sustitución de las funciones respiratoria y circulatoria, sin ningún equipamiento específico, hasta que la víctima pueda recibir un tratamiento más cualificado.

La RCP básica hay que iniciarla lo antes posible. Su objetivo fundamental es conseguir la oxigenación de emergencia para la protección del SNC y otros órganos vitales.

Las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica son fáciles de realizar y cualquier persona puede aprenderlas. Todos los ciudadanos deberían conocer y entrenarse en estas maniobras.

Pasos de la Reanimación Cardiopulmonar básica

La RCP básica consta de una serie de pasos o maniobras que deben realizarse de forma secuencial (Fig. 1). Es imprescindible recordar bien el orden de los pasos de una reanimación cardiopulmonar, ya que el error en la secuencia puede llevar al fracaso de la reanimación. No se debe pasar de un paso a otro sin estar seguros de que la maniobra anterior esté correctamente realizada.

La reanimación cardiopulmonar debe realizarse de forma rápida, pero sin apresurarse para asegurar que cada una de las maniobras sea efectiva.

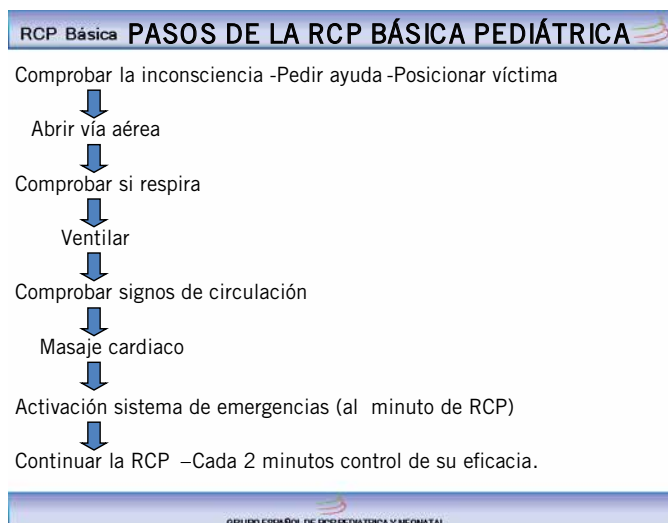


Figura 1. Secuencia de RCP básica en lactantes y niños.

1. **Conseguir la seguridad del reanimador y del niño.**
2. **Comprobar la inconsciencia.** Se comprobará la respuesta del niño ante estímulos como: hablarle en voz alta (por su nombre en niños que puedan responder), pellizcos y palmadas. Si el niño no responde, se continuará con los siguientes pasos de la reanimación cardiopulmonar básica.
3. **¡Pedir ayuda!** Si solo hay un reanimador, se solicitará ayuda a las personas del entorno, gritando ayuda, pero sin abandonar al niño para solicitar la ayuda (ni retrasar la RCP para usar un teléfono móvil). Si hay otra persona presente, se le ordenará que alerte al SEM mediante el número universal de emergencias 112 o al equipo intrahospitalario de atención a la parada cardíaca.
4. **Abrir la vía aérea.** Puede conseguirse con las siguientes maniobras:
 - Maniobra frente-mentón.
 - Maniobras de elección en niños con sospecha de traumatismo cráneo-cervical:
 - Maniobra de elevación mandibular-triple maniobra modificada.
 - Maniobra de tracción mandibular.
5. **Comprobar la respiración.** El reanimador, mientras mantiene una adecuada apertura de la vía aérea, aproximará el oído y la mejilla a la boca del niño para sentir movimientos torácicos y/o abdominales, oír ruidos respiratorios y sentir si el aire golpea la mejilla (VOS ver, oír, sentir) como máximo durante 10 segundos.
6. **Ventilar (Insuflaciones - respiraciones de rescate).** Los profesionales sanitarios deben efectuar inicialmente 5 insuflaciones/respiraciones de rescate para conseguir que, al menos 2 de ellas, sean efectivas.
 - Técnicas de ventilación: Lactante: Boca a boca/nariz. (20 ventilaciones por minuto) y Niño: Boca a boca (12-20 ventilaciones por minuto).
7. **Comprobar signos de circulación.** Se deberá buscar la existencia de signos de vitales (respiraciones normales descartando las agónicas, tos o movimientos) durante un máximo de 10 segundos. En el caso de profesionales entrenados si están seguros de poder palpar los pulsos centrales podrán tomarlo durante un tiempo máximo de 10 segundos.
8. **Masaje cardíaco (compresiones torácicas).** Puntos de referencia para el masaje cardíaco: Tanto en los lactantes como en los niños, se deben realizar las compresiones torácicas sobre el tercio inferior del esternón, aproximadamente un dedo por encima del apéndice xifoides.
 - Masaje cardíaco en el lactante: la compresión torácica se puede realizar:

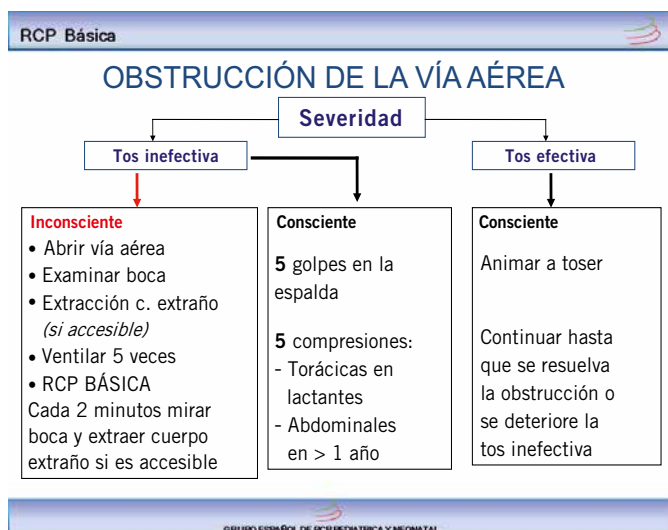


Figura 2. Secuencia de desobstrucción en lactantes y niños con sospecha de obstrucción de vía aérea.

- Con dos dedos: Esta técnica es preferible cuando hay un solo reanimador.
- Abarcando el tórax con las dos manos: Cuando hay dos reanimadores.
- **Masaje cardíaco en el niño mayor de un año:** la compresión torácica se puede realizar:
 - Con una mano: se localizará la zona de masaje colocando el talón de la mano en la parte inferior del esternón.
 - Con dos manos. La frecuencia del masaje será de aproximadamente 100-120 por minuto (unas 2 compresiones por segundo).

9. Relación masaje cardíaco-ventilación. La relación compresiones/ventilaciones recomendada para lactantes/niños de cualquier edad es de 15:2. En el caso de que el reanimador se encuentre solo puede utilizar la relación 30:2 del adulto para evitar los cambios frecuentes entre respiraciones y compresiones. Esta misma relación 30:2 es la misma que se recomienda para el personal no sanitario.

10. Activar el sistema de emergencias (SEM). Podemos encontrarnos con tres posibles supuestos:

- Supuesto 1: si hay solamente un reanimador, éste efectuará las maniobras de RCP durante al menos 1 minuto, y tras ello llamará a 112 o dará indicaciones si ha llegado la ayuda.
- Supuesto 2: cuando hay más de un reanimador, uno de ellos efectuará inmediatamente la reanimación, mientras que el otro pide ayuda y una vez solicitada ayudará en la reanimación.
- Supuesto 3: solamente en los raros casos en que el reanimador observa que el niño presenta una pérdida brusca de consciencia y sospecha que es de origen cardíaco (niño con colapso súbito presenciado), debe llamar primero y a continuación empezar la reanimación, dado que lo más probable es que este niño necesite desfibrilación.

11. Comprobación de la eficacia de la reanimación. Cada dos minutos de RCP básica deben suspenderse durante un máximo de 5 segundos las maniobras de reanimación para

comprobar si se han recuperado signos vitales y/o pulso y la respiración espontánea.

Obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño (OVACE)

Maniobras de desobstrucción

Objetivo fundamental de las maniobras no es expulsar el cuerpo extraño sino desobstruir la vía aérea.

Las maniobras serán diferentes según:

- La víctima este consciente o inconsciente.
- Con tos efectiva o no.
- Respiración efectiva o no.
- La edad de la víctima: Lactante o niño.

En base a estos cuatro puntos nos podremos encontrar ante tres situaciones diferentes, niño/lactante (Fig. 2).

Cuando la tos es inefectiva hay que actuar inmediatamente, existiendo diferencias en las maniobras a realizar según se trate de un lactante o un niño:

a. **En lactantes** (Fig. 3):

- 1º Examinar la boca y eliminar cualquier cuerpo extraño visible.
- 2º Dar 5 golpes en la espalda (interescapulares): con el talón de la otra mano en la zona interescapular con golpes rápidos y moderadamente fuertes.
- 3º Dar 5 golpes en el pecho: Se efectuarán cinco compresiones torácicas con dos dedos (índice y medio) en la misma zona que el masaje cardíaco, pero más fuertes y más lentas y en dirección a la cabeza.
- 4º Examinar nuevamente la boca y ver si existe un cuerpo extraño, extrayéndolo si es posible.
- 5º Si el cuerpo extraño no ha sido expulsado y la víctima permanece aún consciente se debe seguir con la secuencia de golpes en la espalda y compresiones torácicas, hasta que empiece a toser o respirar o pierda la consciencia.

b. **En niños** (Fig. 3):

- 1º Examinar la boca y eliminar cualquier cuerpo extraño visible.

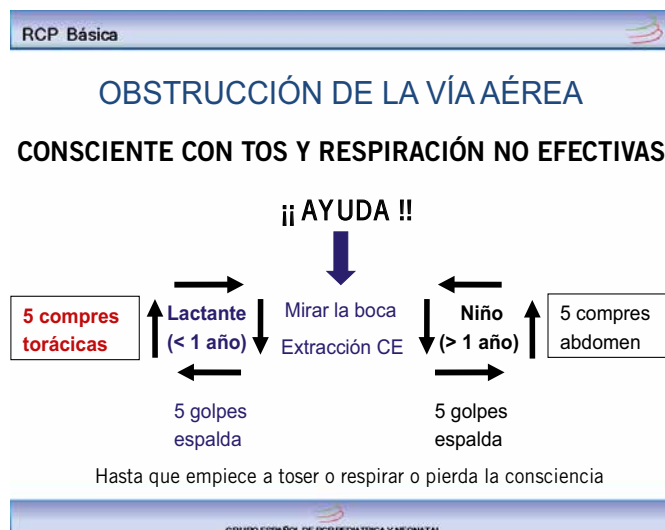


Figura 3. Secuencia de desobstrucción en lactante/niño consciente con tos y respiración no efectivas.

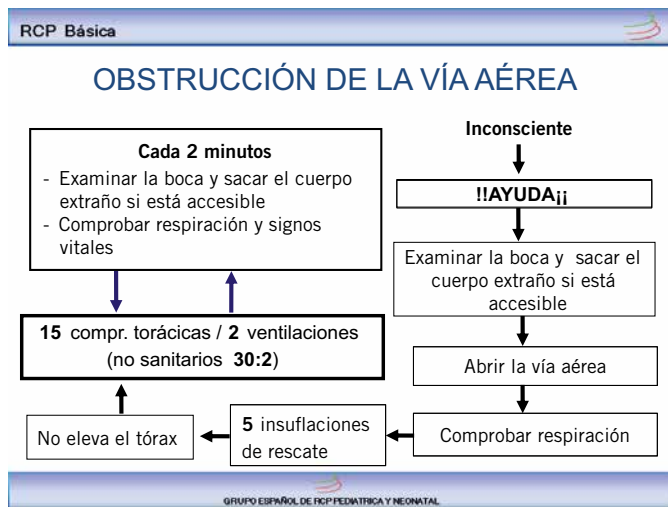


Figura 4. Secuencia de RCP para desobstrucción en lactante o niño inconsciente.

- 2º Golpes en la espalda (interescapulares), se debe sujetar al niño en una posición inclinada hacia adelante y darle los cinco golpes en la espalda.
- 3º Compresiones abdominales (Maniobra de Heimlich).
- c. **Inconsciente:** se actuará como si el niño estuviera en **parada cardiorrespiratoria**, utilizando el mismo algoritmo en el lactante y el niño. Se realizará RCP básica con masaje y ventilación sin tener en cuenta que el paciente tiene un cuerpo extraño. El masaje cardíaco **es la maniobra de desobstrucción**. Los golpes en la espalda, los golpes torácicos y las compresiones abdominales intentan aumentar la presión intratorácica para expulsar el cuerpo extraño (Fig. 4).

Comunicado CERCP acerca de los nuevos dispositivos publicitados para la desobstrucción de la vía aérea

Con motivo de la reciente aparición de varios dispositivos que se están publicitando como útiles para realizar la desobstrucción de la vía aérea en los atragantamientos, y ante las consultas recibidas en el Consejo Español de Reanimación Cardiopulmonar (CERCP) a propósito de la utilidad de estos dispositivos, el CERCP quiere manifestar que:

El atragantamiento es un accidente que consiste en la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño, que generalmente puede ser un alimento o cualquier objeto sólido, y en los niños habitualmente también pequeñas piezas de juguetes.

Este objeto o alimento obstruye la entrada de aire en la garganta de la víctima, provocando un cuadro repentino de asfixia que, si no se resuelve en pocos minutos, de manera espontánea o con ayuda externa, conduce a una disminución muy importante de oxígeno en la sangre, que provoca una pérdida del conocimiento y que llevará a una situación de parada cardiorrespiratoria y muerte cerebral si no se consigue resolver el episodio (Fig. 5).



Figura 5

La SEORL (Sociedad Española de Otorrinolaringología) ha comunicado un total de 2.336 personas fallecidas por esta causa en España, de los cuales 2.212 personas tenían una edad por encima de 65 años y el resto de los 124 pacientes entre los 2-4 años. Las personas ancianas suelen tener problemas para tragar alimentos sólidos e incluso líquidos, esto se llama disfagia y suele estar asociado a diferentes enfermedades como las demencias, accidentes cerebrovasculares, Parkinson, etc. y pueden producir un atragantamiento.

A lo largo de los años, se han descrito diferentes maniobras para desobstruir de la vía aérea por un atragantamiento. Desde 1933 la Cruz Roja Americana recomendaba los golpes en la espalda (interescapulares) en caso de atragantamiento. Hacia 1970, técnicas como los golpes interescapulares y las compresiones torácicas, fueron recomendadas por la "Cruz Roja Americana" y la "American Heart Association" (Asociación Americana del Corazón) para solventar el problema del atragantado. En 1974 se publica la maniobra de Heimlich,

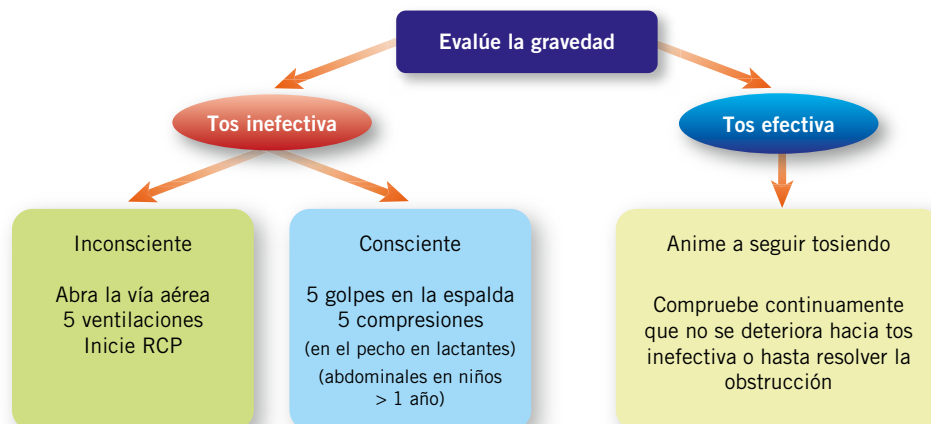


Figura 6

consistente en la compresión abdominal del paciente para conseguir expulsar el objeto extraño, conociéndose en la actualidad como “compresiones abdominales”.

En la actualidad, las guías internacionales Americanas y Europeas para la desobstrucción de la vía aérea, recomiendan tanto en adultos como en niños mayores de un año de edad, para los casos de obstrucciones graves o completas en el paciente consciente la maniobra de 5 golpes interescapulares y 5 compresiones abdominales, mientras que en las obstrucciones incompletas (con tos eficaz) se recomienda estimular a que el paciente tosa (Fig. 6).

Este tipo de maniobra no está exenta de posibles complicaciones, y aunque son poco frecuentes, están descritas algunas, como lesiones traumáticas de estómago, esófago, yeyuno, contusiones mesentéricas, aspiración traqueal tras vómito, etc. No obstante, el riesgo de producir potenciales escasas lesiones se ve claramente superado por el amplísimo beneficio de poder acabar con el atragantamiento.

Dispositivos antiatragantamiento

En los últimos años, hemos asistido a la implementación y salida al mercado de varios de ellos. En la actualidad, en el mercado español existen 2 dispositivos:

- Lifevac (Fig. 7).
- Dechoker (Fig. 8).



Figura 7. Lifevac.



Figura 8. Dechoker.

Consiste en una máscara parecida a las mascarillas de ventilación que se utilizan habitualmente, y que permite el sellado a la cara.

Un segundo componente de este dispositivo es un generador de succión parecido a un embolo. Es parecido a un “desatascador” que origina una aspiración al comprimirla. La conexión entre los dos componentes dispone de una válvula unidireccional que controla la dirección de la presión del flujo de aire hacia el exterior e impide que el cuerpo extraño se desplace hacia abajo.

Respecto a las experiencias publicadas en la bibliografía médica internacional acerca del uso de éste dispositivo, solo hay publicados algunos ensayos a nivel experimental en animales, en cadáveres y en modelos de simulación con maniqués. Se han referenciado una serie escasa de empleo anecdótico de este dispositivo en personas vivas, que no son concluyentes para afirmar su efectividad y sobre todo su seguridad de uso y posibles efectos perjudiciales para el paciente en las estructuras faringolaríngeas o en los pulmones.

Este dispositivo consta de una mascarilla para sellado de boca y nariz. Tiene un tubo que se coloca encima de la lengua y todo ello va unido a un cilindro con un embolo para la aspiración.

Hay dispositivos para niños a partir de 12 meses y otros dos modelos más según edad y tamaño.

No hemos encontrado ninguna referencia en la literatura de este dispositivo, ni sabemos qué tipo ni intensidad de succión que realiza.

Ambos dispositivos están registrados en la FDA (agencia del gobierno de los Estados Unidos responsable entre otros, de la regulación de medicamentos y material de uso sanitario) como un dispositivo de succión.

Conclusiones

Tras analizar la escasa bibliografía médica disponible en la actualidad, acerca de la indicación y seguridad de uso de estos dispositivos en los atragantamientos y teniendo en cuenta las altas presiones de succión que se han detectado, que podrían ser dañinas para el paciente, especialmente para el niño, el CERCP recomienda seguir actuando ante los atragantamientos tal y como indican las recomendaciones internacionales mediante la tos, golpes en la espalda y compresiones abdominales.

Es necesario disponer en el futuro de más estudios para poder concluir que el uso de estos dispositivos es eficaz y seguro para los pacientes y que sea incorporado a las Guías internacionales como un método para utilizar en los atragantamientos.

Bibliografía

1. Atkins DL, Everson-Stewart S, et al. Epidemiology and outcomes from out-of-hospital cardiac arrest in children: the Resuscitation Outcomes Consortium Epistry-Cardiac Arrest. *Circulation*. 2009; 119:1484-91.
2. Babbs SF, Nadkarni V. Optimizing chest compression to rescue ventilation ratios during one-rescuer CPR by professionals and lay persons: children are not just little adults. *Resuscitation*. 2004; 61(2): 173-81.
3. Berg RA, Hilwig RW, Kern KB, Ewy GA. “Bystander” chest compressions and assisted ventilation independently improve

- outcome from piglet asphyxial pulseless “cardiac arrest”. *Circulation*. 2000; 101(14):1743-8.
4. Berg RA, Hilwig RW, Kern KB, Babar I, Ewy GA. Simulated mouth-to-mouth ventilation and chest compressions (bystander cardiopulmonary resuscitation) improves outcome in a swine model of prehospital pediatric asphyxial cardiac arrest. *Crit Care Med*. 1999; 27(9): 1893-9.
 5. Kao PC, Chiang WC et al. What is the correct depth of chest compression for infants and children? A radiological study. *Pediatrics*. 2009; 124: 49-55
 6. Kitamura T, Iwami T, Kawamura T, Nagao K, Tanaka H, Nadkarni VM, Berg RA, Hiraide A. Conventional and chest-compression-only cardiopulmonary resuscitation by bystanders for children who have out-of-hospital cardiac arrests: a prospective, nationwide, population-based cohort study. *Lancet*. 2010; 375(9723): 1347-54.
 7. Meyer A, Nadkarni V, Pollock A, Babbs C, Nishisaki A, Braga M, Berg RA, Ades A. Evaluation of the Neonatal Resuscitation Program’s recommended chest compression depth using computerized tomography imaging. *Resuscitation*. 2010; 81(5): 544-8.
 8. Berg RA., Nadkarni VM, Clark AE, Moler F, Meert K, Harrison RE, & Carcillo J. (2016). Incidence and outcomes of cardiopulmonary resuscitation in PICUs. *Critical care medicine*. 44(4), 798-808.
 9. De Caen AR, Maconochie IK, Aickin R, Atkins DL, Biarent D, Guerguerian AM, & Ng KC. (2015). Part 6: Pediatric Basic Life Support and Pediatric Advanced Life Support: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 132(16 Suppl 1), S177.
 10. Kitamura T, Iwami T, Kawamura T, Nagao K, Tanaka H, & Hiraide A. (2010). Implementation Working Group for the All-Japan Utstein Registry of the Fire and Disaster Management Agency. Nationwide public-access defibrillation in Japan. *N Engl J Med*, 362(11), 994-1004.
 11. López-Herce J, Del Castillo J, Matamoros M, Cañadas S, Rodríguez-Calvo A, Cecchetti C. & Iberoamerican Pediatric Cardiac Arrest Study Network RIBEPCI. (2013). Factors associated with mortality in pediatric in-hospital cardiac arrest: a prospective multicenter multinational observational study. *Intensive care medicine*, 39(2), 309-18.
 12. Nadkarni VM, Larkin GL, Peberdy MA, Carey SM, Kaye W, Mancini ME, Nichol G, Lane-Truitt T, Potts J, Ornato JP, Berg RA. First documented rhythm and clinical outcome from in-hospital cardiac arrest among children and adults. *JAMA*. 2006; 295(1): 50-7.
 13. Sutton RM, Niles D, Nysaether J, Arbogast KB, Nishisaki A, Maltese MR, Bishnoi R, Helfaer MA, Nadkarni V, Donoghue A. Pediatric CPR quality monitoring: analysis of thoracic anthropometric data. *Resuscitation*. 2009; 80(10): 1137-41.
 14. Tibballs J, Russell P. Reliability of pulse palpation by healthcare personnel to diagnose paediatric cardiac arrest. *Resuscitation*. 2009; 80(1): 61-4.

Importancia en la cronobiología en el desarrollo del niño y manejo de diversas patologías del sueño

Grupo de Sueño de la SEPEAP

Gonzalo Pin Arboledas*, Cleofé Ferrández Gomáriz**, Teresa de la Calle Cabrera***, Lucía Monfort Belenguer*, Estefanía Maiques Tobías*, Ramona Mínguez Verdejo*

*Valencia. **Tenerife. ***Salamanca

Introducción

Durante este curso precongreso, el grupo de sueño de la SEPEAP ha considerado destacar la importancia de la cronobiología en el desarrollo del niño como tema central. El lema del día mundial del sueño (13 de mayo) del año 2018 fue **“Únete al mundo del sueño, conserva tus ritmos para disfrutar de la vida”**. El conocimiento de estos aspectos hará que la prevención, diagnóstico y tratamiento de los trastornos del sueño por parte del pediatra de atención primaria sea más adecuada. Por otra parte, este conocimiento se podrá transmitir a los padres y también como educación de salud en las escuelas, y así contribuir a la salud comunitaria. También son muy prevalentes las comorbilidades de los trastornos del sueño y el trastorno del déficit de atención e hiperactividad. El sueño es muy importante dentro del diagnóstico diferencial de los pacientes en estudio por Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y entre ellos de manera especial el TDAH, dado que hay alteraciones del sueño que pueden condicionar manifestaciones durante el día que nos hagan errar nuestro diagnóstico final, y con ello las opciones terapéuticas. Hay también niños con TGD que van a tener problemas de sueño asociados, que aumentarán la sintomatología. El Síndrome de piernas inquietas está infradiagnosticado en pediatría, por ello se ha considerado importante el recuerdo de esta patología. El SAHS infantil puede, si no se trata adecuadamente, tener repercusiones neurocognitivas y cardiovasculares y, por otra parte, el pediatra de atención primaria tiene un papel crucial tanto en el diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de esta patología. Además, un diagnóstico y tratamiento precoces pueden condicionar la reversibilidad de la clínica en la mayoría de los casos.

Importancia en la cronobiología en el desarrollo del niño

A lo largo de la historia, la humanidad ha ido desarrollando mecanismos para medir el tiempo. Los seres humanos primitivos estimaban el tiempo de acuerdo a la posición de los astros (el sol, la Luna y las estrellas) y lo hacían con dos propósitos principales: Determinar la hora del día y el pasaje de las estaciones del año. Los relojes se fueron haciendo cada vez más y más complejos y precisos, se crearon mecanismos que no dependían del sol para dar la hora, con lo que podía medirse el tiempo también durante la noche y en días nublados. **Esto llevó a la larga a que la sociedad asumiera sin ningún tipo de duda que el tiempo real es aquél marcado por los relojes.**

Esta idea llegó a un extremo cuando a fines del siglo XIX se dividió por convención al planeta en 24 husos horarios y se determinó que Greenwich fuera el huso 0.

“Entre los muchos inventos soñados por Herbert George Wells está la famosa “máquina del tiempo”. Con ella, uno puede programar no solo el dónde viajar, sino, y muy especialmente, el cuándo. Atravesar el tiempo externo sigue siendo tarea de la ciencia ficción, pero hay otros tiempos que están al alcance de la mano (y del cerebro, y del corazón, y de todo el cuerpo): los nuestros. Nosotros mismos somos la verdadera máquina del tiempo. Un tiempo interno, recurrente, periódico y bastante predecible. Si bien la biología y la medicina suelen construirse alrededor del dónde y cómo suceden las cosas, el cuándo es una variable fundamental para comprender la armonía del cuerpo sano, sus trastornos en la enfermedad y los nuevos enfoques en los tratamientos clínicos” (Diego Golombek).

Cronobiología (Cambios biológicos que presenta el individuo a lo largo del tiempo): La cronobiología es una ciencia que estudia los ritmos biológicos, que son cambios que ocurren de forma periódica y por lo tanto, son previsibles en las funciones de un organismo (estudia los relojes de nuestra fisiología).

Todas estas funciones fisiológicas, biológicas, químicas e incluso el comportamiento de los sujetos, están sometidas a cambios a lo largo de 24 horas, del día y de la noche. Es lo que llamamos **ritmo circadiano**, que se sincroniza con los horarios de luz y oscuridad y es de 24 horas.

Esto ocurre gracias a la presencia de un reloj circadiano que, en organismos superiores, debido a su complejidad, es considerado un auténtico sistema medidor del tiempo, el sistema circadiano. Este sistema está compuesto por: un marcapasos central, osciladores periféricos, un reloj molecular, retina, glándula pineal y vías de entrada y de salida de información.

El principal regulador de los ritmos circadianos son los núcleos supraquiasmáticos (NSQ), localizados en el hipotálamo anterior^{1,2}.

El marcapasos circadiano debe ajustarse periódicamente por la acción de ciertos factores ambientales, denominados sincronizadores o *zeitgebers*.

Entre estos sincronizadores, el más importante es el ciclo de luz-oscuridad, aunque los horarios de las comidas, la actividad física, los horarios de sueño y los contactos sociales también actúan como sincronizadores³. Cuando todos estos sincronizadores están alineados en una misma fase nos encontramos en condición armonía circadiana que favorece el estado de salud.

La cronodisrupción consiste en la ausencia de armonización de los diferentes relojes del ser humano. La cronodisrupción puede emerger no solo por las alteraciones de los patrones del sueño, *Jet Lag* o polimorfismo genético, sino también puede ser inducida por el momento de la ingesta de alimentos y macronutrientes siendo los relojes periféricos muy sensibles a estos elementos. De ello, la importancia desde la pediatría del cuidado de los horarios de alimentación, actividad física y uso de tecnología de los niños y sus familias. Cuidar esos horarios favorece la armonía circadiana y, con ello, disminuimos la posibilidad de sobrepeso/obesidad, diabetes tipo 2 y otras alteraciones metabólicas.

En el desarrollo del ritmo circadiano se observa que ya en la etapa prenatal existe evidencias del inicio del funcionamiento del marcapasos endógeno así como de la aparición tanto del sueño tranquilo como del sueño activo, durante las últimas 10 semanas de la gestación⁴.

Sin embargo, los ritmos circadianos de la madre predominan y transmiten las variaciones al feto, de manera que desde el tercer trimestre del embarazo y las primeras semanas de vida extrauterina, el sistema circadiano inmaduro del feto y del lactante se sincroniza con el medio ambiente a través de las influencias maternas. Poco a poco disminuye la influencia materna y aumentan las influencias del medio ambiente, especialmente de la luz.

En el desarrollo de estos ritmos circadianos, la madre es el primer “zeigeber” del lactante y puede manipular el medio ambiente donde este se desarrolla, especialmente la exposición a la luz y, al mismo tiempo y de manera recíproca, la actividad del lactante modifica los ritmos circadianos de la madre. Esta interacción sincrónica madre hijo es un precursor básico de la organización e integración fisiológica, cognitiva, emocional y conductual del lactante y, especialmente, de sus ritmos circadianos. En ese sentido y con estudio mediante actigrafía, la correlación postnatal precoz adecuada y rítmica entre madre e hijo se asocia a un tipo de patrón diurno rítmico del niño, mientras que alteraciones en esta sincronización, se relacionan con dificultades de alimentación y a un desarrollo de ritmos circadianos y patrón de sueño erráticos.

La maduración de los patrones es diferente como respuesta a la irregularidad de los ritmos externos, si bien desconocemos la varianza de la aparición del ritmo circadiano atribuible a las diferencias genéticas y/o al comportamiento ambiental^{4,5}.

Cronotipos: Cada individuo tiene un ritmo circadiano endógeno; de tal manera que, según el momento de actividad y descanso, de dormir y despertar, pueden existir diferentes variaciones (cronotipos). Existe un cronotipo matutino, que se duerme y se despierta muy temprano y que está más alerta, con más capacidad de trabajo y ejercicio por la mañana, y un cronotipo vespertino, en el que todos estos procesos se retrasan, ya que se duermen y se despiertan muy tarde. El cronotipo influye en los hábitos y estos pueden inducir adaptaciones metabólicas. La mayoría de la población se encuentra en algún punto intermedio entre ambos cronotipos⁶.

Vivimos en un entorno cíclico de 24 horas y, por lo tanto, casi todos los seres vivos presentan ritmos de 24 horas en sus funciones, pero los ritmos biológicos son endógenos, por lo que en cada ser vivo existe una estructura capaz de organizar las funciones fisiológicas del organismo en función del ciclo día-noche y que tiene la capacidad de sincronización para adaptarse a las condiciones ambientales y adoptar el mismo

periodo que el medio ambiente (relación estable de fase), pero si existe una alteración en los sistemas de mantenimiento del tiempo circadiano, podemos encontrarnos con diferentes tipos de problemas de sueño de origen circadianos, como es: el síndrome de retraso de fase (SRF), relativamente frecuente en edad pediátrica, que puede ir o no acompañado de *jet lag* social. Otros trastornos circadianos, más propios de la edad adulta, son: el síndrome de avance de fase, que consiste en que la persona no puede mantenerse despierta en horarios vespertinos y nocturnos en donde la mayoría de la gente aún está activa, de manera que se duerme pronto, mientras que se despierta en la madrugada sin poder volver a conciliar el sueño; el trastorno del ritmo de sueño irregular; ritmo diferente a las 24 horas (o ritmo en curso libre, propio de invidentes, patología prequiasmática); trabajo por turnos... *jet lag* social⁷.

Los seres humanos vivimos actualmente bajo la influencia de tres tipos de “relojes” o tiempos: El tiempo interno, que es el que marca nuestro reloj biológico, el tiempo social, que nos imponen nuestras obligaciones laborales, familiares y sociales y el tiempo ambiental, que está determinado por la luz y oscuridad generada por el ciclo solar.

Relación entre el sueño y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

El TDAH es un trastorno de carácter neurobiológico originado en la infancia (afecta a un 5,3% de niños y adolescentes en todo el mundo⁸ que asocia un déficit de atención y/o hiperactividad e impulsividad (junto con otros trastornos comórbidos en ocasiones): desde una edad temprana, con una intensidad y frecuencia superior a la normal para la edad y la etapa de desarrollo del niño y que deterioren o interfieran de forma significativa en el rendimiento del niño en dos o más de los ámbitos de su vida: escolar o laboral, familiar y social.

Dentro del estudio de los pacientes con sospecha de TDAH, debemos hacer una buena anamnesis, exploración clínica, descartar causas orgánicas que pueden justificar las alteraciones descritas y entregar cuestionarios tanto a padres como a profesores que nos orienten en la decisión final, así como preguntar por cómo duermen estos pacientes.

El sueño es muy importante dentro del diagnóstico diferencial de los pacientes en estudio por TDAH, dado que hay alteraciones del sueño que pueden condicionar problemas durante el día que nos hagan errar nuestro diagnóstico final y con ello las opciones terapéuticas, así como niños con TDAH que van a tener muchos problemas de sueño asociados, que aumentaran la sintomatología que presentan (prevalencia de hasta un 25-55% (62%) de alteraciones de sueño en niños con TDAH⁹. Dada la imbricación que hay entre el sueño y el TDAH, no podemos hablar de uno sin hacer referencia al otro.

Los niños con TDAH van a tener mayor prevalencia de síndrome de piernas inquietas¹⁰ (el 44%), así como hasta un 26% de los pacientes con un síndrome de piernas inquietas van a tener síntomas de TDAH¹¹. Otras alteraciones del sueño presentes en pacientes con TDAH van a ser mayor índice de apneas-hipopneas, mayor número de despertares por hora¹² e importantes trastornos del ritmo circadiano (debidos ante todo a una secreción retardada de melatonina en estos pacientes, así como a mayor predominio del cronotipo vespertino^{13,14}.

Tabla I. Criterios diagnósticos, especiales de apoyo y clínicos que apoyan el diagnóstico de SPI.
Tomado de Pediatr. Integral. 2018; XXII(8): 412-20

Criterios diagnósticos para el SPI

1. Necesidad imperiosa de mover las piernas, aunque no siempre ha de estar asociada a sensación de dolor o malestar
2. Los síntomas aparecen o se agravan con la inactividad
3. Los síntomas desaparecen o mejoran con el movimiento
4. Los síntomas aparecen o empeoran sobre todo al atardecer y anochecer
5. Estos síntomas no pueden ser explicados por otra condición médica existente

Criterios especiales de apoyo al diagnóstico para SPI

1. El niño debe describir los síntomas con sus propias palabras
2. El médico debe ser consciente de las expresiones que el niño use para describir los síntomas de SPI
3. El lenguaje y desarrollo cognitivo del paciente determinan como se pueden aplicar los criterios diagnósticos de SPI, más que su edad
4. No se conoce si las especificaciones del curso clínico del SPI en el adulto son aplicables a los niños
5. El SPI en el niño afecta al sueño, humor y cognición. También puede deteriorarse el área conductual y educativa
6. En algunos niños, puede identificarse MPP precediendo al diagnóstico de SPI

Criterios clínicos que refuerzan el diagnóstico de SPI

1. MPP más de 5 por hora en polisomnografía
2. Antecedentes de SPI en familiares de primer grado
3. Antecedentes familiares de MPP por polisomnografía
4. Antecedentes de MPP en familiares de primer grado

Especial interés tiene en estos niños la valoración del Inicio de Secreción Nocturna de Melatonina (DLMO) pues en un elevado porcentaje éste se encuentra retrasado favoreciendo la presencia de un SRF.

La valoración de los trastornos del sueño en los pacientes con TDAH se realiza de manera objetiva con exploraciones complementarias como pueden ser la polisomnografía (PSG) y la actigrafía, ya que test como el de latencias múltiples no han demostrado claras diferencias entre los casos y los controles. También disponemos de escalas subjetivas para valoración de estas alteraciones, como son: el BEARS¹⁵, the Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ)¹⁶, the Children's Sleep Behavior Scale (CSBS)¹⁷ y las agendas de sueño¹⁸.

En cuanto al tratamiento, siempre se aconseja tratar primero las alteraciones de sueño que el TDAH en sí, dado que en ocasiones con la mejoría del sueño mejoran también muchos aspectos del TDAH. La medida terapéutica que más éxito tiene en los problemas de sueño es ante todo la higiene de sueño dando pautas para mejorar los hábitos de las familias¹⁹, seguida de la terapia cognitivo-conductual y de las intervenciones farmacológicas, siendo los dos tratamientos más empleados y efectivos el hierro oral y la melatonina²⁰.

Síndrome de piernas inquietas

El síndrome de piernas inquietas (SPI) es un trastorno caracterizado por padecer sensaciones desagradables fundamentalmente en las piernas, aunque pueden ser en otras partes del cuerpo²¹. De manera característica, se agravan con la inactividad y mejoran con el movimiento, provocando que el paciente sienta una necesidad imperiosa de mover las piernas para aliviarlo. Es por esta razón que una de sus consecuencias principales es la alteración que producen en el paciente en el momento de conciliar el sueño. En estudios poblacionales se asocia al Trastorno por Movimientos Periódicos de las Piernas (MPP), con el que parece compartir bases fisiopatológicas²².

El MPP debe ser un diagnóstico diferencial que el pediatra debe tener siempre en cuenta a la hora de valorar un niño con

múltiples despertares nocturnos, especialmente en el contexto de un TGD.

El síndrome de piernas inquietas es un trastorno infradiagnosticado en la población infantil, a pesar de su alta prevalencia en la población adulta de manera que hasta un 4 a 10% de los adultos pueden padecerlo en un grado más o menos leve o severo. En población infantil se estima una prevalencia de alrededor de un 2%²¹. Sin embargo, un porcentaje importante de adultos afectados refieren inicio de los síntomas en la edad infantil o adolescencia. Los síntomas en el niño en ocasiones pasan desapercibidos o se enmascaran detrás de otros procesos, como los conocidos "dolores de crecimiento", entre otros motivos por la incapacidad del niño para describir lo que le pasa. La clínica puede ser más o menos inespecífica, abarcando todo el espectro desde dificultades para conciliar el sueño, despertares nocturnos, sueño inquieto...diferenciando de los clásicos criterios diagnósticos del adulto.

El diagnóstico del SPI infantil, al igual que en el adulto, es clínico. El niño debe cumplir cinco criterios si bien para facilitar el diagnóstico en los niños, el Grupo Internacional de Estudio del Síndrome de Piernas Inquietas añade unos criterios especiales de apoyo al diagnóstico y unos criterios que refuerzan el diagnóstico²³ (Tabla I).

Numerosos estudios relacionan la ferropenia con el Síndrome de Piernas Inquietas, de manera que los pacientes que lo sufren mejoran sus síntomas si los niveles de ferritina aumentan por encima de los 50 ng/mL²⁴.

La ferropenia en niños debe motivar una adecuada valoración por parte del pediatra de Atención Primaria, particularmente en aquellos niños con ferropenias sin causa aparente y con mala respuesta al tratamiento con hierro oral²⁵.

Síndrome de apnea-hipopnea del sueño infantil

Los trastornos respiratorios del sueño en la infancia constituyen una entidad prevalente y con consecuencias importantes, sobre todo en la esfera neurocognitiva. El síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS) en la infancia constituye uno de

Tabla II. Síntomas SAHS		
Síntomas nocturnos	Síntomas diurnos	Asociados a hipertrofia adenoamigdalар
Ronquido - Respiración dificultosa - Sueño inquieto - Despertares frecuentes - Cambios posturales - Respiración bucal - Pausas respiratorias - Sudoración profusa - Hiperextensión del cuello - Enuresis secundaria - Parasomnias: • Pesadillas • Terrores nocturnos • Sonambulismo	- Fatiga - Cefalea matutina - Hipersomnia (no siempre) Trastornos neuropsicológicos y conductuales - Hiperactividad - Déficit de atención - Agresividad - Pobre rendimiento escolar Retraso del desarrollo ponderoestatural - Ausencia o discreta alteración de la respiración	- Respiración bucal - Sequedad de boca /halitosis - Congestión nasal - Infecciones de vías respiratorias altas - Alteraciones del habla

los trastornos respiratorios del sueño, la hipoxia intermitente, asociada a la fragmentación del sueño, producen una respuesta inflamatoria sistémica y el subsiguiente daño multisistémico. La hipertrofia adenoidea y amigdalар es una de las causas frecuentes en la primera infancia y la obesidad infantil ha provocado un aumento en la prevalencia de esta patología²⁶. Tampoco debemos olvidar que algunos pacientes, diagnosticados de trastorno de atención con hiperactividad, pueden tener como causa fundamental esta entidad. El retraso en el diagnóstico provocará importantes secuelas en estos niños, por ejemplo en la esfera neurocognitiva. El papel del pediatra de Atención Primaria es fundamental en el diagnóstico y derivación para su mejor tratamiento. El síntoma más común de los TRS es el ronquido durante el sueño. Es importante preguntar en las revisiones de salud sobre este síntoma. Los pacientes que presentan SAHS muchas veces pasan desapercibidos pues, en muchas ocasiones, los padres no consultan por esta patología y los pediatras deberemos estar atentos a distintos síntomas que pueden presentarse. Los síntomas de estos niños los podemos clasificar en: nocturnos, diurnos y asociados a la hipertrofia amigdalар (Tabla II)²⁷. Hay diferencias en la sintomatología en los niños obesos, más parecida al SAHS del adulto, presentando más frecuentemente: somnolencia diurna asociada y menores síntomas de hiperactividad²⁸. Para el diagnóstico es muy útil la realización de vídeo que nos pondrá en evidencia: las pausas respiratorias, los microdespertares y el esfuerzo respiratorio. Así, el diagnóstico será más preciso y la derivación al ORL o a la unidad de sueño, con mayor número de datos clínicos. El tratamiento correcto evitará las complicaciones²⁹. Hay ciertas patologías que se asocian al SAHS: obesidad, niños con retraso de crecimiento, niños hiperactivos, síndrome de Down, alérgicos, niños con reflujo gastroesofágico, rinitis alérgica, asma, pacientes con malformaciones craneofaciales o también síndromes genéticos²⁷.

Bibliografía

1. Stephan FK, Zucker I. Circadian rhythms in drinking behavior and locomotor activity of rats are eliminated by hypothalamic lesions. Proc Natl Acad Sci USA. 1972; 69: 1583-6.

2. Moore RY, Eichler VB. Loss of a circadian adrenal corticosterone rhythm following suprachiasmatic lesions in the rat. Brain Res. 1972; 42: 201-6.

3. Garaulet M, Madrid JA. Chronobiology, genetics and metabolic syndrome. Curr Opin Lipidol. 2009; 20: 127-34.

4. Mirmiran M, Maas YG, Arigno RL. Development of fetal and neonatal sleep and circadian rhythms. Sleep Med Rev. 2003; 7: 321-34.

5. Ardura J, et al. Desarrollo del sistema circadiano en el R.N. En: Cronobiología Básica y Clínica. Ed: J.A. Madrid, A. Rol del Lama. Madrid 2006.

6. Gombert M, Carrasco-Luna J, Pin-Arboledas G, Codoñer-Franch P. Circadian Rhythm Variations and Nutrition in Children. J Child Sci. 2018; 8: e60-e66.

7. American Academy of Sleep Medicine. The international classification of sleep disorders. 3rd ed. Darien (IL): American Academy of Sleep Medicine. 2014; 190.

8. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry 164:942-948.

9. Corkum P, Tannock R, Moldofsky H (1998) Sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37:637-646.

10. Sadeh A, Pergamin L, Bar-Haim Y (2006) Sleep in children with attention-deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of polysomnographic studies. Sleep Med Rev 10:381-398.

11. Chamorro M, Lara JP, Insa I, Espadas M, Alda-Díez JA. Evaluación y tratamiento de los problemas de sueño en niños diagnosticados de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: actualización de la evidencia. Rev Neurol 2017; 64:413-21.

12. Cortese S, Faraone SV, Konofal E, Lecendreux M (2009) Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of subjective and objective studies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 48:894-908.

13. Gradisar M, Gardner G. Recent worldwide sleep patterns and problems during adolescence: a review and meta-analysis of age, region and sleep. Sleep Med 2011; 12: 110-8.

14. Van der Heijden KB, Smits MG, Van Someren EJ, Ridderinkhof KR. Effect of melatonin on sleep, behavior, and cognition in ADHD and chronic sleep-onset insomnia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46: 233-41.

15. Owens JA, Dalzell V (2005) Use of the 'BEARS' sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. Sleep Med 6:63-69.

16. Owens JA, Spirito A, McGuinn M (2000) The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. Sleep 23:1043-1051.

17. Fisher BE, Pauley C, McGuire K (1989) Children's Sleep Behavior Scale: normative data on 870 children in grades 1 to 6. *Percept Mot Skills* 68:227–236.
18. Hvolby A, Jorgensen J, Bilenberg N (2008) Actigraphic and parental reports of sleep difficulties in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med* 162:323–329.
19. Cortese S et al (2013a) Assessment and management of sleep problems in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 52:784–796.
20. Hvolby A. *Atten. Defic Hyperact Disord.* 2015 Mar;7(1):1-18.
21. Allen RP, Walters AS, Montplaisier J, Hening W et al, Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med.* 2005;165:1286-92.
22. Soto Insuga V, Sans Capdevilla O. Parasomnias. *Epilepsia nocturna y trastornos del movimiento. Pediatr Integral* 2018;XXII(8):412-20.
23. Allen RP, Pichietti DL, Garcia Borreguero D, et al. Restless legs síndrome/Willis-Ekbom disease diagnostic criteria: updated international restless legs síndrome study group consensus criteria-history, rationale, description, and significance. *Sleep Med.*2014;15:860-73.
24. Daubian-Nose P, Frank MK, Maculano A. Sleep disorders: a review of the interface between restless legs síndrome and iron metabolism. *Sleep Science* 2014;7:234-237.
25. Conway M, Marcon P, Meinert P, Durno C et al. A toddler with treatment-resistant iron deficiency anemia. *Pediatrics.*2018;142.
26. Alonso Álvarez ML, Mínguez Verdejo R. Trastornos respiratorios del sueño. Síndrome de apnea-hipoapnea del sueño en la infancia. *Pediatr Integral* 2018; XXII (8): 422 – 436.
27. Alonso-Álvarez ML, Canet T, Cubell-Alarco M, Estivill E, Fernández-Julián E, Gozal D, et al. Documento de Consenso del síndrome de apneashipopneas durante el sueño en niños (versión completa). *Arch Bronconeumol.* 2011; 47: 2-18. *Arch Bronconeumol.* 2011; 47: 0, 2-18. doi: 10.1016/S0300-2896(11)70026-6. Epub 2011 Jun 22. PMID:22682520.
28. Alonso-Álvarez ML, Terán-Santos J, Navazo-Egüia AI, Martínez MG, Jurado-Luque MJ, Corral-Peñafiel J, et al. Treatment outcomes of obstructive sleep apnoea in obese community-dwelling children: the NANOS study. *Eur Respir J.* 2015; 46: 717-27. doi: 10.1183/09031936.00013815. Epub 2015 Jun 11. PMID: 26065566.
29. Hunter SJ, Gozal D, Smith DL, Philby MF, Kaylegaian J, Kheirandish-Gozal L. Effect of Sleep-disordered breathing severity on cognitive performance measures in a large community cohort of young school-aged children. *Am J Respir Crit Care Med.* 2016; 194: 739-47.

Manejo del asma infantil en Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Grupo de asma y alergia de la SEPEAP

Sonia de Arriba Méndez*, Javier Pellegrini Belinchón**, Cristina Ortega Casanueva***

*Servicio de Alergia Infantil. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. **Pediatra de Atención Primaria. Centro Salud Pizarrales. Salamanca.

***Unidad de Alergia y Neumología Infantil. Hospital Quironsalud San José. Madrid

Introducción

PulmiAsma, curso online acreditado, del grupo de trabajo de Asma y Alergia de la SEPEAP (Fig. 1) se ha consolidado en los últimos años como un curso referente en la formación de los pediatras en el asma¹.

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia en España y en otros muchos países, afectando aproximadamente a un 10% de la población infantil de los países desarrollados, según estudios como el conocido ISAAC², que se basa en cuestionarios de síntomas. Existe un amplio consenso que indica que se ha producido un incremento de esta enfermedad, así como de las enfermedades alérgicas, especialmente durante las dos o tres últimas décadas³.

Los distintos consensos nacionales e internacionales, guías de práctica clínica y manuales coinciden en que el fin fundamental del tratamiento es lograr y mantener el control total del asma. Conseguir la ausencia de limitaciones en la actividad normal del niño, ausencia de síntomas y exacerbaciones, así como una función pulmonar normal debe ser la meta. No siempre es posible conseguirlo, pero los esfuerzos de todos, profesionales, pacientes y familia deben ir encaminados a este fin⁴⁻⁶.

Por razones de espacio, en este trabajo se va a tratar de forma resumida, aunque estructurada, el Curso Precongreso sobre Asma que tendrá lugar el XXXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) que se celebrará en la ciudad de Toledo del 17 al 19 de octubre de 2019.

La educación del niño asmático y su familia, pilar fundamental del tratamiento del asma que sí se contempla de forma pormenorizada en PulmiAsma no se aborda en este resumen.

La espirometría y la prueba de broncodilatación en el diagnóstico del asma

El diagnóstico de asma en el niño pequeño es fundamentalmente clínico, pero en cuanto la edad o capacidades del niño lo permitan se deben realizar pruebas objetivas.

La espirometría es una herramienta simple y asequible para su utilización en atención primaria.

La espirometría mide el volumen y la velocidad del aire que se moviliza desde los pulmones hacia el exterior durante una maniobra de espiración máxima, hasta llegar a la capacidad vital forzada (FVC), comenzando desde la capacidad pulmonar total (TLC) tras un llenado máximo pulmonar y terminando al alcanzar el volumen residual. Con la espirometría se pueden determinar volúmenes estáticos y capacidades pulmonares, como la FVC, pero fundamentalmente se determinan volúmenes dinámicos, como el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1), el flujo espiratorio máximo (FEM), el flujo espiratorio forzado entre el 25 y el 75% de la FVC (FEF25-75), etc. Los volúmenes estáticos, como la capacidad residual funcional (CRF), no se miden con la espirometría, sino con otras técnicas más complejas como la pletismografía⁷.

Existen dos tipos de técnicas espirométricas: la simple y la forzada. La espirometría simple es aquella en la que se utiliza todo el tiempo necesario para realizar la maniobra, es decir, cuando se realiza una respiración lenta no dependiente del tiempo. Permite medir la capacidad vital y sus subdivisiones. Cuando dicha maniobra se hace en el menor tiempo posible (en niños, generalmente, 3 segundos) se habla de espirometría forzada. La **espirometría forzada** (Fig. 2) es la que habitualmente se realiza en la clínica. Consiste en realizar una espiración con el mayor esfuerzo y rapidez desde la posición de máxima inspiración hasta llegar al volumen residual. Permite estudiar volúmenes dinámicos y flujos forzados. Si la misma maniobra se registra mediante un neumotacógrafo, el trazado obtenido es la curva flujo/volumen. Es la prueba funcional



Figura 1. Formación en asma infantil: PulmiAsma, guías y otros.

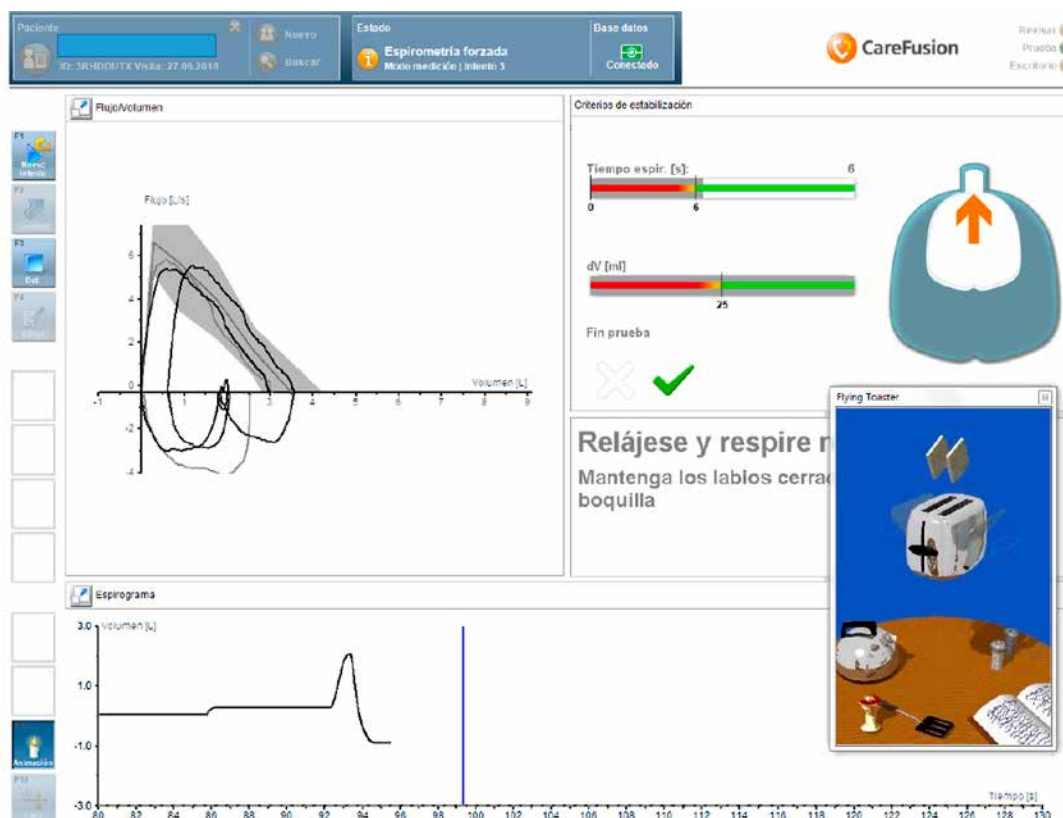


Figura 2. Espirometría.

más frecuentemente realizada en niños con enfermedades respiratorias.

Se deben comparar los resultados con valores teóricos de referencia (edad, sexo y talla).

Según el FEV1, se cuantifica el grado de afectación funcional en leve, moderada o grave (Tabla I).

Asimismo, según los valores obtenidos de la espirometría, clasificamos el tipo de alteración ventilatoria en obstructiva, restrictiva o mixta (Tabla II).

En cuanto a las condiciones para realizar una espirometría, se debe contar con un sanitario que tenga habilidad en el trato con los niños y conocimiento de la representación gráfica. Es conveniente que el espacio físico sea un ambiente agradable y atractivo para los niños. Se debe dar a los padres unos consejos previos al día de la prueba, obteniendo su consentimiento verbal/escrito. Respecto a la medicación, se debe insistir en retirar los broncodilatadores las 6-12 horas previas.

Con carácter previo a la realización de la espirometría, es importante un registro diario de las condiciones ambientales: temperatura ambiente (No < 17°C ni > 40°C), presión

Tabla I. Clasificación de la intensidad de la alteración espirométrica

	Leve	Moderada	Grave	Muy grave
FVC	65-80%	50-64%	35-49%	< 35%
FEV1	65-80%	50-64%	35-49%	< 35%
Ambos	65-80%	50-64%	35-49%	< 35%

atmosférica (mmHg), humedad relativa (%) y calibración. Siempre se debe identificar al niño, indicando la fecha y hora de realización de la prueba, la edad, talla y peso. Además del espirómetro serían necesarios por tanto un tallímetro, una báscula, un termómetro para medir la temperatura ambiente y un barómetro de mercurio. No debemos olvidar la jeringa de calibración ni el adaptador pediátrico del espirómetro⁸.

Para llevar a cabo la realización de la maniobra^{8,9} el niño debe mantenerse en posición de sentado, con la espalda recta

Tabla II. Clasificación de los patrones según los diferentes parámetros espirométricos

	Patrón obstructivo	Patrón restrictivo	Patrón mixto
FVC	Normal o leve disminución	Muy disminuido (<70%)	Disminuido (<70%)
FEV1	Disminuido (<80%)	Disminuido o normal	Disminuido (<80%)
FEV1/FVC	Disminuido (<75-80%)	Normal o aumentado	
FEF 25-75	Muy disminuido (<65%)	Disminuido o normal	

	TRATAMIENTO ESCALONADO	MEDICACIÓN DE CONTROL		
	6	GC orales		Grado de control mínimo: 36 puntos
Evaluación del cumplimiento y técnica inhalatoria	5	GCI dosis altas + ARLT (Si no control valorar añadir: β_2 adrenérgicos de acción larga)		
Control ambiental	4	GCI a dosis medias + ARLT	β_2 adrenérgicos de acción corta a demanda	
Descartar sinusitis	3	CGI a dosis medias o GCI a dosis bajas + ARLT		
	2	GCI a dosis bajas o ARLT		
	1	Sin medicación de control		Grado de control máximo: 0 puntos

Figura 3. Tratamiento de mantenimiento escalonado del asma en menores de 3 años.
(GCI: glucocorticoides inhalados; ARLT: antileucotrienos).

	TRATAMIENTO ESCALONADO	MEDICACIÓN DE CONTROL		
	6	GC orales Omalizumab Ac Monoclonales		Grado de control mínimo: 36 puntos
Evaluación del cumplimiento y técnica inhalatoria	5	GCI dosis altas + LABA (Si no control valorar añadir: ARLT, metilxantinas)		
Control ambiental	4	GCI a dosis medias + LABA o GCI a dosis medias + ARLT	β_2 adrenérgicos de acción corta a demanda	
Descartar sinusitis	3	CGI a dosis medias o GCI a dosis bajas + LABA o GCI a dosis bajas + ARLT		
	2	GCI a dosis bajas o ARLT		
	1	Sin medicación de control		Grado de control máximo: 0 puntos

Figura 4. Tratamiento de mantenimiento escalonado del asma en mayores de 3 años (GC: glucocorticoides orales; GCI: glucocorticoides inhalados; ARLT: antileucotrienos; LABA: β_2 adrenérgicos de acción larga).

y barbilla elevada. Se le colocará la pinza de oclusión nasal, aunque esto no es imprescindible si solo se va a realizar la maniobra espiratoria. Los criterios para considerar una espirometría aceptable en niños son los siguientes⁸:

- Realizar una inspiración profunda (hasta TLC).
- Realizar espiración máxima, hasta el vaciamiento pulmonar total (llegar a RV).
- Mantener una espiración al menos de 2 a 3 segundos.

- Obtener una curva de morfología apropiada y libre de artefactos.
- Realizar un mínimo de 3 y un máximo de 8 maniobras correctas (diferencia entre FVC y FEV1 < 5% o 100 ml; Valores de variables seleccionados entre los mejores valores de FVC y FEV1 obtenidos).
- Colaboración adecuada (a juicio de quien realice la prueba).
- Inicio adecuado: inicio de la espiración rápido y continuado hasta alcanzar flujo cero (en la práctica, se acepta el final de la espiración en los niños cuando el tiempo espiratorio es > 3 segundos).
- Volumen extrapolado (volumen de aire movilizado entre inspiración forzada y comienzo de espiración forzada) < 5% de FVC o < 0,15 l y PEF precoz y pronunciado.
- Tiempo entre inspiración previa y espiración forzada: $\geq 0,25$ s (≥ 1 s preferiblemente).

La reproducibilidad se obtiene tras 3 maniobras aceptables aplicando los siguientes criterios: diferencia entre los dos valores más altos de FVC ≤ 200 ml, diferencia entre los dos valores más altos de FEV1 ≤ 200 ml y variabilidad < 5%.

No existen contraindicaciones absolutas, sino que son relativas y dependen de cada niño y sus circunstancias. Entre ellas figura la falta de colaboración o comprensión en la realización de la prueba.

La espirometría es una técnica sencilla que apenas tiene complicaciones aunque podemos encontrar accesos de tos, broncoespasmo, dolor torácico o de forma más infrecuente, neumotórax o síncope.

Prueba de broncodilatación

Se realiza tras una espirometría basal, se aportan broncodilatadores de acción corta (generalmente 4 dosis de salbutamol en niños con cámara espaciadora, cada una de las pulsaciones separadas 30 segundos). Se pueden utilizar otros broncodilatadores. A los 15-20 minutos se realiza otra espirometría, si el FEV1 aumentó más del 9% del valor teórico o más del 12% del valor basal previo, se considera una prueba de broncodilatación positiva y es muy sugestiva de asma^{1,4,5}.

Tratamiento del asma en el niño. Sistemas de inhalación

Por razones de espacio en esta publicación no se detallará el tratamiento farmacológico del asma (Figs. 3 y 4), que sí se explicará en el curso presencial. Se puede revisar más profundamente el tratamiento no farmacológico y farmacológico del asma en guías clínicas^{4,5} y otras publicaciones del Grupo de Asma y Alergia de la SEPEAP^{1,10,11}. Tal como recomienda la GEMA⁴, para indicar un dispositivo de inhalación adecuado a la edad y posibilidades de cada paciente es preciso: ESCOGER EL DISPOSITIVO atendiendo a la edad, destreza, preferencias y eficacia clínica, EXPLICAR las características del sistema y de las técnicas, DEMOSTRAR cómo se utiliza, COMPROBAR la realización de la técnica y REEVALUAR periódicamente en las visitas de control.

De forma general, para el control de base del asma, la administración de medicamentos inhalados mediante los MDI con o sin cámara espaciadora o DPI es la que reúne mayores



Figura 5. Cámaras espaciadoras con boquilla y/o mascarilla.

Tabla III. Sistemas de inhalación y edad del niño		
	Elección	Alternativa
<4 años	- Inhalador presurizado con cámara y mascarilla facial	- Nebulizador con mascarilla facial
4-6 años	- Inhalador presurizado con cámara espaciadora con boquilla	- Inhalador presurizado con cámara y mascarilla facial - Nebulizador con mascarilla facial
>6 años	- Inhalador de polvo seco - Inhalador presurizado con cámara espaciadora con boquilla	- Nebulizador con boquilla - Inhalador presurizado activado por inspiración

ventajas con respecto a los nebulizadores, puesto que ofrece una mayor rapidez en su acción terapéutica y tiene menos efectos secundarios.

En pediatría, la elección del sistema de inhalación depende fundamentalmente de la edad y de la capacidad de aprendizaje del niño. Se recomienda, como norma general, utilizar las cámaras espaciadoras (Fig. 5) con mascarilla en lactantes y niños pequeños. En cuanto el niño sea capaz de colaborar se debe sustituir la mascarilla por una boquilla. Debemos intentar mantener la cámara espaciadora hasta que el niño domine la técnica de inhalación del polvo seco que no precisa coordinación, dejando solo como una opción para niños mayores o adolescentes bien entrenados la utilización del cartucho presurizado sin cámara (Tabla III).

Por supuesto es necesaria la revisión periódica del sistema de inhalación, de su aplicación correcta y se debe plantear el cambio de un sistema a otro dependiendo de la edad, de la preferencia del niño mayor o cuando el asma no evolucione correctamente.

Bibliografía

<http://www.sepeap.org/http://www.auladeformacionreigjofre.com/cursos/pediatria/pulmiasma/home/contenido>.
Mallol J, Crane J, von Mutius E, Odhiambo J, Keil U, Stewart A; ISAAC Phase Three Study Group. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three: a

global synthesis. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2013 Mar-Apr;41(2):73-85.
Wong GWK. Prevention of Asthma, Charper 2. In: *Implementing precision medicine in best practice of chronic airway diseases* 2019: 73-78.
GEMA 4.4. Guía española para el manejo del asma. Disponible en: www.gemasma.com. Consultado 03 de Julio de 2019.
Global Initiative for asthma (GINA). Disponible en <http://www.ginasthma.org/>. Consultado 03 de julio 2019.
Castillo Laita JA, De Benito Fernández J, Escribano Montaner A, Fernández Benítez M, García de la Rubia S, Garde Garde J, et al. Consenso sobre el tratamiento del asma en pediatría. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67(3):253-73.
Sirvent Gómez J, Korta Murua J, Sardón Prado O, González Pérez-Yarza E. Etiopatogenia, fisiopatología y diagnóstico del asma. *Tratado de neumología infantil*. 2ª edición. Madrid. Ergon. 2009; 655-680.
García-Río F, Calle M, Burgos F, Casan P, Del Campo F, Galdiz JB, et al. Spirometry. Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR). *Arch Bronconeumol*. 2013; 49(9):388-401.
Pellegrini Belinchón J. Ortega Casanueva C. Manejo de inhaladores e interpretación de espirometría: la clave del asma en pediatría. *Pediatr Integral* 2012; XVI. Número especial 15:67-71.
De Arriba Méndez S, Pellegrini Belinchón J, Ortega Casanueva C. Tratamiento del asma. *Pediatr Integral* 2016; XX (2):90-98.
Ortega C, Pellegrini J, De Arriba S. Asma y adolescencia. *Adolescercere* 2018; VI (3): 14-26.

¿Se te podría pasar una inmunodeficiencia en tu consulta?

Diagnóstico y manejo de las inmunodeficiencias primarias en la consulta del pediatra

Sonia de Arriba Méndez

Pediatra especialista en Alergia Infantil. Hospital Universitario de Salamanca

Introducción

El sistema inmune tiene como principal función el diferenciar los antígenos propios, y tolerarlos, de los antígenos que nos son extraños.

Las inmunodeficiencias se clasifican en **primarias**, si son congénitas, es decir si se deben a alteraciones genéticas, que pueden ser heredadas o surgir “*de novo*”, o **secundarias**, como podrían ser las debidas a fármacos inmunosupresores o a enfermedades que cursan con pérdida de anticuerpos o linfocitos, como podrían ser el síndrome nefrótico o la malnutrición.

Son muchas las veces en las que a un pediatra le llama la atención el número de infecciones que está teniendo un niño y considera necesario el iniciar un primer estudio inmunológico que pueda orientarle sobre si realmente está ante un paciente inmunodeficiente o no.

Cualquier pediatra debe conocer los síntomas de alerta de inmunodeficiencia, los grupos más frecuentes de inmunodeficiencias y realizar un estudio básico que permita una orientación diagnóstica previa a su derivación a una consulta especializada. Será importante que sepamos reconocer una inmunodeficiencia grave, dado que deberemos actuar con la urgencia que requiere. También, una vez diagnosticado, en sus controles vigilaremos que cumple las profilaxis antibióticas si las requería y si realiza unas medidas preventivas adecuadas.

Epidemiología

Las inmunodeficiencias primarias (IDP) son enfermedades raras si exceptuamos al déficit aislado de IgA que es mucho más frecuente y afectaría a 1/100-1/1.000 en las diferentes razas y poblaciones¹, aunque se piensa que están infraestimadas por la falta de diagnóstico y de registro de las mismas, estimándose en la actualidad en 1:2.000 recién nacidos vivos².

Signos de alerta de inmunodeficiencia primaria

A veces es difícil saber, sobre todo a ciertas edades, como cuando empiezan la escolarización y tienen frecuentes infecciones, hasta dónde llega la normalidad, o bien, ya debemos iniciar una primera línea de despistaje. Los signos de alerta son discretamente diferentes si el niño es un lactante o se trata ya de un niño mayor³. De forma global destacarían los que se han llamado los “diez signos de alerta” de inmunodeficiencia primaria⁴ (Tabla I). Cumpliendo dos o más de estas señales sería probable un diagnóstico de inmunodeficiencia primaria, por lo cual, el niño debería ser estudiado.

Tabla I. Diez signos de alerta de inmunodeficiencias

1. Cuatro o más otitis en un año
2. Dos o más sinusitis en un año
3. Dos o más neumonías en un año
4. Abscesos recurrentes en órganos o cutáneos profundos
5. Aftas persistentes en la boca o candidiasis después del año de vida
6. Dos o más infecciones profundas, incluyendo la sepsis
7. Dos o más meses tomando antibiótico con escasos resultados
8. Necesidad del uso de antibióticos intravenosos para resolver las infecciones
9. Dificultad para crecer y ganar peso normalmente
10. Antecedentes familiares de inmunodeficiencia primaria

Modificado de Arkwright PD, Gennery AR. Ten warning signs of primary immunodeficiency: a new paradigm is needed for the 21st century. Ann N Y Acad Sci (2011) 1238:7-14.

Otros datos que nos deberían hacer pensar en una posible inmunodeficiencia serían la presencia de bronquiectasias (para las que no exista otra explicación, como broncoaspiraciones, malformaciones de la vía aérea...), la diarrea persistente, la caída del cordón umbilical retardada (más de 4 semanas), la fiebre recurrente o persistente, la presencia de distrofias asociadas a infecciones o las infecciones postvacunales tras las vacunas de virus vivos.

Clasificación de las inmunodeficiencias primarias

Una vez que ya tenemos la sospecha de una posible inmunodeficiencia, debemos iniciar un estudio, pero si conocemos los diferentes grupos de IDP, podremos hacer ese estudio de forma guiada y más efectiva.

Tabla II. Clasificación de las inmunodeficiencias primarias

1. Inmunodeficiencias combinadas
2. Inmunodeficiencias combinadas con características sindrómicas
3. Inmunodeficiencias predominantemente de anticuerpos
4. Enfermedades de disregulación inmune
5. Defectos del número y función de las células fagocíticas
6. Defectos de la inmunidad intrínseca e innata
7. Enfermedades autoinflamatorias
8. Defectos de la cascada del Complemento
9. Fenocopias de inmunodeficiencias congénitas

Tabla III. Clínica en los principales grupos de inmunodeficiencias primarias

Inmunodeficiencias combinadas	- Infecciones graves - Infecciones postvacunales	Desde el nacimiento	- Virus, bacterias, gérmenes oportunistas (Candida, <i>Pneumocystis jirovecii</i> ...)
Inmunodeficiencias predominantemente de anticuerpos	- Infecciones respiratorias, digestivas. - Meningoencefalitis (agammaglobulinemia ligada a X) - Autoinmunidad (citopenias...)	Desde los 5-6 meses	- Gérmenes encapsulados (Neumococo, <i>H. influenzae</i>) - Enterovirus
Defectos del número y función de las células fagocíticas	- Infecciones cutáneas, respiratorias, digestivas - Linfadenitis - Hepatitis. Colitis - Gingivitis - Granulomas	Cualquier edad	- Bacterias (Catalasa + si enfermedad granulomatosa crónica) - Hongos (Cándida, <i>Aspergillus</i> , <i>Nocardia</i>) - <i>Mycobacterias</i>
Defectos de la cascada del Complemento	- Infecciones piógenas - Meningitis y sepsis	Cualquier edad	- Gérmenes encapsulados - <i>Neisseria</i> spp

Se han descrito más de 300 tipos de IP y cada dos años se actualiza la clasificación de las mismas, con el apoyo de la Unión Internacional de las Sociedades de Inmunología (IUIS). La última clasificación⁵, de 2017, diferencia nueve grupos (Tabla II) de IP.

A pesar de ello, si tenemos en cuenta que son cuatro los grupos de inmunodeficiencias que englobarían aproximadamente un 95% de las mismas⁶, conociendo bien los rasgos clínicos de estos cuatro tendremos más fácil la primera orientación del diagnóstico.

Características principales de los diferentes grupos de inmunodeficiencias primarias⁷⁻⁹

Nos centraremos en los cuatro grupos que, como decíamos, constituyen la mayor parte la IP:

- Inmunodeficiencias predominantemente de anticuerpos.
- Inmunodeficiencias combinadas.
- Defectos del sistema complemento.
- Defectos en el número o función de los fagocitos.

Por falta de espacio aquí no se detallan las características de estos cuatro grupos principales, en cambio en el seminario se incidirá en los rasgos diferenciales de ellas para que el pediatra pueda sospecharlas exclusivamente por la clínica.

Diferenciando la clínica (Tabla III) tendremos un diagnóstico de sospecha que nos va a permitir derivarlo con la premura que precise, para posteriormente, en algunos casos, tras la confirmación, realizarle nosotros el seguimiento.

Enfoque diagnóstico desde la consulta de Atención Primaria

Cuando tengamos la sospecha de una IDP, salvo en el caso de sospecha de una inmunodeficiencia combinada grave, la cual derivaremos de forma urgente, lo habitual es que realicemos una analítica.

Un hemograma, unos niveles de inmunoglobulinas y, en ocasiones también, un estudio básico del sistema complemento (C3, C4 y CH₅₀), nos orientarán de forma efectiva nuestra sospecha diagnóstica.

Al pediatra, acostumbrado a los cambios evolutivos del niño, no le será extraño tener que analizar algunas cifras halladas en la analítica (linfocitos e inmunoglobulinas) respecto a la edad del paciente. Así, siempre nos deberían poner en alerta unas cifras de linfocitos por debajo de 3000-4.000 en menores de un año, y en cambio, no deberíamos saber que no es rentable estudiar las subclases de inmunoglobulina G en menores de 7 años.

En el seminario se darán unas pautas a este respecto y se verá la aplicación mediante unos casos clínicos representativos de lo comentado.

Bibliografía

1. Robert W, Hostoffer DO. Selective IgA deficiency: Clinical manifestations, pathophysiology, and diagnosis. En: Stiehm RE, ed. UptoDate, 2019. <https://uptodate.publicaciones.saludcastillayleon.es/contents/selective-iga-deficiency-clinical-manifestations-pathophysiology-and-diagnosis>. Consultado el 13 de Julio de 2019.
2. Bonilla FA, Khan DA, Ballas ZK, Chinen J, Frank MM, Hsu JT et al. Practice parameter for the diagnosis and management of primary immunodeficiency. *J Allergy Clin Immunol*. 2015 Nov;136(5):1186-205.
3. Martín-Mateos MA. Signos guía y pruebas complementarias orientativas para el pediatra. *An Pediatr Contin*. 2011;9(3):145-52.
4. Arkwright PD, Gennery AR. Ten warning signs of primary immunodeficiency: a new paradigm is needed for the 21st century. *Ann N Y Acad Sci* (2011) 1238:7-14.
5. Bousfiha A, Jeddane L, Picard C, Ailal F, Bobby Gaspar H, Al-Herz W, et al. The 2017 IUIS Phenotypic Classification for Primary Immunodeficiencies. *J Clin Immunol*. 2018 Jan;38(1):129-143.
6. Milá Llambí J, Etxagibel Galdos A, Matamoros Flori N. The Spanish Registry of Primary Immunodeficiencies (REDIP). *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2001 May-Jun;29(3):122-5.
7. González de la Calle V, Pérez-Andrés M, Puig Morón N. Inmunodeficiencias primarias. *Medicine*. 2016; 12(21):1191-1200.
8. Martín-Mateos MA. Signos guía y pruebas complementarias orientativas para el pediatra. *An Pediatr Contin*. 2011;9(3):145-52.
9. García Martínez JM, Santos-Díez L, Dopazo L. Diagnóstico de las inmunodeficiencias primarias. *Protoc diagn ter pediatr*. 2013; 1:81-92.

Alimentos y dietas como factores de riesgo y de protección de la salud

José Manuel Moreno Villares, María Concepción Manrique, Xandra Luque

Clínica Universidad de Navarra. Madrid

Las dietas saludables deben ser dietas apetecibles. Si esto es cierto para toda la población, todavía es más evidente para los niños hospitalizados o para los que padecer alguna enfermedad crónica. Desde el Área de Dietas y Alimentación de la Clínica Universidad de Navarra, se trabaja e investiga para adaptar todas las particularidades de las dietas pediátricas para que sean una gastronomía individualizada. En la nutrición personalizada, la comida es una herramienta para conseguir una buena salud, lo que conlleva que existe una relación instrumental entre comida y salud¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone como objetivos para una dieta saludable aumentar el consumo de frutas, verduras, legumbres, frutos secos y cereales integrales; reducir el consumo de azúcares libres a <10% de la ingesta calórica total –e idealmente por debajo del 5%–; reducir la ingesta de grasas saturadas a menos del 10% de la ingesta calórica total y las de grasas y trans a < 1%; y disminuir el consumo de sal a <5 g/día (2 g de sodio)²⁻⁷.

¿Cómo conseguir dietas pediátricas apetecibles siguiendo las recomendaciones OMS?

Para conseguir estos objetivos en la planificación de la dieta se seguirán los siguientes principios:

1. Utilizar frutas y verduras de temporada. Cuidadosa elección de proveedores. Materia prima de buena calidad.
2. Ausencia de alimentos ultraprocesados, elaboramos todo en nuestras cocinas, ya sean dulces o salados, y utilización de masas madre como base.
3. Uso exclusivo del aceite de oliva virgen extra para todas las elaboraciones.
4. Reducción de la sal mediante el uso de aromas naturales a través de especias para realzar sabores (tomillo, romero, orégano, albahaca, cúrcuma, pimienta).
5. Sustitución del azúcar refinado por panela, en las elaboraciones que no es posible eliminarlo, y en la mayoría de elaboraciones utilizar el azúcar presente en los alimentos, con técnicas de cocción apropiadas.
6. Sustitución de harinas refinadas por harinas integrales (chufas, coco, castaña, arroz, centeno, avena, algarroba, sarraceno).

Una de las posibilidades de mejora consiste en dar a conocer grupos de alimentos que están en la sombra y que pueden integrarse como elementos principales en los platos: Algunos ejemplos:

- **Harina de chufas:** con una dulzura intrínseca, para niños con diabetes o aquellos que necesiten un aporte extra de fibra. Libre de gluten.
- **Harina de coco:** Elaborada a base de la pulpa de coco. Rica en fibra (60 g/100 g) y proteínas.
- **Harina de Castañas:** Interesante por su aporte en fibra (9 g/100 g), proteínas (5,6 g/100g), hidratos de carbono (79 g/100 g), y magnesio, potasio, hierro y fósforo. También sin gluten.
- **Harina integral de trigo sarraceno.**
- **Panela:** se obtiene de la evaporación del jugo del azúcar de caña, por lo que preserva la mayor parte de los nutrientes que encontramos en la caña. La FAO (1994) acuñó el término de: *non-centrifugal cane sugar*.

Composición: 75-83 g sacarosa/100 g; 5,5-12 g azúcares reductores/100 g; el resto son diferentes vitaminas, minerales, flavonoides y polifenoles que no pierden en el proceso de elaboración del azúcar blanco.

- **La chía** es una fuente excelente de grasa omega-3 (aproximadamente el 65% del contenido de aceite es de ácido α -linolénico). La semilla de chía es una fuente potencial de antioxidantes con la presencia de ácido clorogénico, ácido cafeico, miricetina, quercetina y kaempferol. Es una gran fuente de fibra dietética. Se utilizan en algunas **ensaladas, pudding, mermeladas, salsas**.

Estas modificaciones, por ejemplo, se materializan en: **desayuno** fruta troceada, batido de leche y algarroba, bizcocho de calabaza, dátil y almendras o **desayunos salados** con pulguita de jamón tomate y aceite de oliva virgen extra. **Merienda** fruta batida de temporada, pulguita de pavo o **meriendas dulces** con galletas de chufa y naranja.

El desayuno constituye una excelente oportunidad de modificar hábitos alimentarios utilizando un número reducido de alimentos y con formas de preparación sencillas⁸, o con refrigerios que contribuyan a mejorar el perfil cardiovascular⁹.

Con modificaciones de este tipo se consigue reducir el contenido energético en un 30%, la grasa saturada en más del 70% y aumentar el aporte de fibra en un 65%.

Durante la presentación se enseñarán algunos de los platos preparados con esta perspectiva.

Conclusiones

Aprovechando la disponibilidad de nuevos alimentos y aunando los conocimientos de la composición de los alimentos junto a la experiencia en el diseño de dietas (gastronomía) es

posible hacer menús pediátricos que no solo sean saludables, sino también apetecibles. La cocina hospitalaria puede contribuir también a la difusión de conocimiento entre la población¹⁰, y con una perspectiva más amplia hacia la creación de una cultura gastronómica saludable.

Bibliografía

1. Nordström K, Coff C, Jönsson H, Nordenfelt L, Görman U. Food and health: individual, cultural, or scientific matters?. *Genes Nutr.* 2013;8(4):357–363. doi:10.1007/s12263-013-0336-8.
2. Hooper L, Abdelhamid A, Bunn D, Brown T, Summerbell CD, Skeaff CM. Effects of total fat intake on body weight. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; (8):CD011834.
3. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003.
4. Fats and fatty acids in human nutrition: report of an expert consultation. FAO Food and Nutrition Paper 91. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2010.
5. Guidelines: Saturated fatty acid and trans-fatty acid intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2018 (Draft issued for public consultation in May 2018).
6. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015.
7. Guideline: Sodium intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2012.
8. Gibney MJ, Barr SI, Bellisle F, Drewnowski A, Fagt S, Livingstone B, Masset G, Varela Moreiras G, Moreno LA, Smith J, Vieux F, Thielecke F, Hopkins S. Breakfast in Human Nutrition: The International Breakfast Research Initiative. *Nutrients.* 2018 May 1;10(5). pii: E559. doi: 10.3390/nu10050559.
9. Hess JM, Jonnalagadda SS, Slavin JL. What Is a Snack, Why Do We Snack, and How Can We Choose Better Snacks? A Review of the Definitions of Snacking, Motivations to Snack, Contributions to Dietary Intake, and Recommendations for Improvement. *Adv Nutr.* 2016 May 16;7(3):466–75. doi: 10.3945/an.115.009571. Erratum in: *Adv Nutr.* 2017 Mar 15;8(2):398.
10. Pereira B, Magalhães P, Pereira R, Azevedo R, Kirkman S, Mourão R, Rosário P. Building knowledge of healthy eating in hospitalized youth: a self-regulated campaign. *Psicothema.* 2018 Nov; 30(4):415–420. doi: 10.7334/psicothema2018.148.

Mi niño tiene un bulto en el cuello

Juan Elías Pollina

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Quirónsalud. Zaragoza

Esta frase tan común en nuestras consultas, puede representar en la mayoría de los casos un proceso banal e incluso normal, como unas adenomegalias inespecíficas, pero también puede ser expresión de un proceso inflamatorio, congénito o tumoral más serio. Hay que tener en cuenta que en la región cervical están representados todos los aparatos y sistemas excepto el genitourinario y por lo tanto la aparición de una tumoración puede ser secundaria a cualquiera de ellos.

Desde un punto de vista anatómico en el cuello se distinguen cinco triángulos y en la tabla I se señalan las patologías más frecuentes en cada uno de ellos¹. Para hacer un buen diagnóstico diferencial entre una patología infecciosa, congénita o tumoral serán precisos una buena historia clínica, una exploración muy cuidadosa, localizando muy bien la lesión y sus características (delimitada, móvil, fluctuante, dura, adherida a planos profundos, etc.). Por último la analítica y los estudios de

imagen (ECO, TC, RM, estudios isotópicos) nos serán de gran ayuda y los indicaremos según la sospecha diagnóstica. Sin embargo a veces tendremos que recurrir a la PAAF (punción aspiración con aguja fina) e incluso a la biopsia quirúrgica.

Masas cervicales congénitas

En el desarrollo embrionario aparecen las estructuras branquiales con sus arcos y sus hendiduras que luego involucionarán y desaparecerán. En este proceso evolutivo pueden quedar restos que darán lugar a quistes, fístulas branquiales e incluso restos cartilagosos. Otras alteraciones del desarrollo, así como de la migración del tiroides pueden dar lugar a los quistes del conducto tirogloso, la hendidura cervical media, las fístulas supraesternales y el tiroides ectópico.

Lesiones laterocervicales

Aunque se trate de masas de origen congénito, no todas aparecerán en el periodo neonatal y algunas incluso pueden manifestarse clínicamente en la edad adulta. Por otro lado, aunque no sea de origen congénito cabe destacar el **hematoma y la fibrosis del músculo esternocleidomastoideo (ECM)** que aparece en periodo neonatal y aumenta de tamaño durante 2 a 4 semanas y luego remite gradualmente en unos pocos meses. El tratamiento es la rehabilitación precoz y si queda una retracción del ECM hay que hacer una plastia de elongación.

Quistes y fístulas de las hendiduras branquiales

El orificio externo de estas fístulas se encuentra a lo largo del borde anterior del ECM por lo general a nivel de la unión del tercio medio con el inferior y su trayecto transcurre a través de las ramas de la arteria carótida para terminar en la fosa amigdalina. En un 10% de los casos puede ser bilateral. A lo largo de este trayecto puede aparecer un quiste, que será indoloro, bien delimitado y no adherido, siempre que no esté sobreinfectado. Los quistes suelen aparecer cuando el trayecto fistuloso no tiene orificio cutáneo, ya que si lo tiene la secreción transparente y filante suele salir al exterior a través del orificio de la fístula. El tratamiento es quirúrgico mediante la extirpación del quiste y de todo el trayecto fistuloso.

Lesiones de la línea media

Hendidura cervical media

Parece una cicatriz en medio del cuello y se palpa por debajo una zona fibrosa vertical. Puede limitar la extensión del cuello y tiene un indudable efecto inestético. Es una lesión relativamente rara. Su tratamiento es quirúrgico en el período de lactante, mediante una plastia que evite la retracción y deje una cicatriz lo más estética posible.

Quiste del conducto tirogloso

Es la lesión cervical congénita más frecuente. Aparece en la línea media anterior del cuello en el trayecto desde la base de

Tabla I. Patologías más frecuentes en cada triángulo anatómico

Triángulo anatómico	Patologías más frecuentes
Preauricular	- Adenopatías (relacionadas con las conjuntivitis) - Fístulas y apéndices preauriculares - Otros (dermoides, lipomas, pilomatrixomas)
Submaxilar	- Adenopatías (relacionadas con procesos dentales, de encías y labios) - Quistes del conducto tirogloso - Dermoides - Otras
Occipital	- Adenopatías (relacionadas con el cuero cabelludo, rubéola etc.) - Dermoides - Otras
Anterior (limitado por el ECM)	<i>Parte superior</i> - Adenopatías (procesos faringoamigdalares) - Quistes branquiales - Linfangiomas - Enf. De Hodgkin; Linfomas - Otros <i>Tercios medio e inferior</i> - Quistes y fístulas branquiales - Adenopatías (Tiroiditis, Hodgkin, Linfomas, cáncer de tiroides...) - Linfangiomas - Otros
Posterior	- Adenopatías (generalmente virales) - Linfangiomas - Tumores malignos (Linfoma, rabdomiosarcoma, neuroblastoma, carcinoma...)



Figura 1. Quiste del conducto tirogloso, que al crecer se ha lateralizado un poco.

la lengua hasta la escotadura supraesternal. A veces puede desplazarse lateralmente un poco con el crecimiento de la masa (Fig. 1). Son indoloros (si no están infectados), bien delimitados, redondeados y ascienden con la deglución ya que están en contacto con el hueso hioides a través de un trayecto fistuloso que lo atraviesa. El diagnóstico diferencial debe hacerse con los **quistes dermoides** y las adenopatías. Debe realizarse una ecografía que nos confirmará su naturaleza quística y además nos muestra que hay un tiroides normal, descartando la posibilidad de que la masa sea un **tiroides ectópico**.

El tratamiento es quirúrgico al diagnóstico para evitar que se infecten. Si está infectado hay que hacer tratamiento antibiótico previo a la cirugía. A pesar de una buena técnica quirúrgica, con su exéresis completa que incluye la extirpación del cuerpo del hioides, las posibilidades de recidiva y de complicaciones rondan el 7%². En algunos raros casos el quiste está sublingual casi protruyendo dentro de la cavidad oral y es necesario realizar otras técnicas quirúrgicas como la marsupialización transoral³.

Existe la posibilidad de malignización de estos quistes en general en adultos. Tanto en una revisión antigua de la Clínica Mayo⁴ como en una reciente⁵ se han encontrado muy pocos casos pediátricos, (la media de edad al diagnóstico es de 39,5 años en esta última serie) la mayoría de ellos de buen pronóstico una vez intervenidos. En ambas series más del 90% de los casos son de cáncer papilar.

Masas adquiridas

Habitualmente la frase “mi niño tiene un bulto en el cuello” es la expresión del temor familiar a que esta masa sea infecciosa o tumoral maligna, lo que nos obliga a realizar un rápido diagnóstico diferencial.

Patología tumoral

La patología tumoral benigna

Es la más frecuente e incluye los **quistes dermoides, lipomas, pilomatrixomas, hemangiomas y linfangiomas quísticos**, estos últimos en general de presencia neonatal. Suelen ser bien delimitados, de crecimiento lento, indoloros, teniendo cada uno de ellos sus características específicas. Otras patologías mucho menos frecuentes son el **quiste tímico**, cuyo diagnóstico definitivo será la anatomía patológica⁶ y la **dupli-**

cación esofágica. La solución de todos ellos es quirúrgica para evitar su aumento de tamaño y disponer de un diagnóstico anátomo-patológico que tranquilice a los padres.

Patología tumoral maligna

Entre los tumores malignos “sistémicos” hay que considerar en primer lugar por su frecuencia los **linfomas**, el 60% serán No-Hodgkin y el 40% restante serán Hodgkin⁷, siendo estos últimos relativamente raros por debajo de los 10 años (Fig. 2). La PAAF es cada vez más útil en manos de personal experimentado y puede ser el primer paso de confirmación de una masa sospechosa de malignidad⁸, aunque lo ideal para el diagnóstico exacto es la extirpación de una adenopatía completa para disponer de más material y poder confirmar el subtipo histológico.

Las **neoplasias tiroideas** son relativamente raras en la actualidad, sin embargo cualquier nódulo frío hallado antes de los 20 años debe ser considerado como sospechoso. En la infancia casi el 98% de las neoplasias de tiroides son de tipo papilar que es menos agresivo, incluso en los pacientes que sufrieron la irradiación del accidente de la central nuclear de Fukushima⁹.

Hay que considerar también en el diagnóstico diferencial la posibilidad de aparición de un rhabdomyosarcoma (primitivo e infiltrante), neuroblastoma (primitivo o metástasis de uno abdominal o torácico) y teratoma (de diagnóstico neonatal y en general benigno en esta zona). Todas las tumoraciones cervicales con su crecimiento pueden producir obstrucción de la vía aérea por compresión extrínseca.

Patología inflamatoria

Las adenopatías cervicales son con diferencia las masas más comunes en la región cervical, en especial en la cadena cervical anterior y suelen ser bilaterales. Afectan a más del 90% de los niños entre los 4 y los 8 años y pueden ser reactivas a una infección vírica conocida o desconocida¹⁰. Su aumento de tamaño suele ir precedido de una infección de **origen vírico** (rinovirus, parainfluenza, VRS, citomegalovirus, virus Epstein-Barr, etc.). Las adenopatías de origen vírico casi nunca supuran y suelen resolverse espontáneamente. Las adenopatías de **origen bacteriano** (entre el estafilo-



Figura 2. Adenopatía supraclavicular. Localización siempre sospechosa. En este caso era un Hodgkin.



Figura 3. Fistulización de adenopatía por micobacteria no tbc.

coco dorado y el estreptococo son los responsables del 40 al 80% de estas adenopatías en los pacientes entre 1 y 4 años) son de consistencia blanda y suelen disminuir después del adecuado tratamiento antibiótico. A veces estas adenopatías evolucionan hacia eritema, edema y celulitis llegando a la supuración si no se drenan. En estos **abscesos** no hay que esperar a la fluctuación ya que el platysma colli evita la aparición de este signo en el cuello. Otros organismos menos frecuentes son los anaerobios (que se presentan en pacientes mayorcitos con caries o procesos periodontológicos) los hongos, la bartonela, E. coli, pseudomonas, enfermedad por arañazo de gato, etc.

Si hay un fallo en el tratamiento antibiótico convencional debemos pensar en las **micobacterias** en especial las **no tuberculosas** ya que estas representan el 95% de las adenitis micobacterianas¹¹, su prevalencia va en aumento y pueden fistulizarse con facilidad (Fig. 3). En la actualidad se plantean 3 tipos de tratamiento, el expectante, el antibiótico durante 3

Tabla II. Consideraciones ante la sospecha de malignidad de una adenopatía

Signos sospechosos

1. Presencia de linfadenopatías supraclaviculares o escalénicas (El 50% de ellas son malignas)
2. Síntomas sistémicos inexplicados (pérdida de peso, fiebre persistente)
3. Adenopatías de más de 3 cm. de diámetro
4. Adenopatías de inicio neonatal
5. Crecimiento rápido en ausencia de inflamación
6. Falta de movilidad de la adenopatía a la exploración (a veces la falta de movilidad puede ser debida a un "empastamiento" en una adenopatía infecciosa que está abscesificándose. En este caso los signos inflamatorios clásicos y su evolución hacia el absceso en pocos días nos darán el diagnóstico)

Indicaciones de biopsia

1. Fallo en la respuesta al tratamiento antibiótico
2. Aumento rápido de tamaño
3. Endurecimiento
4. Localización supraclavicular
5. Duda diagnóstica razonable
6. Se puede empezar por una PAAF, pero si esta no es concluyente hay que ir a la resección completa de una adenopatía y su biopsia

a 6 meses, que debe ser con varios fármacos y el quirúrgico, desde un curetaje hasta la escisión completa de los ganglios afectados. Cada uno de estos tratamientos tiene sus indicaciones según el estadio de la lesión¹².

Se considera **adenitis crónica** cuando las adenopatías persisten más de 6 semanas, lo que obliga a seguir el algoritmo de la figura 4¹³ y además iniciar un protocolo de sospecha de malignidad¹⁴. Ante unas adenopatías cervicales los signos de alarma para pensar en un proceso oncológico están en la tabla II junto con las indicaciones para la biopsia.

ADENOPATIA CERVICAL

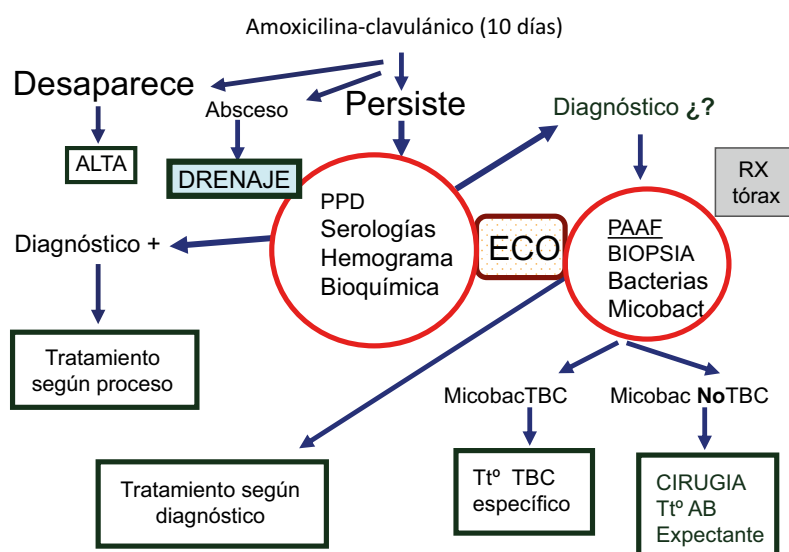


Figura 4. Algoritmo ante una adenopatía cervical.

Bibliografía

1. Elías Pollina J, Delgado Alvira R y Burgues Prades P. Masas cervicales. *Pediatría Integral*. 2008, sup 11, p72-5.
2. Lekkerkerker I, van Heurn EL, van der Steeg AF, Derikx JP. Pediatric thyroglossal cysts: post-operative complications. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2019;25:124:14-17.
3. Harumatsu T, Uchida G, Fujimura T, Kato M, Tomita H, Ishioka S, Shimotakahara A, Shimojima N, Ieiri S, Hirobe S. The effectiveness of transoral marsupialization for lingual thyroglossal duct cysts. Twelve successfully treated cases at a single institution. *J Pediatr Surg* 2019 54(4):766-770 doi: 10.1016/j.jpedsurg.2018.12.009. Epub 2019 Jan 23.
4. Heshmati HM, Fatourehchi V, van Heerden JA, Hay ID, Goeliner JR, Thyroglossal duct carcinoma: report of 12 cases. *Mayo Clinic Proc*, 1997;72:315-9.
5. Rayess HM, Monk I, Svider PF, Gupta A, Raza SN, Lin HS: Thyroglossal duct cyst carcinoma: a systematic review of clinical features and outcomes. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017; 156(5):794-802. doi: 10.1177/0194599817696504. Epub 2017 Mar 21.
6. Haro García M, Crespo del Hierro J, de la Fuente Cañibano R, Alañón Fernández MA. Quiste tímico cervical en la infancia. *Cir Pediatr*.2016; 29:124-6.
7. Dickson PV, Davidoff AM. Malignant neoplasms of the head and neck. *Semin Pediatr Surg* 2006; 15:92-8.
8. Lee DH, Baek HJ, Kook H, Yoon TM, Lee JK, Lim SC. Clinical value of fine needle aspiration cytology in pediatric cervical lymphadenopathy patients under 12 years-of-age. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2014; 78(1):79-81. doi: 10.1016/j.ijporl.2013.10.054. Epub 2013 Nov 14.
9. Ohtsuru A, Midorikawa S, Ohira T, Suzuki S, Takahashi H, Murakami M, Shimura H, Matsuzuka T, Yasumura S, Suzuki SI, Yokoya S, Hashimoto Y, Sakai A, Ohto H, Yamashita S, Tanigawa K, Kamiya K. Incidence of thyroid cancer among children and Young adults in Fukushima, Japan, Screened with 2 rounds of ultrasonography within 5 years aof the 2011 Fukushima Daiichi Nuclear power station accident. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 2019 114(1): 4-11 doi: 10.1001/jamaoto.2018.3121.
10. Weinstock MS, Patel NA, Smith LP. Pediatric Cervical Lymphadenopathy. *Pediatr Rev* 2018; 39(9):433-443. doi: 10.1542/pir.2017-0249.
11. Torretta S, Gaffuri m, Ibba T, Capaccio P, Marchisio P, Maruca A, Bosis S, Pignataro L. Surgical treatment of non-tuberculous mycobacterial lymphadenitis in children: our experience and narrative review. *Int J Immunopathol Pharmacol* 2018 Mar-Dec; 32: 2058738418806413. Published online 2018 Oct 24. doi: 10.1177/2058738418806413.
12. Mahadevan M, Neeff M, Van Der Meer G, et al. Non-tuberculous mycobacterial head and neck infections in children: Analysis of results and complications for various treatment modalities. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2016; 82: 102-106.
13. Elías Pollina J, Delgado Alvira R, Adenopatías cervicales en la infancia: un enfoque práctico. *Pediatrica* 2005;25: 318-24.
14. Tracy TF and Muratore ChS. Management of common head and neck masses. *Semin Pediatric Surg*. 2007; 16:3-13.

Novedades en Patología infecciosa en Pediatría de Atención Primaria

El tratamiento de la OMA y de la sinusitis en la era de la vacunación antineumocócica. Reflexiones sobre un artículo de Ellen Wald

Josep de la Flor i Brú

Pediatra de AP. Cap El Serral. Sant Vicenç dels Horts. Institut Català de la Salut. Barcelona. Vocal regional de la SEPEAP. Coordinador del TECDIAP

Introducción

La OMA y en mucha menor cuantía la sinusitis aguda, son causas frecuentes de prescripción de antibióticos en Atención Primaria pediátrica (APP). Las dos patologías tienen grandes similitudes en la epidemiología, patogénesis y microbiología, y en consecuencia, en el tratamiento¹.

Desde hace 20 años hemos trabajado con la idea de que el principal objetivo del tratamiento de ambas patologías era el neumococo, y en consecuencia el tratamiento de primera elección era la amoxicilina, a dosis altas (no inferiores a 80 mg/kg), para cubrir adecuadamente un alto porcentaje de cepas con sensibilidad intermedia e incluso resistentes a la penicilina.

Si se demostrase la hipótesis de que la utilización sistemática de la vacunación antineumocócica conjugada genera un cambio sustancial en la prevalencia de la colonización nasofaríngea y en la microbiología de la OMA, quizá sería el momento de cambiar las recomendaciones terapéuticas.

La **patogenia** de estas infecciones es común: la infección previa por los virus respiratorios comunes inflama las membranas mucosas de nariz, faringe, cavidades sinusales, oído medio y trompa de Eustaquio^{2,3}. Esta inflamación genera disfunción de la trompa de Eustaquio (DTE) y obstrucción funcional o mecánica de los ostium de drenaje de los senos paranasales. El resultado final es la aparición de presión negativa en ambas cavidades. Simultáneamente, la infección vírica favorece el aumento de densidad de la flora habitual colonizadora de nasofaringe, y muy especialmente de neumococo y *haemophilus influenzae* no tipable (HINT)⁴. La presión negativa condiciona el reflujo de secreciones altamente contaminadas

por bacterias hacia ambas cavidades, y la obstrucción funcional y mecánica, asociada a la toxicidad ciliar transitoria generada por la infección vírica de la mucosa respiratoria, impide el retorno adecuado de estas secreciones hacia la cavidad nasal, lo que genera un caldo de cultivo adecuado para la reproducción bacteriana y la infección secundaria⁵.

Bacteriología clásica de la OMA

La bacteriología de la OMA fue muy consistente hasta la introducción de la vacuna antineumocócica 7 valente en 2000 (Tabla I).

Aunque el objetivo de la vacuna era la prevención de la Enfermedad Neumocócica Invasiva, se observó también un inesperado efecto en las características microbiológicas de la OMA, relacionado con el impacto en la colonización nasofaríngea de neumococo⁶. En el periodo 2008-2010 se produjo un reemplazamiento por serotipos no vacunales, y especialmente por 19A. Desde la introducción en 2010 de la vacuna conjugada 13 valente, se produjo un marcado descenso de la colonización por los serotipos vacunales. Si bien se describe recientemente un nuevo reemplazamiento por serotipos no vacunales (15, 21, 23B, 35B), no se describe un aumento de neumococo como causa de OMA⁷. El declive de la colonización nasofaríngea de serotipos vacunales de neumococo, se ha acompañado también de la disminución de cepas resistentes a la penicilina⁸.

Datos actuales de microbiología en OMA y colonización nasofaríngea con otopatógenos

Hay referencias internacionales de los resultados de timpanocentesis, únicas fuentes fiables de información sobre la microbiología de la OMA, y también se dispone de datos sobre la colonización nasofaríngea de gérmenes otopatógenos. La primera evidencia es que la incidencia global de OMA está disminuyendo en la época de vacunación antineumocócica conjugada⁹, lo que se debe a la drástica reducción de casos debidos a neumococo, incluyendo las cepas resistentes a la penicilina¹⁰. También se ha confirmado¹¹ una sustancial reducción en la colonización nasofaríngea de serotipos vacunales, incluyendo cepas resistentes a la penicilina.

En paralelo a esta reducción de neumococo, se reporta un aumento de *Haemophilus influenzae*^{12,13}, en algunos casos con aumento de la tasa de cepas productoras de betalactamasa, aunque este punto, sin duda crucial a la hora de recomendar

Tabla I.

Especie	Prevalencia en 1999	Prevalencia en 2017
Neumococo	40-45	15-25
HINT	25-30	50-60
<i>Moraxella catarrhalis</i>	12-15	12-15
<i>Streptococcus pyogenes</i>	3-5	3-5
Estéril	15-20	15-20

cambios en la terapéutica antibiótica tiene escasas referencias, que coinciden en reportar tasas que oscilan entre el 30-40%¹⁴.

¿Es momento de cambiar las recomendaciones?

Es evidente que así debería hacerse en un escenario de reducción de neumococo y de cepas resistentes a la penicilina. La recomendación actual de utilización de amoxicilina a altas dosis (80) debería evolucionar a la utilización de la antigua pauta de dosis estándar (50). La otra gran cuestión está relacionada con la tasa de HINT productores de betalactamasas, y en consecuencia resistentes a la amoxicilina, que en caso de ser elevada, aconsejaría la utilización de amoxicilina con ácido clavulánico¹⁵.

¿Y qué hacemos en España?

Aunque sea una idea atractiva, no hay que importar directamente un cambio de recomendaciones sin conocer los datos locales. En nuestro caso, disponemos de pocos datos, y no están actualizados. Desde el lejano primer estudio publicado en España¹⁶, que mostró claro predominio de neumococo, papel secundario de HINT y escasa relevancia en nuestro medio de *Moraxella catarrhalis*, pocos nuevos datos han aparecido posteriormente y aún menos trabajos han recogido la situación post introducción de vacunas antineumocócicas. En un estudio hospitalario de 2003 post introducción de vacuna heptavalente en mercado privado¹⁷, se mostraban datos parecidos, con un patrón de resistencias de neumococo a penicilina muy elevado (17% de resistencias, 50% de sensibilidad intermedia) y con un 25% de HINT productores de betalactamasas. En un estudio posterior¹⁸, HINT era el germen más frecuente asociado a fracaso terapéutico y otitis recurrente y no había diferencias clínicas entre la OMA causada por HINT y la causada por neumococo. El estudio más reciente publicado en España¹⁹ que recoge datos del impacto fundamentalmente de la vacuna 7-valente (2009-2012) mostraba ya el efecto *sorpaso* de HINT con respecto a neumococo en menores de 3 años. La tasa de neumococos con sensibilidad disminuida/resistencia a la penicilina fue muy inferior a la que se había reportado anteriormente. No disponemos de datos que muestren el impacto de la vacuna 13-valente. La evidencia actual haría recomendable una pauta de tratamiento inicial empírico de OMA con dosis *standard* (50) con valoración de cambio por posibles fracasos terapéuticos hacia la asociación amoxicilina-clavulánico a altas dosis, que nos cubriría tanto la posibilidad de neumococo resistente a la penicilina (en descenso claro en nuestro medio y previsiblemente aún mayor en los próximos años con el impacto de la vacuna 13-valente sistemática) como la de HINT (primera causa actual de OMA, pero cuya actual tasa de producción de betalactamasas no es conocida).

Bibliografía

- Wald ER, DeMury GP. Commentary: antibiotic recommendations for acute otitis media and acute bacterial sinusitis in 2013. *Pediatr Infect Dis J* 2013; 32: 641-643.
- Chonmaitree T, Revai K, Grady JJ. Viral upper respiratory tract infection and otitis media complication in young children. *Clin Infect Dis* 2008; 46: 815-823.
- De Muri GP, Gern JE, Moyer SC. Clinical features, virus identification, and sinusitis as a complication of upper respiratory tract illness in children aged 4-7 years. *J Pediatr* 2016; 171: 133-139.e1.
- De Muri GP, Gern JE, Eickhoff J. Dynamics of bacterial colonization with streptococcus pneumoniae, haemophilus influenzae and moraxella catarrhalis during symptomatic and asymptomatic viral upper respiratory infection. *Clin Infect Dis* 2018; 66: 1045-1053.
- Baggett HC, Watson NL, Deloria M. PERCH Study group. Density of upper respiratory colonization with streptococcus pneumoniae and its role in the diagnosis of pneumococcal pneumonia among children aged <5 years in the PERCH study. *Clin Infect Dis* 2017; 64 (suppl 3): S 317-S327.
- Kaur R, Morris M, Pichichero ME. Epidemiology of acute otitis media in the postpneumococcal conjugate vaccine era. *Pediatrics* 2107; 140: e20170181.
- Kaur R, Casey JR, Pichichero ME. Emerging streptococcus pneumoniae strains colonizing the nasopharynx in children after 13-valent pneumococcal conjugate vaccination in comparison to the 7-valent Era 2006-2010. *Pediatr Infect Dis J* 2016; 35: 901-906.
- Marom T, Avraham E, Cinamon U. The effect of immunization with pneumococcal conjugated vaccines on streptococcus pneumoniae patterns in acute otitis media. *J Microbiol Immunol Infect* 2017; 50: 714-717.
- Ben-Shimol S, Givon-Lavi N, Leibovitz E. Near-elimination of otitis media caused by 13-valent pneumococcal conjugate vaccine (PCV) serotypes in southern Israel shortly after sequential introduction of 7-valent/13-valent PCV. *Clin Infect Dis* 2014; 59: 1724-1732.
- Chonmaitree T, Jennings K, Golovko G. Nasopharyngeal microbiota in infants and changes during viral upper respiratory tract infection and acute otitis media. *PloS One* 2017; 12: e0180630.
- Angoulvant F, Cohen R, Doit C. Trends in antibiotic resistance of Streptococcus pneumoniae and Haemophilus influenzae isolated from nasopharyngeal flora in children with acute otitis media in France before and after 13 valent pneumococcal conjugate vaccine introduction. *BMC Infect Dis* 2015; 15: 236.
- Van Dyke MK, Pirçon JY, Cohen R. Etiology of acute otitis media in children less than 5 years of age: a pooled analysis of 10 similarly designed observational studies. *Pediatr Infect Dis J* 2017; 36: 274-281.
- Van Dongen TM, van der Heijden GJ, Venekamp RP. A trial of treatment for acute otorrhea in children with tympanostomy tubes. *N Engl J Med* 2014; 370: 723-733.
- Patel JA, Mc Cormick DP, Chonmaitree T. Acute otitis media. En Chonmaitree T, Patel JA. Contemporary approaches to upper respiratory tract infections. London. United Kingdom: Future medicine, Ltd; 2016.
- Wald ER, Applegate KE, Bordley C. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children 1 to 18 years. *Pediatrics* 2013; 132: e262-e280.
- Del Castillo F, García Pérea A, Baquero-Artigas F. Bacteriology of acute otitis media in Spain: a prospective study based on tympanocentesis. *Pediatr Infect Dis J* 1996; 15: 541-543.
- Gené J, García JJ, Domingo A, Wienmberf P, Palacín E. Etiología de la OMA en un hospital pediátrico y sensibilidad a los antibióticos de los microorganismos implicados. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22(7): 377-80.
- Pumarola F, Marés J, Loasda I, Minguella I, Moraga F, Tarragó D et al. Microbiology of bacteria causing recurrent acute otitis media (AOM) and AOM treatment failure in young children in Spain: shifting pathogens in the post-pneumococcal conjugate vaccination era. *Inter J Pediatr Otorrhinol* 2013; 77: 1231-1236.
- Pumarola F, Salamanca I, Sistiaga A, García-Corbeira P, Moraga F, Cardelús S et al. Etiología bacteriana de la otitis media aguda en España en la era de la vacuna neumocócica conjugada. *An Ped (Barc)* 2016; 85 (5): 224-231.

Lo que tiene que saber el Pediatra de AP sobre la revolución ómica: genómica, epigenética, transcriptómica, proteómica y metabolómica

Josep de la Flor i Brú

Pediatra de AP. Cap El Serral. Sant Vicenç dels Horts. Institut Català de la Salut. Barcelona. Vocal regional de la SEPEAP. Coordinador del TECDIAP

Introducción

La **revolución ómica** se refiere al conocimiento de las respuestas del huésped para mejorar el diagnóstico de las enfermedades infecciosas. Uno de los retos más frecuentes a los que se enfrenta un PAP es la valoración de un niño febril, para establecer un diagnóstico etiológico, para diferenciar un proceso vírico de uno bacteriano, para iniciar precozmente un tratamiento correcto (el retraso del cual puede generar morbilidad e incluso mortalidad), y para utilizar de manera juiciosa los antibióticos.

Los métodos diagnósticos actuales (cultivo, reacción en cadena de la polimerasa, diagnóstico molecular por ampliación de ácido nucleico, biomarcadores (PCR-PCT, MxA) tienen limitaciones derivadas fundamentalmente de sus perfiles de sensibilidad/especificidad. Hay necesidad de explorar vías diagnósticas que nos permitan diferenciar enfermedades infecciosas de las que no lo son, detectar con mayor precisión el patógeno implicado, diferenciar el estado de portador de la infección patógena, monitorizar la respuesta al tratamiento, y predecir la evolución clínica. Una alternativa a la detección del patógeno está en el análisis basado en la respuesta del huésped a la infección por distintos patógenos, y es en este terreno en el que actúa la revolución ómica¹:

- La **Genómica** nos da información sobre cambios estructurales en el ADN y la posibilidad de desarrollar una enfermedad².
- La **Epigenética**³ describe los cambios en la cromatina que se producen por factores ambientales y alteran de manera estable la expresión de genes sin modificar el ADN. Estudia los cambios fenotípicos que se producen sin alterar el genotipo. Es decir, los cambios en la expresión génica que se derivan de la exposición de larga duración a determinadas agresiones externas quedan imprimidos, se independizan del insulto y persisten incluso en ausencia del mismo. La epigenética incluye fundamentalmente el estudio de la metilación de ADN y ha mostrado como diferentes agentes patógenos (dengue, gripe, Enterovirus 71, VRS) inducen cambios epigenéticos que alteran la respuesta inmunitaria.
- La **Transcriptómica**^{4,5} estudia la sobre o infraexpresión de genes (perfiles de expresión de ARN mensajero) de manera cuantitativa o cualitativa en respuesta a la infección.

La transcripción de un gen produce entre 4-6 variantes de RNA mensajero que se traduce en distintas proteínas. Solo un 1-2% de genes codifican proteínas. Sin embargo, un 80% del genoma puede ser transcrito a RNA m (no codificante)

con importantes funciones reguladoras y estructurales. Distintas enfermedades infecciosas muestran distintos perfiles de expresión génica que pueden ser identificados por el análisis de leucocitos. En otras palabras, se trata de “firmas” patógeno-específicas que pueden ser medidas en la sangre y que pueden diferenciar con un 95% de precisión infecciones producidas por estafilococo, neumococo, gripe o E. Coli y más recientemente malaria, dengue, salmonella, TB, VRS, rinovirus, adenovirus, sepsis neonatal... En concreto, la gripe pediátrica ha estado identificada con un 100% de precisión. Y en adultos con fiebre atendidos en un servicio de urgencias se ha podido diferenciar la infección vírica de la bacteriana con sensibilidad del 90% y especificidad del 94. La infección por VRS produce sobreexpresión de interferón y de genes reguladores de neutrófilos e infraexpresión de genes reguladores de células B y T, patrón que persiste más allá de la infección y que es más marcado en menores de 6 meses. Esto podría explicar parcialmente la falta de respuesta de anticuerpos protectores más allá de la infección aguda.

Estudios en niños febriles sin focalidad entre 3-36 meses han mostrado que la transcriptómica puede diferenciar entre enfermedad viral y bacteriana con mayor precisión que cualquier analítica sanguínea.

Más recientemente, el análisis transcripcional ha diferenciado infección sintomática de colonización por rinovirus, lo que abre un prometedor campo de aplicación para la diferenciación entre infección y estado de portador.

- La **Proteómica**^{6,7} se basa en que las proteínas son moléculas funcionales responsables de controlar las funciones celulares. El proteoma es el total de proteínas expresadas por el genoma, y la proteómica trata de analizar distintos patrones de expresión de proteínas durante las infecciones. La proteómica se ha usado en la diferenciación de neumonía vírica o bacteriana, y en la respuesta terapéutica de la TBC y de la hepatitis C. Por otra parte la valoración de biomarcadores proteicos como la PCR y de PCT ya es bien conocida por el clínico, y no va a ser abordada aquí.
- Finalmente, la **Metabolómica**⁸ estudia los patrones de respuesta a la infección detectados en azúcares, lípidos o aminoácidos. El perfil metabólico se ha mostrado útil en el diagnóstico y pronóstico del shock séptico, y en la respuesta terapéutica en la TBC y en la infección por VIH.

Bibliografía

1. Mejías A, Suárez NM, Ramilo O. Detecting specific infections in children through host responses. A paradigm shift. *Curre Opin Infect Dis* 2014; 27: 228-235.

2. Mejias A, Dimo B, Suárez NM. Whole blood gene expression profiles to assess pathogenesis and disease severity in infants with respiratory syncytial virus infection. *PLoS Med* 2013; 10: e 1001549.
3. Bird A. Perception of epigenetics. *Nature* 2007; 447: 396-398.
4. Berry MP, Graham CM, McNab FW. An interferon-inducible neutrophil-driven blood transcriptional signature in human tuberculosis. *Nature* 2010; 466: 973-977.
5. Heinonen S, Jartti T, García C. Rhinovirus detections in symptomatic and asymptomatic children: value of host transcriptome analysis. *Am J Respir Crit Care Med* 2016; 193 (7): 772-782.
6. Yang Y, Hu M, Yu K. Mass spectrometry-based proteomic approaches to study pathogenic bacteria-host interactions. *Protein Cell* 2015; 6: 265-274.
7. Ravikumar V, Jers C, Mijakovic I. Elucidating host-pathogen interactions based on post-translational modifications using proteomic approaches. *Frontr Microbiol* 2015; 6: 1313.
8. Mickiewicz B, Vogel HJ, Wong HR. Metabolomics as a novel approach for early diagnosis of pediatric septic shock and its mortality. *Am J Respir Crit Care Med* 2013; 187: 967-976.

No todo es rotavirus: Norovirus en Pediatría de AP

Josep de la Flor i Brú

Pediatra de AP. Cap El Serral. Sant Vicenç dels Horts. Institut Català de la Salut. Barcelona. Vocal regional de la SEPEAP. Coordinador del TECDIAP

Introducción

La creciente atención recibida por el rotavirus (RV) desde la aparición de la vacuna en 2006, ha supuesto minusvalorar otra causa muy frecuente y potencialmente grave de gastroenteritis aguda viral (GEA) viral a todas las edades, muy especialmente en niños: el norovirus (NV). NV ha sustituido RV como primera causa de GEA pediátrica^{1,2} en países de cualquier nivel socioeconómico que hayan introducido la vacuna RV. Al igual que sucede con RV, la mayor parte de la mortalidad se describe en el tercer mundo³.

Virología

El NV es un virus RNA que pertenece a la familia calicivirus junto con el sapovirus. El primer virus de esta familia que se observó en microscopio electrónico, recibió el nombre de Norwalk y fue el primero que se relacionó con GEA. Se describen 7 genogrupos de NV y se relacionan con patología humana el I y el II. El genotipo GII.4 es la causa más frecuente de GEA por NV⁴.

Clínica

La infección por NV se presenta como una GEA también de predominio invernial, que se inicia con vómitos, que se pueden acompañar o no de diarrea. Cuando está presente, la diarrea es típicamente líquida y sin sangre, y puede ir acompañada de dolor abdominal, náuseas y fiebre, y a menudo de un cuadro constitucional con malestar general, cefalea, mialgias y escalofríos. La incubación es de 12-48 horas, y el cuadro es de breve duración, entre 12 horas y 3 días⁵. La mayor parte de GEA NV pediátrica se produce entre los 6 y 23 meses⁶. La GEA por NV es más leve que por RV, con menos días de fiebre y de diarrea, y menos tasa de hospitalización. En contraste, produce más vómitos⁷.

Transmisibilidad

Comparte con RV un alto poder infectivo. 20 partículas son capaces de producir síntomas. Se transmite por vía fecal-oral, fómites contaminados y alimentos contaminados.

Inmunidad

Análogamente a RV, la inmunidad es temporal y un niño puede sufrir infecciones repetidas en los primeros años. No parece haber protección cruzada entre distintos genotipos.

Diagnóstico

La GEA puede etiquetarse en AP con test de diagnóstico rápido inmunocromatográfico⁸, que en 5 minutos nos

determinan cómodamente en una muestra de heces la presencia de los 4 virus más frecuentes (rota, adeno, astro y NV) (Fig. 1).

Valoración clínica y tratamiento

Será el mismo que en cualquier otra causa de GEA viral, con una focalización especial en la prevención y el tratamiento de la deshidratación, utilizando soluciones de rehidratación oral. No hay evidencia de que otros tratamientos comúnmente utilizados (antieméticos, probióticos, racecadotril) tengan algún beneficio.

Prevención

El desarrollo de vacunas contra NV está sujeto a una extensa investigación, especialmente las basadas en partículas semejantes al virus (VLP) sin material genético. También está en desarrollo una vacuna combinada inactivada con RV que tendría un perfil de vacunación también para el adulto.

Bibliografía

1. Hemming M, Rasanen S, Huhti L. Major reduction of rotavirus, but not norovirus gastroenteritis seen in hospital after the introduction of Rotateq vaccine into the National Immunization program in Finland. *Eur J Pediatr* 2013; 172 (6): 739-746.
2. Mc Attee CL, Webman R, Gilman RH. Burden of rotavirus and norovirus in children after rotavirus vaccine introduction. Cochabamba. Bolivia. *Am J Trop Med Hyg* 2016; 94 (1): 212-217.
3. Pires SM, Fischer-Walker CL, Lanata CF. Pathogen specific estimates of the global and regional incidence and mortality of diarrhoeal diseases commonly transmitted through food. *PloS One* 2015; 10 (12): e0142297.
4. Siebenga JJ, Vennema H, Zheng DP. Norovirus illness is a global problem: emergence and spread of norovirus GII.4 variants, 2001-2007. *J Infect Dis* 2009; 200 (5): 802-812.
5. Glass RI, Parashar UD, Estes MK. Norovirus gastroenteritis. *N Engl J Med* 2009; 361 (18): 1776-1785.
6. Shioda K, Kambampathi A, Hall AJ. Global age distribution of pediatric norovirus cases. *Vaccine* 2015; 33 (33): 4065-4068.
7. Wikswo ME, Desai R, Edwards KM. Clinical profile of children with norovirus disease in rotavirus vaccine era. *Emerg Infect Dis* 2013; 19 (10): 1691-1693.
8. de la Flor J. Test de diagnóstico rápido para gastroenteritis virales. En de la Flor J, Marès J. Test de diagnóstico rápido en la consulta de Pediatría de Atención Primaria. 2ª ed. Ergon. Madrid. 2019. Págs. 59-68.

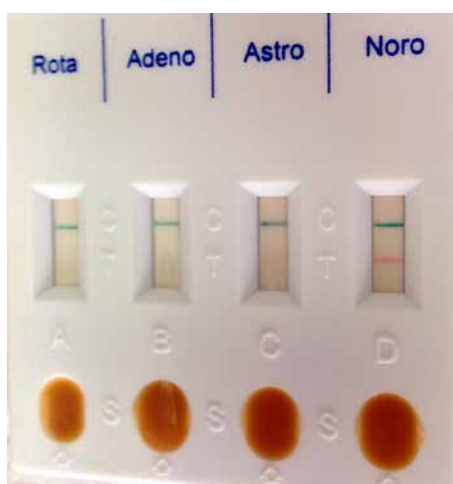


Figura 1. Test de diagnóstico rápido por inmunocromatografía en heces + a Norovirus.

La amenaza global de las resistencias a los antibióticos

Abián Montesdeoca Melián

CS de Guanarteme, Las Palmas de Gran Canaria

Para la Organización Mundial de la Salud, la creciente resistencia de especies bacterianas a los antibióticos (RA) representa una de las diez amenazas más importantes para la salud global en 2019¹. Nuestro país se sitúa en los puestos más altos del ranking de consumo de antibióticos y, consecuentemente, también en el de resistencias a los mismos (Fig. 1). Se calcula que unas 30.000 personas mueren anualmente en Europa por culpa de la RA y, de ellas, 3.000 en España, un número que podría llegar a 40.000 dentro de 35 años si no se ponen en marcha estrategias efectivas urgentes en nuestro país. En este sentido, España impulsó en 2014 su Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN), el cual fue aprobado en el año 2014 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) y por la Conferencia Intersectorial de Agricultura con un periodo de vigencia de cinco años (2014-2018) y un enfoque integral que contempla la salud humana, la sanidad animal y el medioambiente². Dentro del PRAN se desarrollan, a nivel de las comunidades autónomas, los PROA (Programas de Optimización de Uso de los Antibióticos), tanto en el ámbito hospitalario como en el de Atención Primaria (AP).

Tras la experiencia acumulada entre los años 2014 y 2018, el nuevo PRAN 2019-2021 define los objetivos y las líneas de

actuación para cada grupo de trabajo y en cada ámbito, tras un análisis exhaustivo de las fortalezas y debilidades de las acciones llevadas a cabo en los años precedentes².

En el ámbito de la AP, donde se prescribe el 90% de los antimicrobianos, el cumplimiento de los objetivos planteados en los PROA podría generar un gran beneficio en la salud humana e, indirectamente, también en la ambiental. En pos de la consecución de dichos objetivos y de una forma práctica, las intervenciones que se lleven a cabo deben abordar, a nuestro entender, cinco aspectos fundamentales: 1) máxima precisión en el diagnóstico sindrómico por parte del clínico (conocimientos, pericia, experiencia), 2) confirmación microbiológica de la infección cuando esta esté indicada y sea posible (técnica estandarizada y correcta), 3) indicación o no de instaurar un tratamiento antibiótico (empírico o dirigido), 4) adecuación del fármaco (espectro, costes, efectos adversos), dosis (resistencias, localización de la infección), duración del tratamiento (pautas cortas vs largas) y 5) cumplimiento adecuado por parte del paciente, evitando el almacenamiento en domicilio de las dosis sobrantes (llevando a cabo intervenciones para su mejora).

Está en nuestras manos la posibilidad de frenar el avance de las resistencias a los antibióticos, especialmente en el ámbito de la AP, y optimizar el uso de estos fármacos que han revolucionado la medicina en todos los ámbitos y que en un futuro podrían perder gran parte de su utilidad.

Novedades en la neumonía adquirida en la comunidad en niños

La neumonía sigue siendo una de las principales causas de mortalidad en niños menores de 5 años en el mundo, especialmente en países de bajo Índice de Desarrollo Humano³. Por otra parte, en países desarrollados, a pesar del impacto que han tenido los programas de vacunación sistemática con preparados conjugados contra *H. influenzae* tipo b (VCHib) y *S. pneumoniae* (VNC), esta entidad continúa estando presente en el día a día de las consultas de pediatría, tanto en el ámbito de la AP, como en la Hospitalaria. En un estudio multicéntrico realizado en Madrid, publicado en el año 2015, los autores observaron una incidencia de neumonía bacteriémica en niños de hasta el 5,4/100.000 hab. (datos de 2014). Estos investigadores también demostraron la relación inversa existente entre las oscilantes coberturas vacunales con VNCs en dicha comunidad entre 2009 y 2014, y el número anual de neumonías asociadas a bacteriemia por neumococo en niños⁴. Por otra parte, en un gran estudio retrospectivo realizado a nivel nacional, en el que se utilizó la mayor base de datos procedente de ingresos hospitalarios que existe en España (Conjunto Mínimo de Datos), los autores encontraron, en un periodo de 14 años (2001-2014), 194.419 ingresos pediátricos con el diagnóstico al alta de neumonía adquirida en

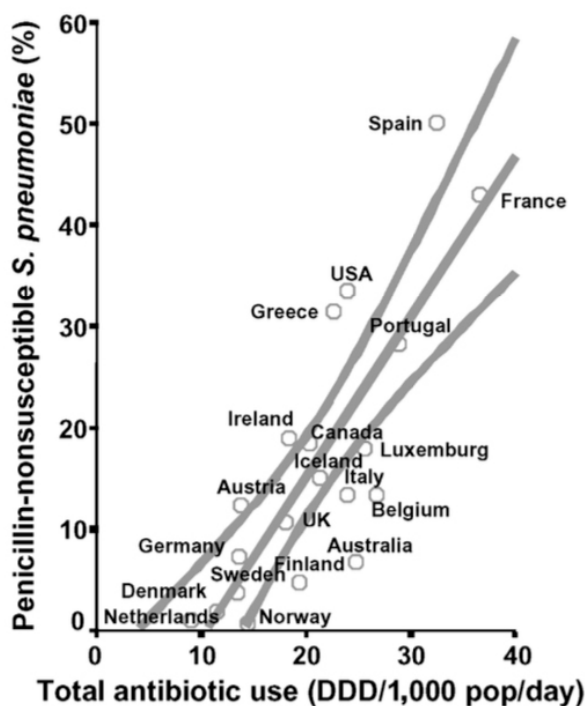


Figura 1. Relación entre consumo de antibióticos y nivel de resistencia de *S. pneumoniae* en diferentes países del mundo. Fuente: Albrich et al. *Emerg Infect Dis.* 2004 Mar; 10(3): 514-517.

la comunidad (NAC)⁵, lo que representa una media de 13.887 ingresos anuales ocasionados por NAC. Si a esto le sumamos que la inmensa mayoría de las NAC pediátricas se resuelven de forma ambulatoria, podemos hacernos a la idea de la magnitud real del problema. En los dos trabajos citados arriba se hace patente el impacto que ha tenido la vacunación con VNCs en el descenso, tanto de los ingresos, como de los aislamientos de *S. pneumoniae* en muestras de sangre procedentes de pacientes con NAC. Esto, sumado al efecto comunitario que ejerce la vacunación sistemática con VNCs y VHib sobre los microorganismos resistentes a antibióticos, y lo que ha implicado su instauración en el manejo (ahora mucho más conservador) de entidades tan frecuentes como el síndrome febril sin foco en lactantes, representa un ejemplo paradigmático de cómo el uso generalizado de vacunas efectivas contra enfermedades infecciosas genera excepcionales beneficios para la salud humana.

Aunque el neumococo sigue siendo el principal productor de NAC en nuestro medio, otros patógenos han ido asumiendo protagonismo en los últimos años (*M. pneumoniae*, *H. influenzae* no serotipable, *S. aureus*, *S. pyogenes*), resultando de especial interés el papel de los virus respiratorios, hecho constatado gracias a que, a día de hoy, contamos con mejores métodos de diagnóstico virológico (tanto a pie de paciente, como a nivel del laboratorio). La búsqueda activa de virus, empleando métodos de diagnóstico rápido y protocolos de uso bien definidos, que incluyan la visión general del paciente (edad, estado clínico, comorbilidad), podría añadir certeza al diagnóstico de NAC y disminuir el consumo de antibióticos empleados habitualmente de forma empírica. Los exámenes realizados en sangre (hemograma y reactantes de fase aguda), con frecuencia no resultan concluyentes a la hora de diferenciar entre NAC de causa bacteriana o viral.

En cuanto al diagnóstico radiológico, existe controversia al respecto, ya que, si bien la mayoría de las guías internacionales abogan por no usar los rayos X en el ámbito de la AP cuando el diagnóstico clínico es muy probable y el manejo ambulatorio, los PROA han venido a contradecir este hecho, sacrificando algo de sensibilidad por la ansiada especificidad diagnóstica que redunde en un menor consumo de antimicrobianos. Lo que es indudable es que otra técnica radiológica, la ecografía, va ganando terreno como instrumento de apoyo determinante en el abordaje de la NAC pediátrica y sus complicaciones, evitando la radiación ionizante y ayudando a confirmar el diagnóstico, vislumbrándose en un horizonte no muy lejano su incorporación de forma masiva a las consultas de AP⁶.

Si hemos comentado que *S. pneumoniae* continúa siendo el patógeno más frecuentemente asociado a la NAC en nuestro medio, entenderemos que la amoxicilina por vía oral continúe erigiéndose como el tratamiento empírico de elección a nivel ambulatorio. Aunque de momento se mantiene la recomendación de uso de altas dosis de dicho antimicrobiano (80-90 mg/kg/día) para el tratamiento de la NAC, el perfil actual de sensibilidad a la penicilina de la mayoría de los aislamientos de neumococo a nivel de la comunidad, permitirá en un futuro próximo reducir dicha dosis a la estándar (45-50 mg/kg/día), siempre que se mantenga esta tendencia y no emerjan nuevas cepas con resistencia aumentada.

Otro aspecto novedoso es la tendencia al acortamiento en la duración del tratamiento antibiótico, existiendo cada día más estudios que demuestran que las tasas de curación de pacientes de 2 a 59 meses afectados de NAC a los que se les administran pautas cortas (3-5 días) de tratamiento con amoxicilina es similar a los que reciben 7 o 10 días^{7,8}. Aunque prometedoras, las conclusiones de estos trabajos hay que

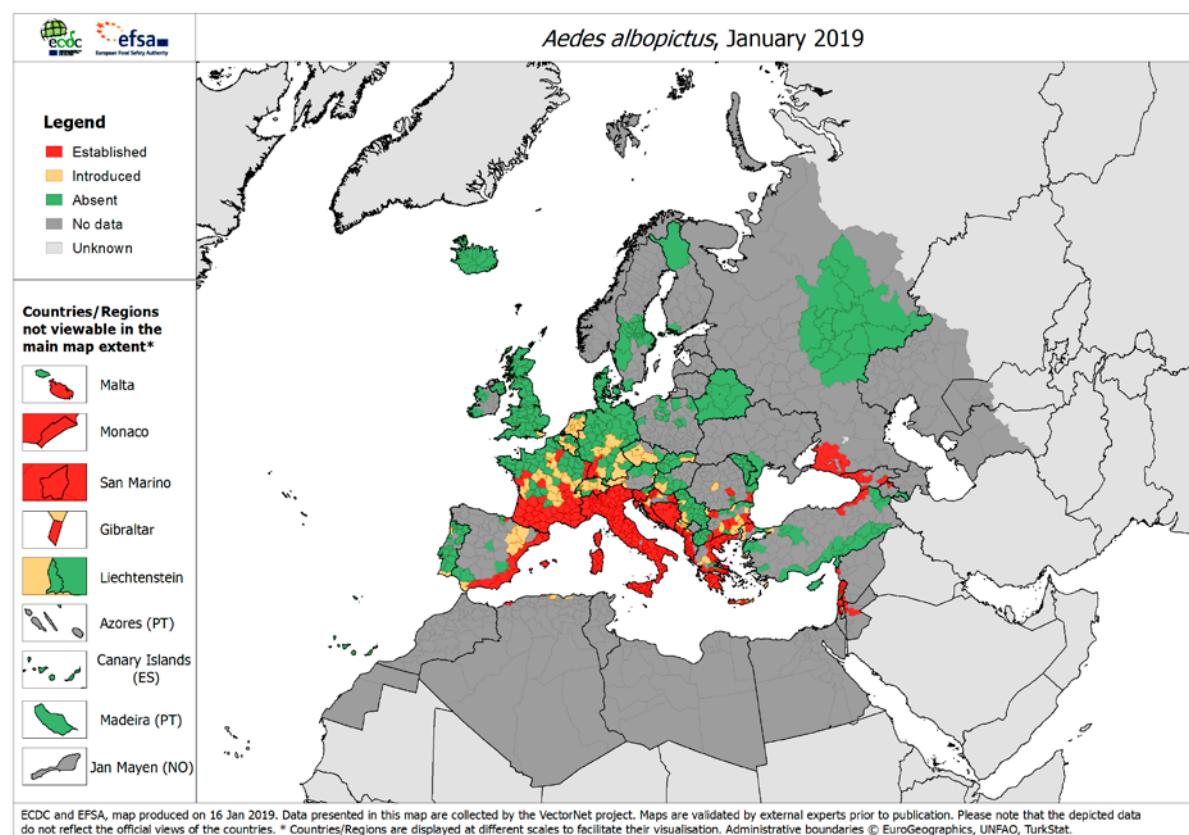


Figura 2.
Distribución
del mosquito
tigre en Europa.
Fuente: ECDC.

analizarlas con cautela, ya que la mayoría de ellos han sido realizados en países de bajo Índice de Desarrollo Humano, usando los criterios diagnósticos de neumonía avalados por la OMS (solo clínicos, sin confirmación radiológica), por lo que un porcentaje elevado de pacientes enrolados padecerán en realidad una neumonía viral, lo cual influirá en los resultados en beneficio de la curación con pautas terapéuticas cortas. En este momento existen varios estudios en curso intentando demostrar también la no inferioridad de las pautas cortas de antibioticoterapia en países desarrollados⁹, por lo que es muy probable que, en unos años, el acortamiento en la duración del tratamiento antibiótico empírico contra la NAC en niños, sea una realidad también en nuestro medio.

Arbovirosis emergentes. Para diagnosticarlas, hay que pensar en ellas

La epidemiología de las enfermedades infecciosas es extraordinariamente dinámica. A nivel global, una multitud de factores (algunos de ellos aún desconocidos) actúan sinérgicamente para favorecer la emergencia o reemergencia de agentes patógenos diversos.

En esta ocasión, pondremos el foco en enfermedades producidas por algunos virus transmitidos por vectores artrópodos (arbovirosis), donde una combinación de aspectos relacionados con la supervivencia del patógeno, la difusión y adaptabilidad geográfica del vector a diferentes condiciones ambientales y la extraordinaria capacidad de movilidad del hospedador humano de hoy en día, las convierten en un fenómeno patológico global verdaderamente apasionante.

Dengue, zika y chikunguña son tres enfermedades producidas por arbovirus que comparten vector: mosquitos del género *Aedes* spp. Una especie perteneciente a este género, *A. albopictus*, conocido popularmente como mosquito tigre, ha conseguido adaptarse a la climatología del sur de Europa (Fig. 2) y ha terminado por instalarse de forma definitiva en la península ibérica y las Islas Baleares.

De las tres enfermedades citadas destaca por su frecuencia y potencial gravedad el dengue, una infección que actualmente experimenta una incidencia creciente a nivel mundial. La mayor parte de los casos se declaran en el continente americano (en especial, Brasil¹⁰), sureste de Asia y la región del Pacífico Occidental. La existencia de poblaciones estables del vector y la existencia de individuos que portan el patógeno en sangre (muchos asintomáticos), ha permitido la aparición de los primeros casos de dengue autóctono en España, de los que se cuentan seis hasta el momento (todos en 2018)¹¹.

Aunque el riesgo de que afloren brotes epidémicos de estas enfermedades en nuestro país es realmente bajo, es esperable que, además de los importados, aparezcan casos autóctonos de forma aislada, para cuyo diagnóstico el pediatra de AP tendrá que estar alerta y sospecharlo, aún en ausencia del antecedente de viaje internacional a países endémicos. El abordaje sindrómico, atendiendo a las peculiaridades clínicas diferenciales entre las tres enfermedades (Tabla I), resulta de ayuda a la hora de aproximar un diagnóstico, el cual requerirá, para ser más preciso, de confirmación analítica (serología o biología molecular).

Bibliografía

1. World Health Organization. Ten threats to global Health on 2019. Geneva. WHO. 2019. Disponible en: <https://bit.ly/2VRA77A>.

Tabla I. Comparativa de las características clínicas principales de diferentes arbovirosis			
Síntomas/Signos	Zika	Dengue	Chikunguña
Fiebre	++	+++	+++
Exantema	+++	+	++
Conjuntivitis	++	-	+
Artralgias	++	+	+++
Mialgias	+	++	+
Cefalea	+	++	++
Artritis	-	-	+++
Hemorragia	-	++	-
Shock	-	+	-
Fuente: UpToDate.			

2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan Nacional frente a la resistencia a los antibióticos 2019-2021. Disponible en: <https://bit.ly/34bYTDQ>.

3. World Health Organization. Global Health Observatory Data. Child Health Mortality, 2017. Geneva. WHO. 2018. Disponible en: <https://bit.ly/2NGOLge>.

4. Tagarro A, Benito A, Sánchez A, Aznar E, Otheo E, Sanz-Rosa D. Bacteremia in Children Observation Program (BACO) Group. Bacteremic Pneumonia before and after Withdrawal of 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine from a Public Vaccination Program in Spain: A Case-Control Study. J Pediatr. 2016 Apr; 171:111-5.e1-3.

5. Jiménez Trujillo I, López de Andrés A, Hernández-Barrera V, Martínez-Huedo MA, de Miguel-Díez J, Jiménez-García R. Decrease in the incidence and in hospital mortality of community-acquired pneumonia among children in Spain (2001-2014). Vaccine. 2017 Jun 27; 35(30):3733-3740.

6. Reali F, Sferrazza Papa GF, Carlucci P, Fracasso P, Di Marco F, Mandelli M, Soldi S, Riva E, Centanni S. Can lung ultrasound replace chest radiography for the diagnosis of pneumonia in hospitalized children? Respiration. 2014; 88(2):112-5.

7. Lassi ZS, Das JK, Haider SW, Salam RA, Qazi SA, Bhutta ZA. Systematic review on antibiotic therapy for pneumonia in children between 2 and 59 months of age. Arch Dis Child. 2014 Jul; 99(7): 687-93.

8. Tramper-Stranders GA. Childhood community-acquired pneumonia: A review of etiology- and antimicrobial treatment studies. Paediatr Respir Rev. 2018 Mar; 26:41-48.

9. Lyttle MD, Bielicki JA, Barratt S, Dunn D, Finn A, Harper L, Jackson P, Powell CVE, Roland D, Stohr W, Sturgeon K, Wan M, Little P, Faust SN, Robotham J, Hay AD, Gibb DM, Sharland M; PERUKI, GAPRUKI and the CAP-IT trial team. Efficacy, safety and impact on antimicrobial resistance of duration and dose of amoxicillin treatment for young children with Community-Acquired Pneumonia: a protocol for a randomised controlled Trial (CAP-IT). BMJ Open. 2019 May 22; 9(5):e029875.

10. Pan American Health Organization / World Health Organization. Epidemiological Update: Dengue. 9 August 2019, Washington, D.C. PAHO / WHO. 2019. Disponible en: <https://bit.ly/2OQxK5z>.

11. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Dengue autóctono en España, segunda actualización. Evaluación rápida de riesgo. 31 de Mayo, 2019. Disponible en: <https://bit.ly/2ZskV1v>.

TDAH: Abordaje, seguimiento y fracaso escolar

José Ramón Gómez Cabezas

Psicólogo educativo

Introducción

Cada vez tenemos más estudios y evidencias que demuestran las implicaciones cognitivas y comportamentales del Trastorno por déficit de Atención. El propio DSM-5 hace especial énfasis en este punto y en las consecuencias sociales que conlleva. El Déficit de Atención, la hiperactividad y la impulsividad asociadas tienen la suficiente entidad como interferir con las actividades sociales y académicas del afectado, durante toda su vida, es decir, con carácter crónico.

A pesar de la ingente aportación científica al respecto, aun hoy en día, pleno siglo XXI se le da juego a ciertas opiniones que afirman que el TDAH es solo una moda y que existe un llamativo sobre diagnóstico. Es osado tachar de moda lo que realmente es sentido común. Lo cierto es que los casos reales diagnosticados no se acercan en la mayoría de los centros educativos al 5% que reflejan la mayor parte de los estudios científicos desarrollados en todo el mundo. Igual los profesionales debemos perfeccionar las herramientas o afinar en algunos criterios diagnósticos, pero de ahí a afirmar que el TDAH no existe hay un abismo. En cualquier caso, medios y población en general, deberíamos ser más críticos con todos estos comentarios y pedir demostraciones o datos que lo avalen antes de dar demasiada publicidad, simplemente porque a unos padres angustiados por las dificultades de su hijo lo que menos les ayuda y más les llena de confusión son opiniones gratuitas sin aval científico ni demostración alguna.

Llamémoslo como queramos, la realidad es que muchos de estos muchachos (y su entorno familiar/escolar) lo pasa mal, necesitan que se comprendan sus dificultades y mucha ayuda, concreta y específica para las dificultades que presentan. Estas familias quieren soluciones a sus problemas no opiniones llamativas y sin criterio que las justifique.

Estado actual

Hasta la fecha, el interés de las investigaciones se centra, inevitablemente, en aspectos cognitivos y las desarrolladas en el contexto educativo y familiar, en las conductuales. En un segundo plano empiezan a analizarse el deterioro en otros aspectos claves del desarrollo infantil y la salud mental, como son las habilidades sociales y la competencia emocional.

Dada la importancia en el desarrollo integral de estos aspectos, predictivos de una futura salud mental positiva, deberían merecer una atención especial por nuestra parte junto a un análisis profundo y reflexivo, de cara al futuro diagnóstico, a la calidad terapéutica y a la mejora de calidad de vida de contexto individual, familiar y educativo de nuestros afectados.

Sin ir más lejos y como mencionan Pardos, Fernández Jaén y Fernández Mayoralas, los afectados TDAH muestran mayores tasas de conductas desorganizadas, agresivas, imprevisibles,

oposicionistas, fuera de lugar, ruidosas, violación de reglas, actos inesperados e inapropiados y su estilo de respuesta tiene efectos negativos en el comportamiento de los pares. Esto puede tener como consecuencia final el rechazo, sobre todo en entornos formativos, donde les convierte en víctimas propiciatorias de aislamiento y predisposición al bullying.

Un mínimo de empatía

La empatía es una de esas habilidades sociales afectada, en nuestro caso se supone que no, por lo tanto no debe resultar-nos difícil imaginar lo que puede ser vivir en un mundo que no nos permite concentrarnos en las tareas que necesitamos cumplir y a cambio, nos regala recriminaciones, castigos, penalizaciones que no está enteramente en nuestras manos controlar. Nuestra vida diaria se alteraría bajo este patrón, empezando por nuestra autoestima y terminando por cualquier tipo de relación con el entorno.

Un niño con este diagnóstico, nunca deja de ser un niño, con todas sus características, aptitudes, habilidades, sentimientos. El manejo que hagamos de todo ello los adultos que estamos alrededor determinarán el ajuste que el niño tendrá con su consigo y con su contexto, en términos de satisfacción, felicidad y éxito contextual. Como el educativo. En general, todos los aprendizajes requieren que la persona mantenga la atención de manera suficiente, en intensidad (nivel de activación) y tiempo.

Dificultades escolares

Cuando se combinan las dificultades para focalizar o mantener la atención, con un componente de hiperactividad y/o de impulsividad, junto a las dificultades en las funciones ejecutivas descritas por Russell Barkley aumentan de manera desproporcionada los riesgos de retraso o fracaso escolar.

El resultado de esas sumas suelen tener como producto final aprendizajes incompletos o incorrectos, por ejemplo en la lectura comprensiva, eje del desarrollo escolar de toda la primaria y de futuros aprendizajes.

Ayudar a los maestros a manejar la conducta del alumno TDAH es importante, dotarles de recursos para ayudar a superar las dificultades inherentes de aprendizaje imprescindible, pero también es vital enseñar a educar las emociones, a domesticar la frustración, a relacionarse con su característica y con los demás de una manera positiva, a planificar y estructurar tareas, a mejorar su capacidad de autocontrol, en definitiva a crecer no solo en conocimientos y conceptos si no de manera integral hacia una madurez necesaria.

La característica DDAH es crónica y nos repetimos diciéndolo, esto supone que nada de lo que hagamos la va a hacer desaparecer y se hace difícil asumirlo, nadie nos prepara, pero no debemos equivocar nuestro objetivo que es la T de trastorno, contra lo que sí podemos trabajar y desarrollar estrate-

gias desde todos los ámbitos posibles. El familiar y el educativo tienen, tenemos, cierta responsabilidad que asumir.

Está comprobado cuando los educadores nos posicionamos ante el TDAH desde la perspectiva de las necesidades educativas, asumimos ese principio de responsabilidad tan necesario. Cuanto mayor sea el conocimiento del trastorno por parte del docente, más recursos y herramientas tendrá a su disposición, por lo tanto y es de Perogrullo, más posibilidades de éxito a su favor, a nuestro favor. No todo van a ser adaptaciones curriculares, más bien al contrario, las adaptaciones metodológicas, que además podrán ayudar al resto de alumnos, con necesidades o no, deben predominar en nuestro repertorio. Por último y esto no es responsabilidad exclusiva del contexto escolar, es hacer funcionar el binomio padres/profesores con entidad única, generando soluciones y no dificultades paralelas.

Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (4ª ed., Texto rev.). Washington, DC: Autor.
2. A. Pardos. A. Fernández-Jaén, D. Martín Fernández-Mayoralas. Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista neurología*, ISSN 0210-0010, Vol. 48, N° Extra 2, 2009.
3. Barkley RA. A theory of ADHD: Inhibition, executive functions, selfcontrol, and time. In Barkley RA, ed. *Attention deficit hyperactivity disorders: a handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford; 1998. p. 225-62.
4. Barkley RA. *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford; 1997.

Bibliografía recomendada

- Orjales, I. (1999). *Déficit de Atención con Hiperactividad: Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.
- Fundación ADANA. *El alumno con TDAH en el aula*. Guía.
- Fundación INDAGA. *Guía de apoyo al estudio*. Guía.
- Asociación STILL. *Guía práctica con recomendaciones de actuación para los centros educativos en casos de alumnos con TDAH*. Guía.

TDAH y repercusión escolar: papel de otros trastornos del neurodesarrollo asociados

Beatriz Calleja Pérez⁽¹⁾, Ana Jiménez de Domingo⁽²⁾, Ana Laura Fernández-Perrone⁽²⁾, Daniel Martín Fernández-Mayoralas⁽²⁾, Sara López-Martín⁽³⁾, Jacobo Albert⁽⁴⁾, Pilar Tirado⁽⁵⁾, Sonia López-Arribas⁽⁶⁾, Rebeca Suárez⁽⁶⁾, Alberto Fernández-Jaén^(2,7)

⁽¹⁾Atención Primaria de Pediatría. Centro de Salud "Doctor Cirajas". Madrid. ⁽²⁾Unidad de Neurología Infantil. Hospital Universitario Quirónsalud Madrid.

⁽³⁾Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Centro Neuromotiva. Madrid.

⁽⁴⁾Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. ⁽⁵⁾Unidad de Neurología Infantil. Hospital Universitario La Paz. Centro CADE. Madrid.

⁽⁶⁾Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital "Gómez Ulla". Madrid. Centro CADE. Madrid.

⁽⁷⁾Facultad de Medicina. Universidad Europea de Madrid

Resumen

Introducción: El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo (TND) más prevalentes. La disfunción social y/o escolar es necesaria para su diagnóstico.

Desarrollo: Se revisan las causas que favorecen en el paciente con TDAH los problemas escolares. El TDAH se asocia a una elevada prevalencia trastornos específicos del aprendizaje o trastornos del lenguaje. Es necesaria la identificación de los problemas comórbidos; esto es particularmente relevante en el apartado conceptual.

Conclusiones: Otros trastornos del neurodesarrollo aparecen frecuentemente asociados al TDAH. Muchos de estos trastornos condicionan la disfuncionalidad. Para estos otros problemas asociados, es necesaria la evaluación neuropsicológica.

Palabras clave: Trastornos del neurodesarrollo; Aprendizaje; Dislexia; Trastorno del lenguaje; Trastorno de déficit por atención/hiperactividad.

TDAH y neurodesarrollo

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo (TND) más prevalentes en la población infanto-juvenil, siendo el subtipo de presentación o predominio inatento el más frecuente¹. Si bien la sintomatología hiperactivo-impulsiva aporta una mayor visibilidad al trastorno, son los problemas atencionales y la repercusión académica los que generan un motivo de consulta especializada más frecuente.

Debemos definir el TDAH como una condición (no enfermedad), cuya intensidad y persistencia sintomática, condicionan la capacidad adaptativa del individuo que lo sufre. Este trastorno está recogido dentro del apartado "Trastornos del Neurodesarrollo" (TND), descrito en las clasificaciones internacionales (DSM-5 y versión 11 beta de la CIE); ambas describen trastornos con inicio característico en la infancia o adolescencia, caracterizados por un desarrollo inadecuado, que se manifiesta por alteraciones significativas en el adecuado funcionamiento personal, social, académico u ocupacional del paciente^{2,3}.

TDAH y rendimiento escolar

El término trastorno hace una referencia directa a la disfuncionalidad que presentan los pacientes afectos. Si bien, en las clasificaciones internacionales previamente mencionadas, la repercusión escolar y/o social es necesaria para el diagnóstico del TDAH, el impacto de este trastorno supera frecuente e intensamente este marco. Los pacientes pueden mostrar una clara afectación en la calidad de vida y autoestima, incremento de la siniestralidad, presentar consecuencias laborales en la edad adulta o favorecer la presencia de trastornos del ánimo; tampoco debe obviarse el impacto que puede generar a nivel económico o incluso judicial⁴.

Sin embargo, de forma particularmente relevante en la infancia, son los problemas escolares los más evidenciados. La ansiedad y la atención son probablemente dos de los factores más condicionantes del rendimiento escolar a medio y largo plazo. Así, los síntomas propios del TDAH, son característicamente disfuncionales a nivel escolar. En el apartado de la atención, son niños a los que les cuesta (más que a los demás) sostener la atención en tareas monótonas, finalizar las tareas, trabajar con constancia, mostrando problemas organizativos, descuidos, despistes u olvidos; en el apartado de autocontrol, son jóvenes intranquilos, habladores, perturbadores e interrumpores, así como precipitados en sus respuestas, lo que condiciona la dinámica escolar y la ejecución de la tarea escolar (Tabla I). Aunque esta sintomatología cardinal se atenúa en muchos casos con la edad, la repercusión puede mantenerse por el incremento de demanda ambiental, tanto social como académico.

Los síntomas previamente señalados, así como los trastornos del aprendizaje asociados, entre otros aspectos, predisponen a los pacientes con TDAH a un rendimiento escolar inferior, así como más problemas ocupacionales en la edad adulta⁵.

Este trastorno se asocia con la obtención de peores resultados académicos de forma temprana, más frecuencia de fracaso escolar y ratios inferiores respecto a la media para finalizar exitosamente estudios universitarios^{5,6}. Una pobre autoestima, mayores niveles de ansiedad, menor motivación, peor procesamiento de la información, dificultades en el manejo del tiempo y los problemas para la concentración son tam-

Tabla I. Problemas relacionados con los síntomas del TDAH en la escuela (López-Martín S, Albert J, datos no publicados)

- Dificultades para escuchar el discurso oral durante periodos prolongados de tiempo (p. ej., “seguir el hilo” de una exposición oral de más de 15 minutos)
- Desorganización en sus materiales y olvidos frecuentes (de los deberes, de la agenda, etc.)
- Dificultad para concentrarse durante periodos prolongados de tiempo (p. ej., realizar un examen de una hora)
- Dificultad para empezar los trabajos y sobre todo para terminarlos sin supervisión de un adulto
- Dificultad para evitar las distracciones que perjudican a su objetivo (p. ej., los comentarios de compañeros de clase, ruidos de la calle, personas que pasan por el pasillo, etc., cuando se está siguiendo una exposición oral del profesor)
- Interrupción frecuente de conversaciones, hablar sin permiso o muy alto
- Dificultad para permanecer sentados durante un tiempo normal para su edad (p. ej., durante una hora de clase)
- Dificultad para permanecer quietos, sin mover manos o pies, durante tiempos prolongados
- Dificultad para trabajar por grandes recompensas a largo plazo (aprobar el curso, obtener una nota alta, la promesa de un regalo por buenas calificaciones, etc.), necesitando recompensas frecuentes aunque sean menores
- Dificultades para mantener el esfuerzo en tareas o actividades que no les proporcionan una recompensa inmediata. Pueden iniciar una tarea correctamente, pero rápidamente se desmotivan y/o cansan, dejándose llevar por otros estímulos más gratificantes e inmediatos (hablar con un compañero, mirar por la ventana, etc.)
- Dificultad para inhibir sus reacciones emocionales. Se muestran inmaduros en relación a sus compañeros, más explosivos, irascibles y se frustran con facilidad, dando lugar frecuentemente a dificultades en sus interacciones sociales
- Dificultad para interrumpir sus acciones cuando ya no son adecuadas (p. ej. les cuesta darse cuenta de que el otro se está enfadando)

bién frecuentes^{7,8}. El impacto conceptual puede preceder la aparición de trastornos comórbidos, como los trastornos del ánimo, el consumo de sustancias tóxicas o trastornos de la conducta⁹.

La dinámica parental también se ve afectada por los problemas conceptuales de sus hijos con TDAH. Las dificultades ejecutivas, los problemas para la finalización de deberes, la entrega a destiempo o la “no entrega” de los mismos, aunque se hayan realizado correctamente, condicionan una supervisión estrecha familiar, que no siempre se reduce en la adolescencia. Todas estas circunstancias, llevan asociadas paralelamente un mayor uso de recursos educativos, intra y extraescolares. Precisan más servicios de apoyo pedagógico, clases de apoyo o adaptaciones curriculares entre otros⁵.

TDAH y comorbilidad

La comorbilidad del TDAH es prácticamente la normal, estando presente en el 60-70%¹⁰⁻¹², siendo los más frecuentes los trastornos específicos del aprendizaje (45%), el trastorno negativista desafiante (40%), los trastornos por ansiedad (30-45%) o del ánimo (4-30%), el trastorno de la conducta social (14-46%) o los trastornos por tics (9-11%), entre otros.

Centrándonos en los agrupados dentro del apartado de los TND, destacan los trastornos específicos del aprendizaje (TEAP), presentes casi la mitad de los casos¹². El trastorno específico de la lectura se registra en el 8-39% de los individuos. Inversamente, el 33% de niños disléxicos presentan TDAH. La prevalencia de los trastornos específicos de la escritura o cálculo ha sido menos analizada, habiéndose descrito hasta en el 25% de los pacientes; en los estudios que han englobado este análisis, se han recogido problemas en la grafía o errores de cálculo por descuido, aspectos más relacionados con la sintomatología cardinal del TDAH que con un problema específico de aprendizaje asociado.

La asociación con los trastornos específicos del lenguaje (TEL), hoy englobados en el apartado de los trastornos de la

comunicación es también elevada. Se ha descrito en el 12% de pacientes con TDAH, 5 veces más frecuente que en la población control¹². Inversamente, los TEAP o el TDAH se describen hasta en el 30% de los pacientes con TEL¹³⁻¹⁵.

El trastorno del desarrollo de la coordinación también es frecuente, describiéndose en el 33-47% de los pacientes¹⁶. La presencia de este trastorno confiere un peor pronóstico escolar y social al propio TDAH.

La comorbilidad con la DI o el TEA, aun siendo controvertida desde el punto de vista diagnóstico o clasificatorio, no deja de mostrar una realidad, con un gran impacto escolar y social para quien la sufre. Una capacidad intelectual límite o en el terreno de la DI, indudablemente ahondará en el impacto académico de estos niños.

TDAH y otros TND: diagnóstico

La mayor parte de las guías internacionales establecen un diagnóstico sustentado eminentemente en la presencia de los síntomas cardinales, relegando la evaluación neuropsicológica al terreno de la recomendación en casos específicos, por ejemplo ante la sospecha de TEAP. Estas mismas clasificaciones o guías, recomiendan la cuantificación de las habilidades cognitivas para el diagnóstico del TND comórbido^{2,17}. La evaluación cognitiva se muestra necesaria para el diagnóstico de los TEAP, los TEL, el TDC o la DI, y se muestra recomendable en los pacientes con TEA en los que se sospeche DI². Así, para el diagnóstico de algunos TND, la habilidad cognitiva más implicada (lenguaje, lectura, matemáticas, escritura o coordinación) debía estar cuantificadamente evaluada y mostrarse inapropiada para la edad del niño y su capacidad intelectual^{3,17}. Esa evaluación es por tanto necesaria o recomendable para el estudio de estas comorbilidades¹⁸.

A la vista de la elevada prevalencia de TEAP, TDC o TEL en pacientes con TDAH, la compleja distinción clínica entre los problemas derivados del propio TDAH y el trastorno comórbido en cuestión, el impacto funcional de la capacidad intelectual (particularmente la verbal) y la conveniencia de una

intervención cognitiva y pedagógica acorde a estas habilidades, parece clara la conveniencia de una mínima evaluación neuropsicológica en la mayor parte de los pacientes o en la totalidad de los mismos.

Bibliografía

- Willcutt EG. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental Neuro-Therapeutics*. 2012;9(3):490-9.
- American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. xlv, 947 p. p.
- World Health Organization W. ICD-11 beta draft (joint linearization for mortality and morbidity statistics) 2016 [cited 2016 9th of October]. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en>.
- Casas M, Alda Díez JA, Fernández-Jaén A, Quintero J, Ramos Quiroga JA. Impacto personal, social y económico del TDAH. Barcelona: EdikaMed; 2014. 158pp.
- Cardo E, Pamias M. Impacto del TDAH en el rendimiento escolar. In: Casas M, Alda JA, Fernández-Jaén A, Quintero J, Ramos Quiroga JA, editors. Impacto personal, social y económico del TDAH. Barcelona: Gráficas Varona; 2014. p. 27-40.
- Calleja-Pérez B, Parraga JL, Albert J, López-Martín S, Jiménez de Domingo A, Fernández-Perrone AL, et al. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Hábitos de estudio. *Medicina (B Aires)*. 2019;79 Suppl 1:57-61.
- Gormley MJ, Pinho T, Pollack B, Puzino K, Franklin MK, Busch C, et al. Impact of Study Skills and Parent Education on First-Year GPA Among College Students With and Without ADHD: A Moderated Mediation Model. *J Atten Disord*. 2018;22(4):334-48.
- Mardomingo Sanz MJ, Sancho Mateo C, Soler López B. Evaluación de la comorbilidad y la ansiedad social en adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Estudio SELFIE. *An Pediatr (Barc)*. 2018.
- Bachman JG, Staff J, O'Malley PM, Schulenberg JE, Freedman-Doan P. Twelfth-grade student work intensity linked to later educational attainment and substance use: new longitudinal evidence. *Dev Psychol*. 2011;47(2):344-63.
- Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *The American journal of psychiatry*. 1991;148(5):564-77.
- Steinhausen HC, Novik TS, Baldursson G, Curatolo P, Lorenzo MJ, Rodrigues Pereira R, et al. Co-existing psychiatric problems in ADHD in the ADORE cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006;15 Suppl 1:I25-9.
- Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon N. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*. 2011;127(3):462-70.
- Mueller KL, Tomblin JB. Examining the comorbidity of language disorders and ADHD. *Top Lang Disord*. 2012;32(3):228-46.
- Flapper BC, Schoemaker MM. Developmental coordination disorder in children with specific language impairment: co-morbidity and impact on quality of life. *Res Dev Disabil*. 2013;34(2):756-63.
- Selassie GR, Jennische M, Kyllerman M, Viggedal G, Hartelius L. Comorbidity in severe developmental language disorders: neuropsychiatric and psychological considerations. *Acta Paediatr*. 2005;94(4):471-8.
- Kadesjo B, Gillberg C. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42(4):487-92.
- Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: CIE-10. 10 ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003. 3 v. p.
- Fernández-Jaén A, Martín Fernández-Mayoralas D, Fernández-Perrone AL, Jiménez A, Albert J, López-Martín S, et al. Neurodesarrollo y fenocopias del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: diagnóstico diferencial. *Rev Neurol*. 2018;66(S01):S103-S7.

Lo dice la ley: responsabilidad del pediatra ante un paciente menor

La autonomía del paciente menor de edad: consentimiento médico y acceso a la historia clínica

Carmen González León

Profesora Titular de Derecho Civil. Universidad de Salamanca

Proteger la autonomía del paciente menor de edad exige hacerla compatible con la función de cuidado y asistencia que incumbe a los titulares de la patria potestad, y con la obligación de actuar en interés del menor y de velar por su salud que tienen los profesionales sanitarios. Algunos problemas que nos encontramos son los siguientes: a) Establecer los criterios para decidir cuándo los menores pueden ser oídos, cuándo pueden emitir el consentimiento médico y cuándo pueden acceder a su historia clínica. b) En sentido contrario, se debe delimitar cuándo el interés del menor a la salud exige que los padres consientan por ellos y accedan a los datos de la historia clínica de sus hijos sin necesidad de su autorización, o requiere que los profesionales sanitarios actúen en contra del criterio del menor y de los padres.

La tendencia actual es garantizar al menor la mayor participación posible en su asistencia sanitaria, pero haciéndolo de forma que resulte compatible con la protección del derecho a la vida y a la salud.

En el ámbito sanitario no es lo mismo ser informado, ser oído, dar el consentimiento médico o acceder a la historia clínica. La valoración de la edad y la madurez que se exigen para consentir un acto médico susceptible de tener graves consecuencias ha de ser más estricta que para otras actuaciones en principio menos importantes, como recibir información o acceder a toda o parte de la historia clínica. En el primer caso, el consentimiento del menor puede afectar directamente a su vida o a su salud, lo que no sucede al ejercer un derecho a ser informado o a ser oído. Entre todas estas actuaciones en el ámbito de la salud existe una íntima relación, pero la edad y la capacidad que se requieren para cada una de ellas debe ser y es diferente, como se desprende de la regulación contenida en la Ley 41/2002, *básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* (LBAP).

El derecho del paciente menor de edad a ser informado y a ser oído

El menor tiene derecho a ser oído si tiene doce años o si se le considera maduro, aunque no haya llegado a esa edad [arts. 4 y 9.3.c) LBAP]. En estos casos, deberá ser informado acerca de su estado de salud en la medida y en la manera en que el profesional lo considere proporcionado a la capacidad de comprensión del menor, que tendrá derecho a expresar

su opinión, aunque sean sus padres los que vayan a prestar el consentimiento por representación.

El consentimiento médico del menor de edad

El consentimiento médico del menor de edad se contempla en el artículo 9 LBAP, y según este precepto podrá consentir el menor que sea capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance del tratamiento médico al que se va a someter. Cuando el menor de edad no tiene capacidad suficiente para ello, el consentimiento lo deberán prestar sus representantes legales, que normalmente son los titulares de la patria potestad. En concreto, de la regulación del artículo 9 LBAP se deducen los siguientes supuestos:

- El menor que no ha cumplido dieciséis años, pero que según el médico es maduro para comprender el alcance y las consecuencias del tratamiento a que se le va a someter, puede otorgar el consentimiento.
- A los menores que hayan cumplido dieciséis años se les presume maduros y podrán prestar el consentimiento informado, salvo que el facultativo aprecie que no tienen madurez suficiente para otorgarlo o se trate de una situación de grave riesgo para su salud. En estos dos casos, a pesar de que el menor tenga dieciséis años o esté emancipado, serán los padres los que presten el consentimiento en representación de sus hijos.
- Si la decisión de los padres resultase contraria al beneficio del menor, el profesional sanitario deberá ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial, salvo que por razones de urgencia los médicos tengan que adoptar las medidas necesarias para salvaguardar la vida o salud del paciente. Esta puesta en conocimiento de la autoridad judicial no se limita a las decisiones que puedan incidir gravemente en la vida o la salud del menor (como, por ejemplo, cuando los padres niegan el consentimiento para que a su hijo menor de edad se le aplique un tratamiento oncológico o una transfusión sanguínea), sino que se extiende a cualquier decisión que adopten los padres respecto a una intervención o tratamiento médico, si se estima que no es acorde al derecho a la salud de su hijo menor de edad. La LBAP no prevé que pueda recurrirse formalmente a la mediación, una fórmula que en muchos casos podría ser menos radical y más efectiva que la vía judicial.

El derecho de acceso a la historia clínica del menor de edad

El derecho de acceso a la historia clínica tiene carácter personalísimo y solo están legitimados para acceder a ella el paciente titular de los datos y sus representantes debidamente acreditados, además de los profesionales que le atienden en el centro sanitario (arts. 16.1 y 18 LBAP). Cuando los menores de edad no pueden ejercitar personalmente este derecho, pueden hacerlo sus representantes legales, pero ni la LBAP ni la normativa sobre protección de datos de carácter personal contemplan expresamente este supuesto.

Ante esta laguna, parece razonable atender a los criterios que inspiran la regulación de la LBAP sobre el consentimiento informado del menor de edad, de los que se deduce que la mayoría de edad del paciente se presume a los dieciséis años, siempre y cuando el menor sea maduro, y no a los catorce, que es la edad que establece la normativa de protección de datos para que los menores puedan consentir el tratamiento de sus datos personales (art. 7 Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

La solución que contempla la LBAP parece adecuada y aplicable al derecho de acceso a la historia clínica. Siguiendo esta pauta, la regla general sería que el menor que haya cumplido

dieciséis años podrá ejercitar por sí mismo el derecho de acceso a sus datos de salud, y los titulares de la patria potestad solo podrán acceder si han sido autorizados por éstos. Ahora bien, cuando los padres emiten el consentimiento en representación de los menores que han cumplido dieciséis años (sea por su falta de madurez o porque existe una situación de grave riesgo para la salud del menor), pueden también acceder a la historia clínica de sus hijos sin necesidad de su autorización, pero solo en la medida necesaria para otorgar el consentimiento informado y para velar por el menor, respetando en lo demás la intimidad del menor.

Los menores que no han cumplido dieciséis años, pero que sean maduros para consentir un tratamiento o actividad médica, pueden solicitar que no se autorice a los padres a acceder a los datos relativos a la misma, pero los padres tendrán derecho a acceder al resto de la historia clínica del menor sin necesidad de su autorización.

En resumen, para delimitar la autonomía del paciente menor de edad en cuanto a su derecho a consentir y a tener acceso a su historia clínica es necesario concretar el concepto de *menor maduro* en el ámbito de la salud, y para ello hay que combinar los criterios de edad y madurez que se deducen de la regulación de la LBAP y aplicarlos teniendo en cuenta el interés superior del menor.

Termino la residencia ¿y ahora qué? Salidas profesionales

Salida profesional: Pediatría de Atención Primaria. Mi experiencia

Claudia Sánchez-Villares Lorenzo

Pediatra de Atención Primaria en Centro de Salud Ciudad Rodrigo, Salamanca

Tras la carrera de Medicina y el periodo de estudio del MIR, por fin podemos elegir especialidad, y en nuestro caso elegimos *Pediatría y sus áreas específicas*, porque nos gusta trabajar con niños, pero parece que la opción de pediatra de Atención Primaria, no es la más llamativa ni la más solicitada. En mi experiencia como estudiante en la Universidad de Salamanca, me tocó rotar por pediatría en centro de salud. Aunque ya me gustaba pediatría, no sabía bien como era el día a día de la consulta y tras la rotación me quedó claro que era lo que quería: poder hacer el seguimiento de los niños con esa cercanía y cariño que te ofrece una consulta de atención primaria. Sin embargo, otros de mis compañeros estudiantes, nunca llegaron a rotar por el centro de Salud, las prácticas de pediatría le tocaron en el hospital, y no llegaron a conocer la pediatría en el centro de salud. Durante la residencia en pediatría, de los 4 años que son, tan solo 3 meses en centro de salud... aunque ahora está cambiando, y es diferente en cada hospital.

Considero que para trabajar en un centro de salud como pediatra de atención primaria e intentar hacerlo lo mejor posible, te tiene que gustar, y para eso es imprescindible conocer cómo se trabaja, formarse para adquirir habilidades y saber manejar la consulta. Nuestra formación está basada en el hospital, y claro que es necesario rotar por todas las especialidades para aprender y saber lo que nos gusta, pero hay que tener presente que la mayoría de los que hacemos la especialidad de pediatría, acabaremos como pediatras de atención primaria, que es lo más demandado. Afortunadamente estamos en una temporada de escasez de pediatras de atención primaria, por eso con mi charla quiero dar a conocer que estar en un centro de salud es igual de enriquecedor que estar en el hospital, y para ello os voy a hablar de la actividad diaria de la consulta, ventajas e inconvenientes.

Actividad diaria

La consulta se divide principalmente en 2: consultas de demanda y revisiones del niño sano. Las *consultas de demanda*, son los huecos que tenemos en la agenda para que las familias puedan pedir cita para consultar las patologías de sus hijos, así como cualquier comentario, recetas o pregunta que quieran realizar. Estas consultas son muy variadas, y cambian mucho según la estación del año en la que nos encontremos. Principalmente:

- Infecciones: fiebre, infecciones respiratorias (catarros, bronquitis, bronquiolitis, laringitis, neumonías, faringoamigdalitis...), gastroenteritis agudas, infecciones cutáneas, otitis...

- Problemas gastrointestinales: estreñimiento, gastroenteritis, abdomen agudo, dolores funcionales...
- Lesiones cutáneas: dermatitis, nevus, micosis, infecciones víricas, bacterianas...
- Traumatismos y patología ortopédica.
- Heridas.
- Patología psiquiátrica y psicológica: ansiedad, depresión, trastornos adaptativos. Cada vez más frecuente, principalmente por problemas en el ámbito familiar (padres separados, enfermedades padres o familia, patología psiquiátrica en padres, familias desestructuradas), también en ámbito de colegio (*bullying*).
- Alimentación: no come, come mal, come mucho...
- Crecimiento y desarrollo: crece poco, ha crecido mucho, pubertad adelantada, retrasada...

Revisiones del niño sano: desde nacimiento se realizan muchas consultas de seguimiento, depende del centro de salud.

- Enfermería: consulta de captación para recoger todos los datos de nacimiento y embarazo. A los 3, 5, 11 y 13 meses
- Pediatría: a los 15 días, al mes, a los 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 meses, 2, 3, 4, 6, 8-9, 12, 14 años.

Se abarcan todos los aspectos que engloban la salud del niño:

- Alimentación: lactancia materna y artificial, alimentación complementaria, hábitos de alimentación saludables.
- Ejercicio físico.
- Hábito miccional y deposiciones.
- Sueño y rutinas, trastornos del sueño.
- Cribado de audición y visión.
- Desarrollo ponderoestatural: peso, talla y perímetro cefálico. IMC.
- Desarrollo neuromadurativo (Denver).
- Desarrollo social y comunicativo. Cribado de TEA (M-CHAT).
- Alteraciones desarrollo lenguaje y aprendizaje.
- Alteraciones del comportamiento en casa y colegio.
- Alteraciones ortopédicas.

Ventajas de la pediatría Atención Primaria

1. La principal es conocer a los pacientes y sus familias, y que ellos te conozcan a tí. Se crea un clima de confianza

en general, que te ayuda mucho a trabajar. Sabes cómo son los padres y la relación que tienen con sus hijos, sabes cómo tienes que darles las noticias y manejar cada situación. Ellos, en general, confían en ti, lo que les digas tú es lo que harán, y muchas veces te pedirán una segunda opinión de otro médico que le ha visto en urgencias. Esto es muy valioso, por que puedes hacer educación sanitaria a diario, para que los padres sepan manejar situaciones de enfermedad habituales y así evitar los abusos y excesos de servicios de urgencias.

2. Disponibilidad para ver a los pacientes lo que se necesite. En función de la patología y de la familia, necesitará más o menos controles. Se pueden seguir casos para ver la evolución, o si pones tratamientos para ver como progresan. Puedes aprender cada día algo nuevo. Además muchas veces simplemente escuchar en la consulta, ayuda. Y esto, es posible en atención primaria.
3. Implicarte en patologías concretas. Se pueden pedir muchas pruebas complementarias y hacer un diagnóstico y seguimiento de los casos. También tenemos la ventaja de poder hablar con especialistas del hospital para ir avanzando tratamientos y que cada vez se pueda manejar más patología desde atención primaria.
4. Posibilidad de estudios de investigación.

Inconvenientes

1. Muchos pacientes y poco tiempo. Cupo de pacientes variable según consulta.
2. A veces no se respetan las normas de consulta. No se piden citas, acuden de urgencia sin ser urgente, revisiones en horario de demanda...
3. Acumulación de consulta del compañero. No hay sustitutos, todas las vacaciones, días de asuntos propios y docencia tienen que ser acumulados por el compañero. En el caso de centro de salud de un solo pediatra, necesitan sustituto y en el caso de que no haya, pueden tener problemas para coger vacaciones.
4. Tipo de contrato: puedes llegar a tener muchos tipos de contrato en poco tiempo, generando inestabilidad. Sin embargo, actualmente no hay paro en pediatría, y hay contratos de pediatra estables sin poder cubrir.
5. En centros de salud no siempre hay todos los recursos que nos gustaría tener. Por ejemplo: pulsioxímetro pediátrico, medicación hospitalaria (ondansetrón, gel LAT...).

Con esta charla, esperamos resolver dudas y animar a todos los que estén acabando la residencia, a plantearse la opción de ser pediatras de atención primaria.

Salida profesional: Hospital. Mi experiencia

Jenifer Lázaro Ramos

Adjunto de Pediatría, Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila

Cuando acabamos la residencia nos planteamos una multitud de dudas: ¿encontraré trabajo?, ¿podré trabajar en mi subespecialidad?, ¿dónde quiero vivir en esta nueva etapa?, y si no encuentro, ¿podré trabajar solo de guardias?, ¿en qué me debo fijar a la hora de firmar un contrato?

En mi caso, acabé la residencia en el Hospital de Salamanca en el año 2016, me planteé todas esas preguntas, que poco a poco se fueron despejando, pudiendo incluso experimentar diferentes formas de trabajo en un hospital.

Mi primera etapa aconteció solo quince días después de terminar la residencia: trabajar en un Hospital en mi subespecialidad, Nefrología Pediátrica. El contrato consistía en una **baja maternal**, en el Hospital de Cruces, de una duración inicial de 3 meses, que se prolongó un mes más. El contrato requería todas las condiciones: consulta de Nefrología Pediátrica, planta de hospitalización de Nefrología Pediátrica, trasplante renal, y en mi caso guardias en la Unidad de Urgencias de Pediatría. Fue una de las etapas más fructíferas y satisfactorias a nivel profesional, permitiéndome seguir formándome en la subespecialidad que había elegido con la “ventaja” de ser remunerada por ello. Y digo esto, porque muchos compañeros para seguir formándose en la subespecialidad o consiguen becas o trabajan “gratuitamente” por las mañanas en centros-hospitales, y después tienen que hacer guardias para poder cubrir sus necesidades económicas.

La única pega en esta etapa y que condicionó mis decisiones posteriores era la lejanía de mi residencia habitual. Muchos opinaréis que lo esencial es trabajar en la subespecialidad en la que te has formado, aunque sea lejos de tu familia o amigos; otros, como yo, primaréis trabajar en la **Especialidad de Pediatría**, con los niños, sea o no tu subespecialidad, pero cerca de tu domicilio habitual, de tu familia y amigos. Ambas decisiones son igual de respetables, y nadie debe sentir que ha fracasado si no trabaja en su subespecialidad, lo importante es hacer lo que te haga feliz profesionalmente, pero sobre todo personalmente.

Mi segunda etapa comenzó justo después, de nuevo un contrato de **baja laboral** (escasos 15 días) esta vez en el Hospital de Zamora. En este contrato, al tratarse de un hospital más pequeño, teníamos varias labores, pasar consultas externas (Nefrología Pediátrica, y en mi caso otras como Neumología Pediátrica, Neurología Pediátrica), planta de hospitalización, y guardias (en el siguiente apartado hablaremos de las características).

La etapa de guardias. En noviembre 2016, me ofrecieron un contrato de guardias en el Hospital de Ávila, en el que actualmente continúo trabajando. La decisión de trabajar de guardias es algo que hay que sopesar: tiene lo bueno de trabajar en torno a 7-9 días al mes (pudiendo tener tiempo libre para continuar formándote, estudiando, realizando cursos,

asistiendo a congresos, crianza de hijos...), y lo malo de estar horas y horas fuera de casa, con condiciones laborales más precarias a nivel de remuneración económica que en otros tipos de contrato.

Existen diferentes formas de trabajar de guardias, mejor dicho, diferencias entre hospitales a la hora de trabajar de guardias. En hospitales de I-II nivel, generalmente hay 1-3 personas de guardias. Lo que supone que la persona que esté de guardia asume todas las obligaciones y labores. Por ejemplo, en nuestro centro, únicamente estamos un pediatra de guardia. Nuestra labor consiste en encargarse de la Unidad de Hospitalización de lactantes- escolares (en torno a 25 cunas/camas), Unidad de Neonatología (10 cunas), Paritorio, Planta de Maternidad, y las interconsultas de la Urgencia. En otros centros, tienen Unidad de Urgencias donde se encuentran 1-2 adjuntos.

En los Hospitales de III nivel, la labor en las guardias se distribuye de otra manera, más categorizada por unidades, puedes ser adjunto de guardia: en Unidad de Neonatología, en UCI Pediátrica, en Unidad de Urgencias, en Unidad de Hospitalización, y adjuntos de guardias en las diferentes subespecialidades según la complejidad del Hospital.

A la hora de firmar un contrato de guardias nos tenemos que fijar/exigir varios puntos:

- **Cubrir las horas para ser considerado contrato a tiempo completo.** En muchos contratos de guardias especifican “**ocupación 100%**”, en otros solo aparece contrato de guardias. Por ello es importante que siempre se realicen 140 h laborales, lo que podría completarse con 7 (3 festivos y 4 diarios) u 8 guardias (2 festivos y 6 diarios), ya que, a la hora, de tiempo trabajado para bolsas de empleo, oposiciones... no se consideraría un mes completo si no cubrimos esas horas.
- **Derecho a vacaciones remuneradas.** En muchas ocasiones no nos explican que los contratos de guardias tienen derecho a vacaciones remuneradas como el resto de estatutarios. Para poder cobrar y disfrutar esas vacaciones se deben solicitar al igual que los compañeros que no trabajan de guardias los días correspondientes (22 días laborales). Si bien es cierto, que en ciertas comunidades te siguen exigiendo realizar las 140 horas de guardias para que se considere un mes completo trabajado. Al este respecto, muchos estamos denunciando esta situación ante los tribunales.
- **Trienios.** Los contratos de guardias tienen derecho a recibir remuneración por los trienios trabajados.
- **Pagas extra.** Un hándicap a la hora de trabajar de guardias. Solo se percibe la parte proporcional a los trienios. No se recibe una paga extra completa, al considerar según las

gerencias, que no tenemos un sueldo base (denunciada esta situación en los tribunales).

- **Complementos.** En las nóminas de algunas comunidades aparecen dos retribuciones: complemento acuerdo marco y productividad fija acuerdo marco, que junto con los trienios sería el “sueldo base” (que en realidad no lo es), que se percibe a parte de las guardias realizadas.

Mi etapa actual. En mi etapa actual he firmado una cantidad de 5 contratos en 8 meses, correspondientes a: baja laboral (embarazo), baja maternal, periodo de lactancia, periodo de vacaciones, excedencia. Aunque todas pertenezcan a una misma persona, cada una corresponde a una etapa, por ello debe ir con su contrato correspondiente. Importante, si os encontráis en un futuro ante esta situación, que os fijéis que

los contratos sean días correlativos y que os incluyan los fines de semana, aunque uno de los contratos acabe un viernes, ya que sería peyorativo a la hora de tiempo trabajado. En esta etapa, realizó una labor mixta (Atención Primaria- Hospital [consulta de Neurología Pediátrica]- Guardias).

Como podéis comprobar hay bastante variedad de contratos y de labores a la hora de trabajar en un Hospital. Desde mi experiencia el trabajo en Hospital es enriquecedor, te permite seguir formándote en diferentes subespecialidades, renovando conocimientos con sesiones clínicas con los diferentes compañeros de otras unidades, pasar consultas (pudiendo establecer una relación médico-paciente más cercana y poder seguir la evolución de los niños al igual que ocurre con las relaciones que se crean en Atención Primaria) y continuar realizando guardias.

Salida profesional: Extranjero. Mi experiencia en Irlanda

María Domínguez Villoria

Pediatra de Atención Primaria. Salamanca

Licenciada en Medicina por la Universidad de Salamanca en el año 2000, completó su formación como pediatra en Irlanda. Durante la residencia trabajó con Médicos Sin Fronteras (MSF) en tres ocasiones entre el 2005 y el 2008, en Sierra Leona, Somalia y la India. Ha completado el Diploma de Postgrado de la Universidad de Oxford en Enfermedades Infecciosas Pediátricas, y está trabajando en su Tesis para doctorarse por la Universidad de Salamanca, además de trabajar como Pediatra de Atención Primaria. En su charla mostrará basada en su experiencia personal alternativas a la forma convencional de convertirse en Pediatra, y cómo hacer la especialidad y buscar trabajo como especialista fuera de España. Y por último os mostrará algunas imágenes sobre su trabajo con Médicos Sin Fronteras y hablará del trabajo en cooperación internacional.

Pediatría en el extranjero: Formación

La formación especializada de Pediatría varía dependiendo de dónde se realice; incluso dentro de la Comunidad Europea donde se permite la libre movilidad de profesionales, hay notables diferencias que reflejan los distintos sistemas sanitarios y sus necesidades. En este escrito pretendo dar unas pautas básicas sobre cómo hacer la especialidad de Pediatría en el extranjero.

Cómo empezar: Si pensáis hacer la especialidad fuera de España ya durante la carrera, en general es una buena idea conocer el país y el idioma. Para conocer el país, durante la carrera se puede intentar hacer un Erasmus, o un “elective” (prácticas hospitalarias) de unas cuantas semanas durante el verano, para observar y empezar a conocer el sistema.

Para tomar contacto, sería bueno conocer a algún médico español que ya trabaje allí, y si es pediatra pues mejor todavía ¡sabrán deciros lo que hay que hacer! En el colegio de médicos de Salamanca, por ejemplo, hay un registro de médicos salmantinos que trabajan en el extranjero y están dispuestos a intentar poner en contacto a quien lo necesite. Y si no conocéis a nadie, Google es un buen sitio para empezar a buscar información sobre cómo buscar trabajo en distintos países, hay páginas como la del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) (<http://agora.ceem.org.es/comisiones/residencia-y-profesion/alternativasmir/residencia-en-el-extranjero/>) en la que tienen un apartado sobre alternativas al MIR en la que hay varios documentos sobre cómo hacer la residencia en el extranjero que os aconsejo consultar, aunque con cautela porque hay algunos datos que no son enteramente correctos.

Acceso a la especialidad: En muchos países en lugar de empezar directamente un ciclo formativo, se empieza a trabajar en una especialidad determinada y luego ya se entra en un programa de formación más adelante (por ejemplo Irlanda,

Reino Unido, Alemania, Suiza). Esto tiene la ventaja de que se puede “probar” una especialidad sin tener que comprometerse con ella de por vida (como un noviazgo antes de casarse) cosa que no permite el sistema MIR. Muchos países requieren a sus estudiantes de medicina hacer un “internship” de un año o más antes de empezar a trabajar como médicos propiamente dicho, para estar registrados en el colegio de médicos. Para trabajar y/o para entrar en el programa de formación hay varios formatos: examen, que puede ser estatal como en España, o local como en Italia, o currículum y entrevista, que también puede ser estatal o local, o una mezcla de ambos. Francia y Portugal requieren hacer un examen previo tipo MIR, mientras que Holanda solo pide entrevista. En Irlanda para conseguir trabajo solo se necesita currículum y entrevista a nivel local (del hospital o la ciudad), pero para conseguir un puesto en un programa de formación estructurado requieren haber completado un examen (Membership) y luego entrevista a nivel nacional. En el Reino Unido el sistema es parecido. En Estados Unidos es necesario pasar el examen USMLE (<http://infomigration.com/migrar-a-estados-unidos-siendo-medico-extranjero-desmontando-mitos/>).

Duración de la formación estructurada: También aquí hay muchas diferencias. Desde 4 años como en España hasta 8 años o más dependiendo del país, y esta duración puede o no incluir subespecialización, en general los sistemas de formación de más larga duración incluyen un periodo al final de la formación en el que el médico se subespecializa, pero esto también se puede hacer después de completar la formación; por ejemplo en Irlanda la mayoría de los pediatras se iban “abroad” (al Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y Australia principalmente) durante dos o tres años a hacer “fellowships” de varias subespecialidades, bien durante su periodo de formación o al finalizar el mismo, para mejorar su práctica y ver otras formas de hacer las cosas. Hay países en los que hay que pasar un examen final para conseguir el título de especialista, por ejemplo Suiza. En otros simplemente una evaluación por el Tutor al final del año o del proceso formativo es suficiente.

Para volver a España: Una vez conseguido el Título de Especialista en un país de la Comunidad Europea la Homologación es fácil (hay algo de papeleo y requiere tiempo pero no demasiado) al amparo de la Directiva 2005/36/CE. El proceso y las solicitudes se realizan a través del Ministerio de Sanidad. Sin embargo para venir, por ejemplo, de Suiza, que no es parte de la Comunidad Europea (como pronto será también el Reino Unido, quizás) hay que presentar no solo el Título sino también describir toda la formación recibida y presentar pruebas de la experiencia adquirida durante el proceso de formación, todo traducido oficialmente etc... ¡mucho más papeleo!

Rotaciones externas: Para los MIR hacer una rotación externa en algún país extranjero, es en mi opinión una gran idea, para luego considerar volver a trabajar como especialista.

Pediatría en el extranjero: Como especialista

Los primeros pasos para trabajar en el extranjero son idénticos a los explicados anteriormente en cuanto a conocer el idioma, el país, y tener allí algún contacto. Esto es muy importante, si bien no imprescindible, porque ahora hay muchas agencias que ofrecen trabajo en el extranjero para especialistas médicos. Simplemente preguntando a google o mirando en las páginas de los colegios de médicos se encuentran ofertas de empleo que incluyen agencias que facilitan el registro, tramitan solicitudes de trabajo, ayudan con el papeleo, la mudanza etc... También hay blogs de médicos que están ya en el extranjero (<https://emigrantesensuecia.wordpress.com/>), artículos en revistas o en la web (<http://www.rmedica.es/edicion/230/asi-viven-los-medicos-espanoles-emigrantes>).

No tengo experiencia personal de usar agencias, y hay experiencias variadas (http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/06/01/actualidad/1370110531_661956.html).

La importancia de conocer el idioma no debe ser subestimada, sobre todo en pediatría porque como sabéis la comunicación con niños, padres, y otros profesionales es esencial para una buena práctica médica. En algunos países como Irlanda y el Reino Unido se puede pasar un periodo como “*supernumerary*”, que es como un estudiante en prácticas, en Italia se llama “*frequentare*”, en Suiza “*stage sauvage*”... no se tiene un salario, pero puede ser bueno una temporada para aprender también el funcionamiento del sistema sanitario.

Los requisitos legales (y burocráticos) para trabajar en diferentes países se pueden encontrar en la web, hay organismos regulatorios en cada país que son los que dictan quienes puede practicar la medicina y cómo se registran los médicos extranjeros, en Irlanda y el Reino Unido es necesario registrarse en el Medical Council (que tiene más competencias

que los Colegios de Médicos aquí y es nacional y no local), en otros países el Ministerio de Sanidad es el que regula la práctica, varía mucho.

A veces requieren también un nivel de idioma, y puede ser un título en particular o un examen que se hace una vez en el país de destino. Algunos países que están reclutando activamente médicos facilitan el aprendizaje del idioma para el facultativo y su familia, y asimismo la mudanza, alojamiento, etc... dependiendo de la necesidad que tengan.

Salarios: Los salarios varían de país en país, dependen del nivel de vida del país pero también de los impuestos. Una cosa a mencionar es que hay que tener cuidado con los salarios que se anuncian a veces por las agencias, porque la realidad puede ser distinta debido a los impuestos del país; por ejemplo en Irlanda o Suecia el salario neto puede ser la mitad del bruto dependiendo de las circunstancias. Normalmente el salario de un médico en formación es mucho menor que el de un especialista, hay que informarse bien.

Pediatría en el extranjero: Cooperación internacional

Médicos Sin Fronteras (MSF): del trabajo con MSF os mostraré algunas imágenes de mi experiencia en tres proyectos muy diferentes en cuanto a contexto y desde el punto de vista médico, y hablaré también de cómo conseguir trabajar para MSF y qué hacer para que sea una buena y fructífera experiencia para los médicos y para el proyecto.

Otras ONGs hacen también un trabajo fantástico en el terreno, y dependiendo de la disponibilidad de cada uno y de sus preferencias personales se pueden encontrar proyectos de muchos tipos, desarrollo, investigación, docencia... también se requieren idiomas en general. Mi consejo es prepararse e informarse bien de con quién se va, a dónde y para qué, qué medidas de seguridad hay que adoptar y con qué logística se cuenta, y sobre todo ponerse muchas vacunas y tomar profilaxis antimalaria donde se precise.

Casos clínicos cardiológicos en adolescentes

Javier Pérez-Lescure Picarzo

Cardiología Infantil Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Objetivos docentes

- Conocer los datos clave de la historia clínica, los antecedentes personales y familiares y la exploración que deben hacernos sospechar patología cardiovascular en la consulta de atención primaria.
- Revisar la utilidad del ECG en un niño con síntomas cardiológicos.

A través de casos clínicos se recordarán los siguientes puntos clave.

Dolor torácico

- El dolor torácico en los adolescentes es un motivo de consulta habitual en atención primaria y Urgencias.
- El dolor torácico en este grupo de edad es percibido como de origen cardíaco por los padres y pacientes y asociado con ansiedad.
- El dolor torácico en los adolescentes es habitualmente de origen musculoesquelético con menos del 5% de causa cardiovascular pero en estos casos sus implicaciones clínicas son importantes.
- La historia clínica, el examen físico y en ocasiones un ECG suelen ser la única evaluación requerida del dolor torácico.
- La descripción del dolor, la localización exacta y la actividad asociada es clave para el diagnóstico.
- El dolor crónico sugiere una naturaleza benigna.
- La reproducción del dolor a la palpación de la pared torácica es un hallazgo de la exploración importante que excluye el origen cardíaco.
- Es importante transmitir la naturaleza benigna del dolor.

Palpitaciones

- Las palpitaciones son una queja habitual durante la adolescencia en la consulta de atención primaria.
- Habitualmente las palpitaciones son un cuadro benigno pero ocasionan ansiedad a padres y pacientes.
- La historia, el examen físico y un ECG suele ser suficiente inicialmente.
- Un ECG estándar de 12 derivaciones debe ser la prueba inicial para evaluar a un paciente con palpitaciones.
- El ECG define el ritmo en reposo y puede ser diagnóstico si el paciente está teniendo síntomas en el momento del ECG. Los hallazgos que no deben pasar desapercibidas son alteraciones en la conducción aurículoventricular, intervalo QT prolongado, onda delta, intervalo PR corto o anomalías del segmento ST y de la onda T.
- Se debe remitir al paciente en caso de ECG anormal, hallazgos patológicos en la exploración, antecedentes familiares de cardiopatías familiares o muerte súbita o palpitaciones en relación con actividad física o síncope.

Deporte

- El objetivo de la evaluación previa a la participación deportiva es identificar a las personas en riesgo de presentar muerte súbita de origen cardíaco.
- La Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías congénitas recomienda la realización de historia clínica, exploración física y un ECG basal dentro de la evaluación predeportiva en la edad pediátrica y adolescencia.
- Los pediatras deben estar familiarizados con los trastornos cardíacos más frecuentes responsables de muerte súbita de origen cardíaco y sus formas de presentación.
- Las causas más comunes en adolescentes incluyen miocardiopatía hipertrófica, anomalías coronarias, miocarditis, arritmias, ciertos trastornos del tejido conectivo y cardiopatías congénitas.

El adolescente asintomático con electrocardiograma anormal

- Los ECGs de los niños y adolescentes deben ser interpretados por un pediatra habituado a la lectura de ECGs pediátricos porque la interpretación automática no es correcta habitualmente.
- Los ECGs en niños pueden mostrar cambios evolutivos relacionados con la edad, variaciones normales o hallazgos anormales que representan enfermedad cardíaca.
- Algunos hallazgos pueden ser benignos y no requieren más pruebas, mientras que otros pueden tener una mayor probabilidad de estar asociados con enfermedades del corazón o riesgo de muerte súbita. Los antecedentes personales y familiares y los hallazgos específicos del ECG determinarán el manejo adicional.
- Los pediatras deben conocer las variaciones normales de los ECGs, los cambios evolutivos relacionados con la edad y los hallazgos que pueden sugerir una enfermedad cardíaca que se debe derivar a cardiología.

Déficit de atención, hiperactividad y seguridad cardíaca

- Los estimulantes mejoran el comportamiento, pero pueden asociarse con efectos cardiovasculares como aumento de la frecuencia cardíaca y cambios en la presión arterial.
- La realización de ECG de rutina no está indicado.
- El cumplimiento del paciente con los regímenes de medicación a menudo es subóptimo.
- No hay evidencia de un aumento de riesgo cardiovascular grave en pacientes con estimulantes en comparación con la población general.
- Las pruebas innecesarias pueden originar ansiedad del paciente y la familia y un retraso del tratamiento.

- Es necesario recoger datos de antecedentes familiares cardíacos significativos para descartar cualquier susceptibilidad cardiovascular preexistente al tratamiento.
- La elección del medicamento debe ser individualizada.

Hipertensión en el adolescente

- En las últimas dos décadas ha irrumpido la hipertensión esencial en niños y adolescentes en relación con la epidemia de obesidad.
- La hipertensión está infra diagnosticada en los niños debido a la ausencia de síntomas y el diagnóstico se basa en normas específicas, en función del sexo, edad y talla.
- Como parte del tratamiento de la HTA se deben abordar los factores de riesgo modificables como la obesidad y el consumo de sodio.
- Los pediatras y médicos de atención primaria pueden desempeñar un papel importante en la reducción de la mortalidad cardiovascular en el adulto.

Miocardiopatías en la adolescencia y formas de presentación

- Las miocardiopatías representan una causa de morbilidad y mortalidad en el adolescente como resultado de la presencia de disfunción sistólica o diastólica, así como el riesgo de arritmias y muerte súbita.

- La miocardiopatía dilatada es una forma frecuente de miocardiopatía observada en pacientes menores de 18 años y se caracteriza por dilatación ventricular y disfunción sistólica resultando en signos y síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva.
- La miocardiopatía hipertrófica es una afección genética que produce hipertrofia ventricular y fibrosis y representa la causa más frecuente de muerte súbita en adolescentes.
- La miocardiopatía restrictiva es una forma rara de miocardiopatía que produce disfunción ventricular diastólica con mala respuesta al tratamiento médico pudiendo estar indicado el trasplante cardíaco de forma precoz.
- El conocimiento de las presentaciones típicas de las miocardiopatías es importante para facilitar el diagnóstico precoz y lograr los mejores resultados clínicos.

Síncope

- El síncope es un motivo de consulta habitual en la población adolescente.
- La inmensa mayoría de los síncope son benignos; sin embargo, es importante que pediatras diferencien los síncope sugestivos de origen cardiovascular.

Dudas más frecuentes en Dermatología

Ana Batalla Cebey

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra (EOXI Pontevedra-Salnés)

Se presentan a continuación una serie de preguntas frecuentes que pueden surgir al enfrentarnos a dermatosis comunes en pediatría.

1. Tratamiento en dermatitis atópica (DA)

¿Hay novedades?

En el año 2018 se publican las guías de consenso europeo para el tratamiento de la DA en niños y adultos. Este documento resulta de gran utilidad para el manejo de la DA en la práctica clínica diaria^{1,2}.

2. Tratamiento en psoriasis.

¿Hay novedades?

Aunque la mayor parte de los pacientes con psoriasis en edad pediátrica se manejan con tratamiento tópico, existe un subgrupo con enfermedad más grave que requerirá fototerapia o tratamiento sistémico clásico o biológico³. Recientemente dos fármacos biológicos han sido aprobados para su uso en niños y adolescentes (adalimumab, desde los 4 años de edad; ustekinumab, desde los 12 años).

3. Diagnóstico diferencial entre psoriasis y DA

¿Pueden coexistir?

La psoriasis se caracteriza por placas eritematosas, bien delimitadas, con descamación plateada, localizadas fundamentalmente en codos, rodillas y áreas de fricción. En la DA, las lesiones son peor delimitadas, afectan a los pliegues, respetando el área del pañal, y suelen acompañarse de otros signos menores de atopia. Ambas entidades pueden darse de modo concomitante. Cuando esto ocurre, la presentación habitual incluye lesiones con las características típicas de psoriasis junto con eccema flexural y el cuadro, en su conjunto, tendrá más similitudes con la psoriasis que con la DA.³ También es posible la presencia de una forma intermedia entre psoriasis y DA, que se ha denominado “dermatitis psoriasiforme”, “psoriasis eccematosa” o “eccema psoriasiforme”⁴.

4. Pitiriasis alba. Diagnóstico diferencial

La pitiriasis alba es una forma menor de DA caracterizada por áreas hipopigmentadas con márgenes descamativos, habitualmente localizada en mejillas, mentón y área perioral. Existen otras formas de presentación menos frecuentes: una forma pigmentada (también predominante en área facial, típica de raza no caucásica), y una forma extensa, con lesiones de mayor tamaño y más generalizadas (tronco, hombros y región extensora de miembros superiores). El diagnóstico diferencial incluye el vitíligo, la pitiriasis versicolor o el nevus acrómico. La micosis fungoide hipopigmentada debe también considerarse dentro de los diferenciales, sobre todo en caso de formas extensas, atípicas, o de mayor duración⁵.

5. Alopecia areata (AA)

¿Qué tratamiento se aconseja en la infancia?

Existen escasos estudios controlados que evalúen los diferentes tratamientos empleados en la AA. Esta escasa evidencia científica es más manifiesta en la población pediátrica. Dado que la repoblación espontánea es posible, en la infancia, y en formas leves, puede optarse por una actitud expectante. Los corticoides tópicos de alta potencia asociados o no a minoxidil se prefieren como primera línea de tratamiento. Si la AA afecta a más del 50% del cuero cabelludo y en las formas totales/universales han de considerarse corticoides sistémicos, otros inmunosupresores o inmunoterapia tópica⁶.

6. Vitíligo

¿Debemos solicitar pruebas complementarias?

¿Qué tratamiento empleamos?

Se recomienda solicitar analítica sanguínea con hemograma, bioquímica, función tiroidea (junto con anticuerpos antitiroideos), y niveles de 1,25-(OH)-vitamina D, en casos de vitíligo no segmentario. El tratamiento tópico está indicado fundamentalmente cuando las lesiones afectan a menos del 20% de la superficie corporal (inmunomoduladores tópicos en cara y cuello; corticoides de potencia moderada-alta en las restantes áreas corporales). Si la extensión lesional es mayor del 20%, procede el tratamiento sistémico (principalmente fototerapia, pudiendo considerar minipulsos de corticoides orales en casos de rápida progresión)⁷.

7. Mancha mongólica

¿Cuándo solicitar pruebas complementarias?

La mancha mongólica es una forma de melanocitosis dérmica congénita, habitualmente localizada en la región lumbosacra y glútea, que tiende a aclararse después del primer año de vida. Cuando estas manchas aparecen en localizaciones atípicas (abdomen, hombros, miembros, espalda), son extensas, oscuras o persisten durante más tiempo, deben solicitarse pruebas complementarias para descartar enfermedades de depósito lisosomal (asociaciones más frecuentes: gangliosidosis GM1 y mucopolisacaridosis tipo I)⁸.

8. Micosis en pelo y uñas

¿Es suficiente el tratamiento tópico?

En el tratamiento de la tiña del cuero cabelludo, el tratamiento tópico puede ser útil en combinación con el tratamiento sistémico para disminuir la tasa de microorganismos. Pero es necesario el tratamiento oral para un tratamiento efectivo y erradicador. Griseofulvina, terbinafina e itraconazol son los fármacos habitualmente empleados⁹.

Contrariamente, en las onicomicosis es posible el tratamiento tópico en monoterapia, sobre todo en la forma blanca superficial, o en onicomicosis subungueales sin onicólisis o sin afectación de la matriz. El tratamiento oral suele ser necesario si existe afectación de múltiples uñas, se afecta más del 50% de la lámina distal o cuando la penetración del tratamiento tópico pueda ser escasa¹⁰. Tanto el ciclopirox tópico, como la terbinafina o el itraconazol orales consiguen altas tasas de curación¹¹.

9. Verrugas vulgares (VV). ¿Cómo tratar?

Existen múltiples opciones de tratamiento para las VV, sin embargo ninguna garantiza la resolución completa con una única sesión o ciclo de tratamiento. Es crucial dar esta información a pacientes, padres o cuidadores, con la finalidad de que adquieran expectativas realistas sobre las distintas posibilidades terapéuticas. Éstas dependerán del número, la localización y el tamaño de las VV. Las opciones más habitualmente empleadas en edad pediátrica incluyen queratolíticos tópicos (ácido salicílico), crioterapia, o curetaje¹².

10. Molusco contagioso (MC).

¿Debemos tratarlo? ¿Cómo?

En la actualidad no hay consenso en cuanto al manejo del MC; no existe evidencia científica de calidad que favorezca uno u otro tratamiento, o incluso sobre si estas lesiones requieren o no tratamiento. El número de lesiones, su localización, la sintomatología asociada, la repercusión en la calidad de vida, las preferencias de los padres y del niño, los potenciales efectos secundarios y la experiencia del médico, determinarán la selección del tratamiento. Este puede consistir en una actitud expectante o bien en un manejo activo. Opciones de tratamiento activo frecuentes incluyen la extrusión del MC, el curetaje, o la aplicación de solución de hidróxido potásico¹³.

11. Hemangiomas infantiles (HI)

¿Cuándo procede derivación y tratamiento?

Se estima que un 12% de los HI requerirá tratamiento. En el documento de consenso español sobre HI se estratifica a los HI en tres grupos según su riesgo de secuelas o complicaciones: alto, intermedio o bajo. Los dos primeros grupos son subsidiarios de derivación a una unidad especializada (que no debe demorarse más de 2-3 semanas) y subsiguiente valoración de tratamiento. En la actualidad, el propranolol oral es el tratamiento de elección. En caso existir indicación terapéutica, es de gran importancia el inicio precoz, idealmente antes de los 3 meses de vida¹⁴.

Bibliografía

1. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2018;32:657-82.
2. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, Christen-Zaech S, Deleuran M, Fink-Wagner A, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2018;32:657-82.
3. Eichenfield LF, Paller AS, Tom WL, Sugarman J, Hebert AA, Friedlander SF, et al. Pediatric psoriasis: Evolving perspectives. *Pediatr Dermatol*. 2018;35:170-81.
4. Kapila S, Hong E, Fischer G. A comparative study of childhood psoriasis and atopic dermatitis and greater understanding of the overlapping condition, psoriasis-dermatitis. *Australas J Dermatol*. 2012;53:98-105.
5. Miazek N, Michalek I, Pawlowska-Kisiel M, Olszewska M, Rudnicka L. Pityriasis Alba--Common Disease, Enigmatic Entity: Up-to-Date Review of the Literature. *Pediatr Dermatol*. 2015;32:786-91.
6. Garnacho Saucedo GM, Salido Vallejo R, Moreno Giménez JC, Vélez García-Nieto A. Tratamiento de la alopecia areata en la infancia. *Piel*. 2016;31:582-8.
7. Ezzedine K, Silverberg N. A Practical Approach to the Diagnosis and Treatment of Vitiligo in Children. *Pediatrics*. 2016;138.
8. Alimi Y, Iwanaga J, Loukas M, Oskouian RJ, Rizk E, Oakes WJ, et al. A comprehensive review of Mongolian spots with an update on atypical presentations. *Childs Nerv Syst ChNS Off J Int Soc Pediatr Neurosurg*. 2018;34:2371-6.
9. Gupta AK, Mays RR, Versteeg SG, Piraccini BM, Shear NH, Pigué V, et al. Tinea capitis in children: a systematic review of management. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2018;32:2264-74.
10. Solís-Arias MP, García-Romero MT. Onychomycosis in children. A review. *Int J Dermatol*. 2017;56:123-30.
11. Gupta AK, Mays RR, Versteeg SG, Shear NH, Friedlander SF. Onychomycosis in children: Safety and efficacy of antifungal agents. *Pediatr Dermatol*. 2018;35:552-9.
12. Gerlero P, Hernández-Martín Á. Treatment of Warts in Children: An Update. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:551-8.
13. Gerlero P, Hernández-Martín Á. Update on the Treatment of molluscum Contagiosum in children. *Actas Dermosifiliogr*. 2018;109:408-15.
14. Baselga Torres E, Bernabéu Wittel J, van Esso Arbolave DL, Febrer Bosch MI, Carrasco Sanz Á, de Lucas Laguna R, et al. [Spanish consensus on infantile haemangioma]. *An Pediatr Barc Spain* 2003. 2016;85:256-65.

Dudas frecuentes sobre vacunación

Grupo VACAP de la SEPEAP

Belén Aguirrezabalaga González*, Cristóbal Coronel Rodríguez**, María Belén Rubira Golbano***

*Centro de Salud Roces-Montevil. Gijón, **Centro de Salud “Amante Laffón”. Distrito Sanitario de AP. Sevilla.

*** Centro de Salud Berja. Distrito Sanitario Poniente. Almería

La vacunación forma parte diaria del trabajo del Pediatra de Atención Primaria que, trabajando en equipo con el enfermero/a de pediatría, tiene que resolver las dudas de los padres sobre las vacunas para sus hijos, a la vez que mantener un alto nivel de formación en la materia dado lo dinámico que resulta este campo dentro de nuestro ejercicio profesional.

Precisamente uno de los objetivos de los grupos de trabajo de la SEPEAP es resolver las dudas de nuestros compañeros en el quehacer diario de las consultas que, muchas veces masificadas, no permiten tomarse el tiempo necesario para resolverlas. El grupo de trabajo de vacunas (VACAP) ha realizado una encuesta a los socios para conocer las dudas más habituales en materia de vacunas de nuestros compañeros. Una encuesta breve y sencilla, cuyos resultados pasamos a detallar.

De los aspectos generales de la administración vacunal, la mayoría de los socios tiene más dudas en cuanto a las contraindicaciones de las vacunas, y no en cuanto a posología, indicaciones o efectos adversos (Fig. 1). Si analizamos por tramos de edad pediátrica, destaca por encima de los demás en cuanto a solventar dudas el de 0-2 años. Principalmente sobre

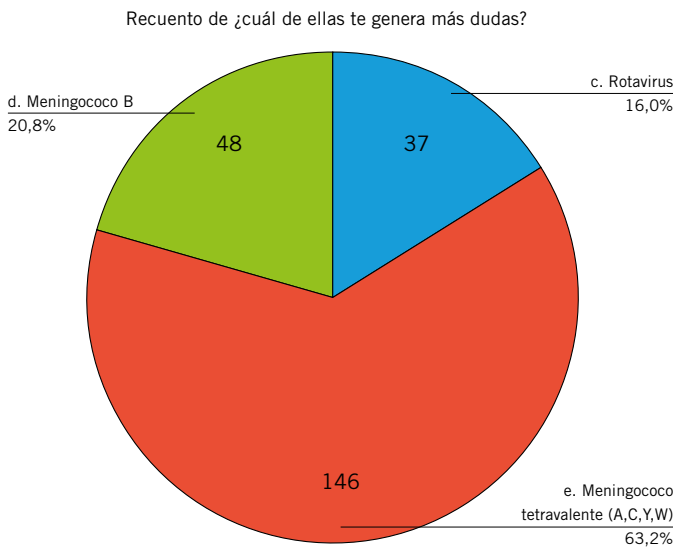


Figura 2. De las vacunas en los dos primeros años de vida, ¿cuál te genera más dudas?

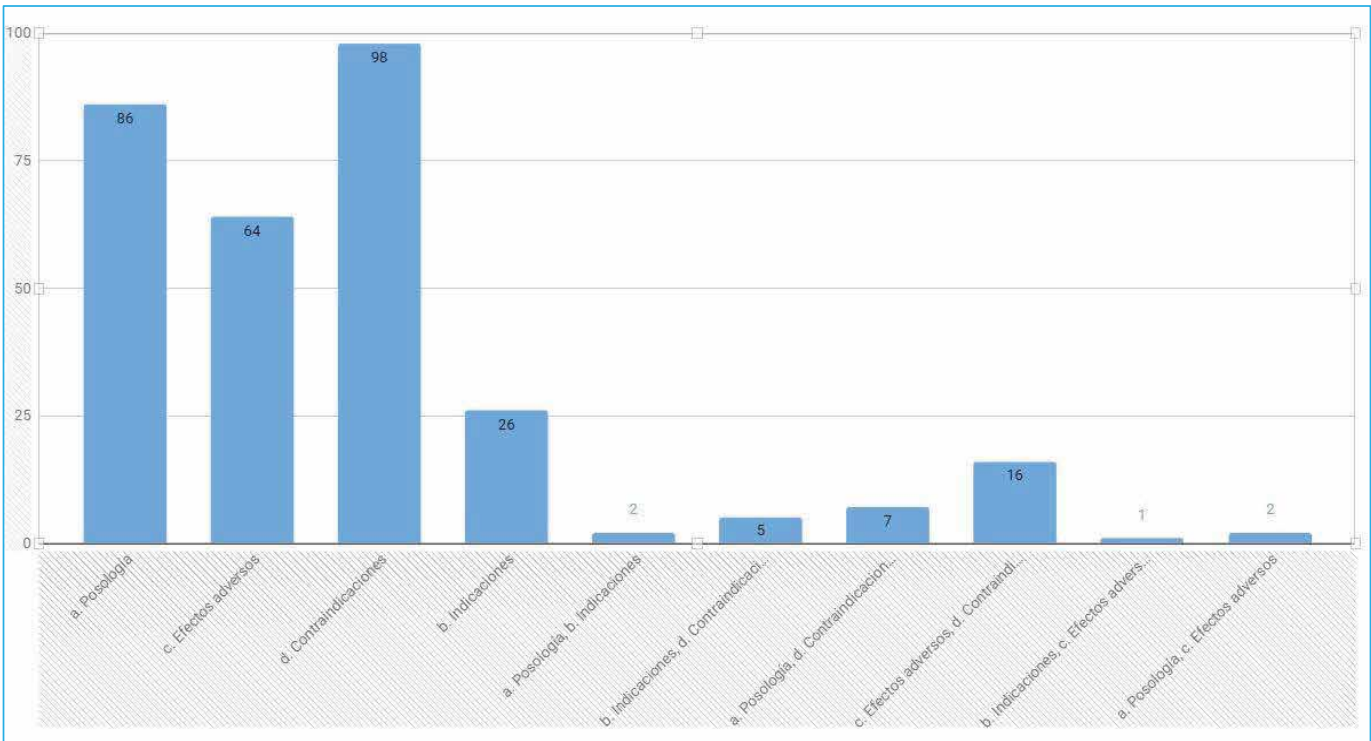


Figura 1. De estos aspectos que se enumeran, escoge el que te genera más dudas respecto a las vacunas en general: posología, Indicaciones, efectos adversos, contraindicaciones.

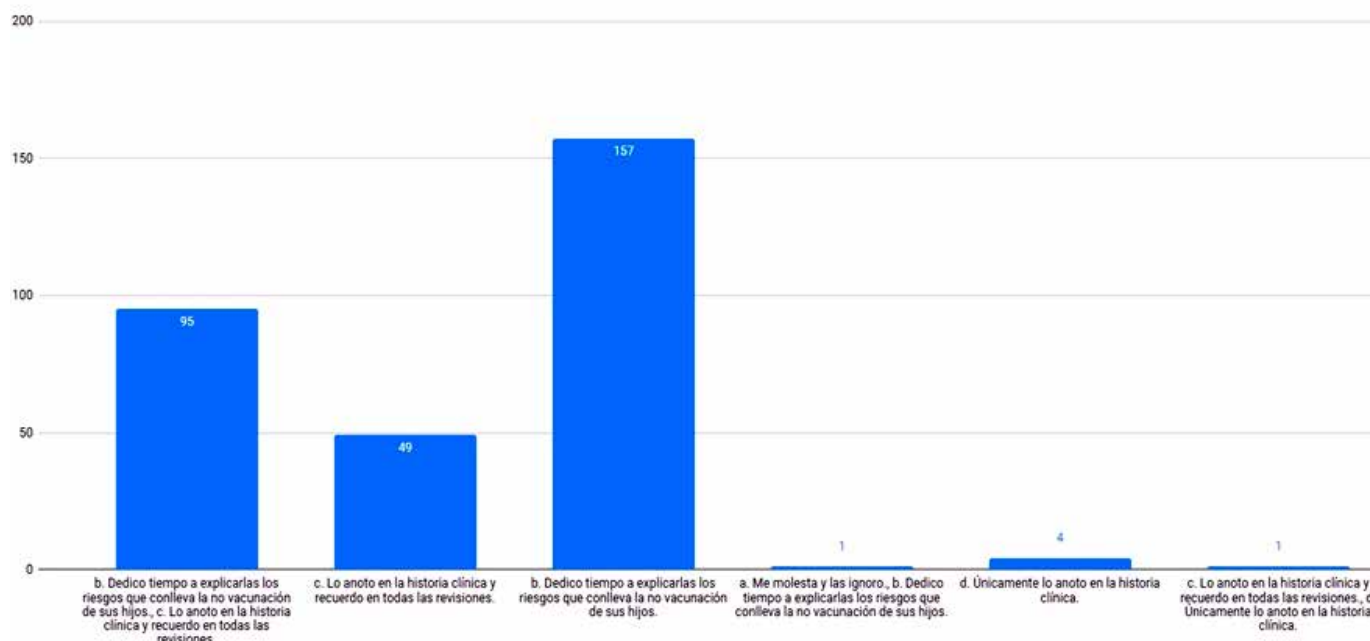


Figura 3. De qué manera afrontas a las personas que deciden no vacunar o son reticentes a la vacunación.

las vacunas que están fuera del “calendario oficial” (75% de los encuestados), y en el siguiente orden: vacunación antineumocócica tetravalente, vacunación frente a meningococo B, y vacunación antirotavirus (Fig. 2).

La mayoría de los encuestados tiene organizada la información a los padres sobre las vacunas fuera de calendario oficial. También la manera de resolver la circunstancia de padres que no quieren vacunar a sus hijos es homogénea, dedicando un tiempo “extra” a resolver sus dudas, dejarlo anotado e insistir en cada oportunidad que se presenta (Fig. 3).

Respecto a otras circunstancias, la mayoría refiere tener dudas sobre los calendarios incompletos, y los calendarios de pacientes con enfermedades crónicas (Fig. 4). Otras ideas a desarrollar en la mesa:

¿Cómo solventar la gestión del tiempo?

El problema fundamental que vemos, es que a muchas de estas consultas no se les da la importancia que tiene. Se aprovecha cualquier otra visita al pediatra (demanda clínica, programa de salud, demanda de otro hijo, etc.) para hacerla,

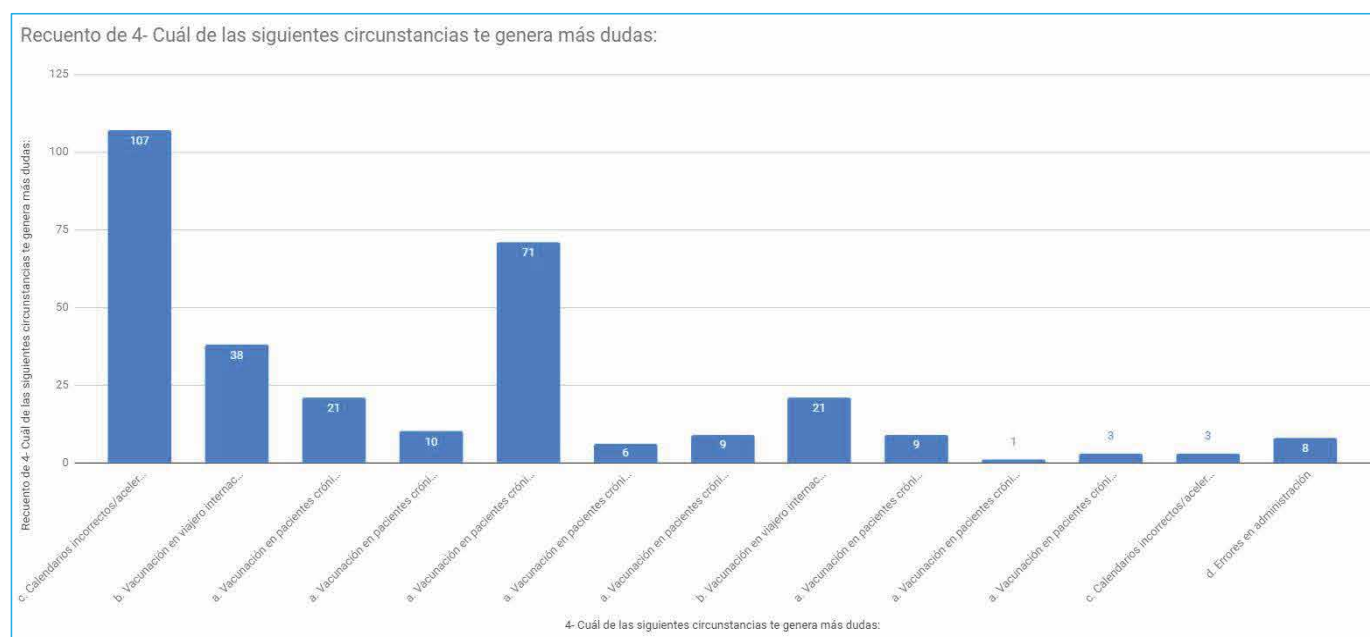


Figura 4. ¿Cuál de las siguientes circunstancias te genera más dudas?: vacunación en pacientes crónicos con/ sin tratamiento/inmunodeprimidos; vacunación en viajero internacional; calendarios incorrectos/acelerados/inmigrantes; errores en administración.

Tabla I. Quién y qué tiene que hacer en el acto vacunal

Actividad	Quién debe hacerla	Debe incluir	Tipos de vacunas
Información	Todos profesionales de la salud	Ei leves y riesgos típicos	Financiadas
		Ei graves y riesgos infrecuentes	No financiadas
Prescripción	Médico	Nombre comercial	No financiadas
	Enfermería	Orden dispensación	No financiadas
		Sin orden dispensación	Financiadas y campañas vacunales
Dispensación	Farmacéutica	Receta con nombre comercial	No financiadas
Administración	Enfermería	Según pauta prescriptor	No financiada
		Según calendario o campaña	Financiada

cuando la mayoría de las veces ya está agotado el tiempo de consulta, o incluso nos hemos salido de la historia clínica y hay que volver a empezar. Así que debemos ponerlas en valor, dedicándole el tiempo necesario, e incluso remitiéndolo a otra cita si fuera necesario, teniendo en cuenta que como profesionales sanitarios, debemos contribuir a la disminución de las *oportunidades perdidas de vacunación*, pues se trata de una estrategia importante en la prestación de servicios de salud que tendrá un efecto positivo en el alcance de altas coberturas vacunales.

Prescripción, información, dispensación, administración, ¿quién debe hacer?

En Atención Primaria, las circunstancias laborales no son homogéneas en todas las comunidades. Es fundamental que exista un Equipo Pediátrico, constituido por pediatra y enfermero/a de pediatría; de esta manera se evitarán esas múltiples circunstancias de consultas de compañeros que no están habituados a la administración y registro de vacunas con la consiguiente sobrecarga de las consultas de los pediatras, punto de referencia en materia vacunal.

Es importante conocer que parte de la seguridad vacunal depende de nuestra praxis. Con formación y actualización en conocimientos, los pediatras y enfermeros evitarán errores de programa que puedan conllevar reacciones adversas. Estos errores pueden ser en el almacenamiento y conservación de las vacunas, manipulación y preparación de las mismas, errores inducidos por la técnica empleada, así como en la prescripción y planificación de la pauta vacunal y se distinguen del resto porque son potencialmente previsibles y por tanto evitables.

El Equipo Pediátrico, tiene capacidad, medios y obligación de informar sobre vacunas financiadas o no, aunque la prescripción (por denominación comercial) le corresponda en exclusiva con legislación vigente en la actualidad al pediatra

(Tabla I) según el Real Decreto Ley 1/2015 (art. 79.1). Las vacunas son medicamentos biológicos (como las insulinas, hemoderivados, y otros medicamentos biotecnológicos) sujetos a prescripción médica obligatoria. Según el Art. 3.2. b) del Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. Y éstas deben prescribirse por denominación comercial y por tanto NO son sustituibles por otro nombre de vacunas. NO estando estas contempladas por la Orden SCO/2874/2007, por la que se establecen los medicamentos que constituyen excepción a la posible sustitución por el farmacéutico con arreglo al art 89.4 RD Legislativo 1/2015.

Casos concretos de dudas

Las dudas más frecuentes suelen tratarse de calendarios acelerados, establecimientos de pautas correctoras por viajes, y en situaciones de déficit inmunitario, prematuridad y/o enfermedades crónicas.

Otras veces les surgen respecto a la conveniencia de vacunación simultánea de vacunas financiadas con no financiadas.

Tenemos una herramienta muy útil y ágil para las dudas en la consulta diaria, como son las webs oficiales del CAV-AEPEP (<https://vacunasaep.org/profesionales>) y de la AEV (<https://www.vacunas.org/category/profesionales/preguntas-al-experto/>).

Bibliografía

1. Moreno Pérez D, Álvarez García FJ, Álvarez Aldean J y cols.: Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2019. An Pediatr (Barc). 2019; 90(1): 56.e1-e9.
2. Martín Peinador Y, Soriano Faura J, García Reymundo M y cols.: El prematuro tardío: evolución y recomendaciones de seguimiento. Pediatr Integral. 2019; XXIII (3): 128-137.

Casos interactivos de Radiología pediátrica

¿Qué radiografía pedir en la consulta de Atención Primaria?

Purificación Calvo Azabarte

Toledo

La necesidad de realizar estudios de radiología pediátrica ha aumentado exponencialmente en los últimos diez años, por ello es necesario conocer cuáles son las indicaciones de cada una de las exploraciones para obtener un estudio radiológico útil y proteger a los pacientes pediátricos de la radiación innecesaria.

Los niños son más sensibles que los adultos a los efectos adversos de las radiaciones ionizantes y el riesgo de manifestación de estos, aumenta de forma progresiva con la edad siendo de mayor riesgo en el periodo neonatal, relacionada con el mayor potencial de vida y la alta capacidad mitótica en estos años iniciales^{1,2}.

Por tanto, la mejor forma de proteger a los niños es no hacer lo que no es necesario hacer. Las normas básicas de la protección radiológica constan de dos pilares: la justificación de la prueba que depende fundamentalmente del médico prescriptor, no debemos realizar una prueba radiológica si el resultado neto no es positivo.

El segundo pilar es la optimización de la prueba. Debemos emplear los criterios ALARA (del inglés “As Low As Reasonable Achievable”): Usar la menor dosis posible sin comprometer la calidad diagnóstica de la imagen y utilizar, siempre que sea posible, pruebas que no requieran la exposición a radiación ionizante, como la ecografía o la resonancia magnética (RM).

Existen múltiples publicaciones de documentos de protección radiológica especialmente dirigidos a los profesionales peticionarios a nivel nacional: Justificación de pruebas diagnósticas en radiología pediátrica del Consejo de Seguridad Nuclear (CSN), Real Decreto 815/2001, de 13 de julio, sobre justificación del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas, DIRECTIVA 2013/59/EURATOM DEL CONSEJO de 5 de diciembre de 2013 por la que se establecen normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes e internacional: American Academy of Pediatrics: What Pediatricians Should Know about Medical Radiation Safety External, World Health Organization report...

Teniendo en cuenta los principios de radioprotección anteriormente expuestos, repasamos las principales indicaciones de las pruebas radiológicas pedidas desde la consulta de atención primaria, haciéndolo de forma interactiva con casos que lo muestran.

En la presentación de los casos se hará referencia al documento elaborado por la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) de no hacer³: no está indicado realizar radiografía de abdomen en casos de dolor abdominal ni estreñimiento, no hacer radiografía lateral de la vía aérea, no hacer radiografía de cráneo...

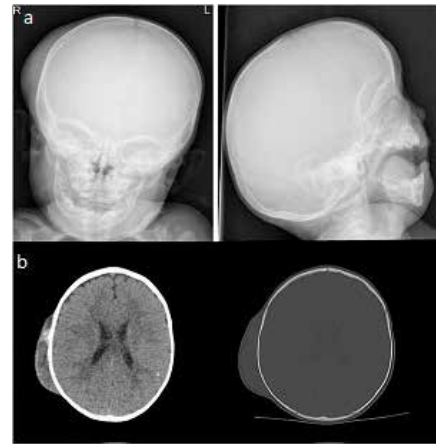


Figura 1. Rx de cráneo AP y lateral. TC craneal. Cefalohematoma y línea de fractura parietal derecha.

- **Caso 1.** Niña de 10 meses acude a urgencias por “bulto en cabeza” a nivel temporal derecho que su madre ha notado esta mañana, sin antecedente de traumatismo directo. Ha presentado un vómito tras la comida. Se realiza radiografía de cráneo en la que se visualiza cefalohematoma con línea de fractura parietal derecho. Ante la sospecha de trauma no accidental se realiza TC de cráneo confirmando los hallazgos (Fig. 1).



Figura 2. a. Rx de cráneo AP y lateral y b. TC. Con reconstrucciones multiplanares. Engrosamiento y aumento de la densidad del techo orbitario con patrón en vidrio deslustrado en relación con displasia fibrosa.

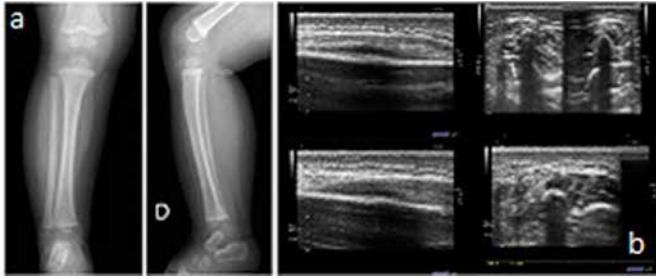


Figura 3. a. Rx tibia ap y lateral sin alteraciones.
b. Ecografía con sonda lineal. Deformidad y colección subperióstica compatible con fractura.

La relevancia de este caso es revisar las indicaciones de radiología de cráneo en el traumatismo craneal y comentar protocolos de indicaciones de la misma^{4,5}.

- **Caso 2.** Niño de 11 años remitido de atención primaria por bultoma frontal derecho de 2 meses de evolución que no ha variado significativamente de tamaño. En la radiografía se observa un engrosamiento y aumento de la densidad del techo de la órbita (Fig. 2). Completamos el estudio con TC craneal que confirma los hallazgos, siendo un patrón típico de displasia fibrosa.
- **Caso 3.** Lactante de 16 meses que es traída a Urgencias por cuadro de cojera con postura antiálgica de la pierna derecha de dos días de evolución. En la exploración física muestra temperatura de 37,3°. Ante la sospecha clínica osteomielitis aguda se realizó radiografía de la pierna sin hallazgos y en ecografía se observa deformidad y colección subperióstica compatible con fractura de los primeros pasos (Fig. 3).
- **Caso 4.** Niño de 13 años con tumefacción en la cara lateral de la rodilla derecha, remitido de Atención Primaria. Se pide radiografía de rodilla, cambiando la indicación en radiología y se realiza ecografía con el diagnóstico de quiste parameniscal (Fig. 4).

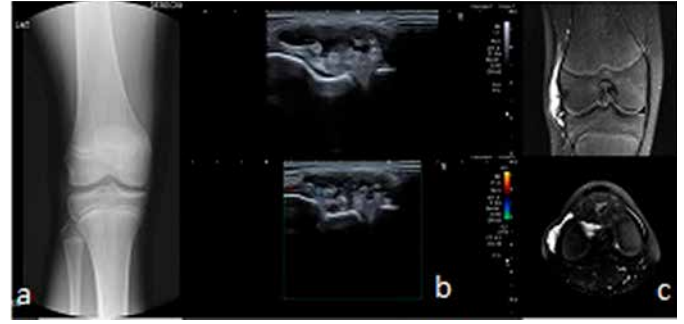


Figura 4. a. Rx rodilla derecha. b. Ecografía con sonda lineal.
c. RM coronal y axial T2 con saturación grasa. Rotura menisco externo con quiste parameniscal.

En los últimos dos casos, mostramos la importancia en el diagnóstico ecográfico como primer estudio en las lesiones de partes blandas y músculo- esquelético.

Bibliografía

1. Vassileva J. Radiation protection of children – From standards to practice. *Physica Medica* Volume 32, Supplement 3, September 2016, Page 181.
2. Cortina Orts H. Radiología pediátrica en Atención Primaria *Rev Pediatr Aten Primaria* vol.12 supl.19 Madrid. 2010.
3. Documento completo. Recomendaciones SERAM de “no hacer”. Para médicos prescriptores, radiólogos y pacientes. 2014.
4. Muñoz-Santanach D, de la Maza VTS, Forster EG. Niños con traumatismo craneal leve en urgencias; es necesaria la radiografía de cráneo en pacientes menores de 2 años? *Neurocirugía*. 2014; 25: 49-153.
5. Muñoz-Santanach D, de la Maza VTS, Maya Gallego S, González AC, Cubells CL. Observación clínica: una alternativa segura a la radiología en lactantes con traumatismo craneoencefálico. *Anales de Pediatría*. 2017; 87: 164-169.

GRUPO 1

O-001

¿ES ADECUADO EL ESTILO DE VIDA DE LOS ESCOLARES Y ADOLESCENTES GALLEGOS?

Picáns Leis, R.¹; Barja-Fernández, S.²; Pino Juste, M.³; Portela Pino, I.⁴; Leis Trabazo, M.R.⁵

¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España; ²Grupo Fisiopatología Endocrina, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS). Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), Santiago de Compostela, España; ³Departamento de Didáctica, Organización Escolar y Métodos de Investigación, Universidad de Vigo, Vigo, España; ⁴Departamento de Ciencias de la Actividad Física y Deporte, Universidad Isabel I, Madrid, Madrid, España; ⁵Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago. IDIS CiberObn. Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Objeto del trabajo: Dado que la alta prevalencia de obesidad en niños y adolescentes de países del sur de Europa, entre ellos España, se asocia con las nuevas preferencias alimentarias, la disminución de la actividad física y el aumento de inactividad, nuestro objetivo es evaluar la calidad de la dieta y la práctica de actividad física en los escolares gallegos para valorar la necesidad de modificar las estrategias actuales de intervención en los estilos de vida.

Material y métodos: Se estudiaron 662 niños de Galicia (9-17 años). Se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC) como indicador de adiposidad. El patrón alimentario se evaluó con el cuestionario Kidmed y la actividad física con el PAQ-C. Se estratificó la muestra en función del IMC de acuerdo con los estándares internacionales de Cole. Los datos se analizan con el software SPSS.

Resultados y conclusiones: El 56% de los escolares están en riesgo elevado de malnutrición o necesitan mejorar su alimentación. La adherencia media al patrón alimentario mediterráneo fue baja ($7,64 \pm 2,28$), empeorando con la edad y la adiposidad. El nivel de actividad física medio fue moderado ($3,02 \pm 0,74$), significativamente menor en niñas y en adolescentes. El 58% de los escolares mostraron un nivel bajo-moderado de actividad física. La calidad de la dieta se correlacionó positivamente con la actividad física y negativamente con el IMC.

Se concluye que los escolares gallegos presentan un patrón alimentario y de actividad física de riesgo en relación con las recomendaciones nacionales e internacionales. Tras varios años de campañas de concienciación e intervenciones en estilos de vida todavía continúa siendo necesario mejorar el patrón alimentario e incrementar la práctica físico-deportiva.

O-002

PUESTA EN MARCHA DE UN PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: "RIESGOS EN INTERNET: ADICCIÓN Y CIBERACOSO. NUEVOS RETOS EN SALUD"

Cuesta Rodríguez, M.¹; Alfaro González, M.Á.¹; Gómez

Garrido, V.²; Chacón Blanco, C.³; Ruescas Aurrecoechea, B.¹; Barbero Macías, C.A.¹

¹Centro de Salud Colmenar Viejo sur, Madrid, España; ²Centro de Salud Tres Cantos, Madrid, España; ³ Centro de Salud Cerceda, Madrid, España

Objeto del trabajo: Incidir en la prevención de malos hábitos en el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) por parte de los menores, para minimizar los posibles daños en su salud. El desarrollo de una correcta "ciudadanía digital responsable", evitando conductas abusivas y agresivas en el mundo digital por parte de los menores.

Material y métodos: Proyecto de Educación para la Salud (EPS) dirigido para menores entre los 10 y los 16 años. Grupo inicial: aulas con aproximadamente 25 menores que cursan primero de la ESO (edad media 12 años), en horarios de tutorías facilitados por los equipos de orientación de los Centros Educativos de nuestra Zona de Salud.

El proyecto se distribuye en 3 sesiones de 50 minutos-1 hora de duración.

Entre las actividades y técnicas que se realizan están:

- Entrega de test MULTICAGE-TIC, para autoevaluación en el uso de las TIC.
- Proyección de vídeos sobre situaciones de riesgos en Internet y debate con los alumnos.
- Ejercicio práctico sobre la gestión de privacidad en Internet.
- Entrega de encuesta de evaluación sobre el interés de las sesiones y la utilidad para el menor en el uso de las TIC.

Resultados y conclusiones: Dentro de los resultados tangibles tras la actividad, podremos medir la consecución de objetivos marcados antes de iniciar la actividad:

- Mejora de las habilidades en el uso de las TIC.
- Aumento de la percepción del riesgo en el mal uso de las TIC.

Como profesionales de salud de Atención Primaria, debemos asumir nuestro papel protagonista en la prevención de los riesgos asociados al mal uso de las TIC. Con frecuencia somos los primeros profesionales consultados por patologías asociadas a estos riesgos. Tenemos una labor muy importante en Educación para la Salud.

O-003

MANEJO DEL DOLOR CON MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS EN LA VACUNACIÓN ESCOLAR

Espuela Naranjo, V.; Carmona Palma, E.; Frías Alegre, M.; Tocados García, M.; Molero, M.; Calvo, A.; Bonachera, A.
ABS Vendrell, El Vendrell, España

Introducción: La vacunación infantil es una de las actividades preventivas que se realizan en la edad pediátrica. Es el procedimiento doloroso al que se someten con mayor frecuencia los niños y adolescentes. Además, puede ser causa de fobia a las agujas y rechazo al contacto con el sistema sanitario.

Objetivos: Evaluar la efectividad de la aplicación de métodos no farmacológicos sobre el nivel de dolor en la vacunación

escolar de la vacuna Tétanos-difteria en la población adolescente de los institutos del Vendrell.

Material y métodos: Ensayo controlado. Un total de 449 alumnos. La intervención consistía en la aplicación de métodos no farmacológicos durante la administración de la vacuna Tétanos-difteria del programa de vacunación escolar. Los grupos de intervención Buzzy (n1=139) Cough Trick (n2=65), Música (n3=130), grupo control (n4=115). Los criterios de inclusión: ambos sexos, alumnos matriculados en curso escolar 2018-2019. Los criterios de exclusión: alumnos ya vacunados de Tétanos-difteria con anterioridad, ausentes, bajas escolares, contraindicación de salud y/o sin autorización firmada. La intensidad del dolor se evaluó mediante la escala visual analógica.

Resultados y conclusiones: En el grupo control se obtuvieron (0 dolor 43,75%, leve 43,71%, moderado 10,77%, grave 1,78%), Buzzy (0 dolor 35,03%, leve 43,59%, moderado 14,53%, grave 6,85%), Cough Trick (0 dolor 52,19%, leve 34,12%, moderado 13,69%, grave 0%), Música (0 dolor 31,04%, leve 57,35%, moderado 10,84%, grave 0,77%).

La música es el método no farmacológico más efectivo, ya que actualmente las nuevas tecnologías juegan un papel importante en los adolescentes. Por otro lado, el Buzzy fue el que obtuvo mayor puntuación de dolor debido a que lo consideran muy infantil y además, el frío no se pudo mantener durante la vacunación.

Por lo tanto, creemos que una correcta valoración, prevención y manejo del dolor tendrían que ser prioritarios para ofrecer una atención de calidad.

O-004

MICROLITIASIS TESTICULAR, PLAN DE ACTUACIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Ferrer Aliaga, N.; Alcón Grases, M.; García Castellanos, T.; Castejón Ramírez, S.; Martínez Calvo, F.F.; Jiménez Fernández, A.; Sala Fernández, L.; Marín Andrés, M.; Gutiérrez Sánchez, A.M.; Cenarro Guerrero, T.
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Anamnesis: Niño de 15 años previamente sano, que acude a Centro de Salud tras palpación de bulto en base peneana, no doloroso, sin otra clínica acompañante. No antecedentes de patología genitourinaria.

Exploración física: Pequeño abultamiento en raíz peneana, molesto a la palpación. No signos inflamatorios. No signos de torsión testicular. No secreción uretral. No adenopatías inguinales palpables. Resto de la exploración física anodina.

Manejo diagnóstico y terapéutico: Orientado como absceso, se inicia tratamiento antibiótico con Amoxicilina-Clavulánico oral y mupirocina tópica y se solicita ecografía testicular en la que se aprecian microlitiasis bilaterales aisladas como hallazgo casual, no se delimitan lesiones focales en la región descrita. No otros hallazgos relevantes. Estudio Doppler normal. Valorado por el servicio de Urología, que desestima la necesidad de biopsia y recomienda controles rutinarios.

Comentarios: ¿Cuál es el manejo óptimo de las microlitiasis testiculares en Atención Primaria? ¿Cuándo debe realizarse biopsia?

Se desconoce la historia natural de las microlitiasis testiculares y su valor pronóstico es objeto de debate actualmente. La mayoría se diagnostican de forma incidental mediante ecografía escrotal solicitada por otra indicación.

Se han asociado con diversas condiciones, entre las que destacan la criptorquidia, torsión testicular, varicocele, disgenesia gonadal o trastornos cromosómicos. Varios estudios han mostrado una asociación entre la microlitiasis testicular, la infertilidad y la presencia de tumores testiculares en hasta el 40% de los casos.

Ante ausencia de lesiones focales, se recomienda un seguimiento periódico clínico y ecográfico, por poder tratarse de una manifestación temprana de neoplasia genital con posibilidades de tratamiento y curación completa si se realiza un diagnóstico precoz. No es preciso la realización de biopsia ni estudio de marcadores tumorales durante el control evolutivo.

O-005

ELEVACIÓN DEL HEMIDIAFRAGMA EN PACIENTE CON CRISIS DE BRONCOESPASMO MODERADO

Díaz Esteban, B.M.¹; Pérez Rodríguez-Carmona, L.¹; Martínez Fernández, J.¹; López Del Olmo, M.C.²; Noya Beiroa, M.E.³; Liñares Paz, M.¹; García Alonso, L.¹; Gómez Palacios, M.¹; Curros Novo, C.¹; Redondo Collazo, L.¹

¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España; ²UAP Centro de Saúde de Marín, Pontevedra, España;

³Centro de Saúde de Ordes. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela., Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Lactante de 9 meses con episodio previo de broncoespasmo a los 7 meses, acude a nuestro servicio de Urgencias derivado del Centro de Salud (C.S.) por fiebre y dificultad respiratoria de 3 días de evolución sin mejoría con broncodilatadores. Se realiza radiografía posteroanterior (PA) de tórax que se informa como probable consolidación pulmonar y elevación de la silueta diafragmática derecha, iniciándose antibioterapia oral domiciliaria. Al día siguiente la pediatra del C.S. ante el estudio radiológico del día anterior y la no mejoría clínica deriva a la familia a su hospital de área para estudio. Se hace radiografía PA y lateral y se sospecha hernia diafragmática anterior (Morgagni) al observarse elevación de la interfase tóracoabdominal derecha. Se remite a nuestro centro para ingreso y valoración por cirugía pediátrica.

Exploración clínica: Taquipnea, tiraje subcostal e intercostal, sibilancias aisladas, leve hipoventilación basal derecha. Resto de la exploración normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza:

- Hemograma: sin alteraciones. VSG 30 mm; PCR 0,83 mg/dl; Procalcitonina 0,32 ng/ml.
- PCR de Virus Respiratorio sincitial e Influenza: negativos.
- Ecografía torácica en modo M: parálisis diafragmática derecha.

Tratamiento de su proceso respiratorio (antibioterapia, broncodilatadores, corticoides y oxígeno).

Conclusiones: Es dado de alta con el juicio clínico de infección respiratoria de probable etiología vírica en paciente con hiperreactividad bronquial y parálisis diafragmática derecha.

La parálisis diafragmática es más frecuentemente unilateral y suele ser subclínica. Ante el hallazgo radiográfico de una elevación del hemidiafragma para poder realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías como hernias, eventraciones, es de gran utilidad la ecografía torácica completada con modo M que permitiría hacer el diagnóstico ante las diferencias de movilidad entre el hemidiafragma afecto y el contralateral.

GRUPO 2

O-007

LOS DOS GEMELOS QUE SE PARECÍAN TANTO... QUE SE INVAGINARON A LA VEZ

Olalla Nadal, F.¹; Ximénez Verresen, E.²; Castaño Andreu, E.¹; Andrés Bartolomé, A.¹; Llorente Ruiz, C.¹

¹Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España;

²Centro de salud Alamín, Guadalajara, Guadalajara, España

Anamnesis: Niño de 11 meses, sin antecedentes de interés, valorado en urgencias por vómitos y decaimiento de 10 horas de evolución, afebril y sin diarrea.

Exploración clínica: En la exploración destacaba decaimiento y palidez cutánea. No irritabilidad ni apariencia de dolor.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se deja en observación para probar tolerancia oral, persistiendo los vómitos, por lo que se canaliza vía para extracción analítica (normal) y administración de sueroterapia. Comienza a presentar deposiciones con sangre. Ante la sospecha de invaginación intestinal se solicita ecografía abdominal que la confirma.

Se contacta con hospital de referencia para tratamiento, precisándose desinvaginación por laparotomía por importante rectorragia. El postoperatorio cursó sin incidencias.

Estando ingresado en UCIP acudió su hermano gemelo a urgencias por haber presentado 3 vómitos y una deposición líquida. Debido a los antecedentes del hermano deciden realizar de entrada una ecografía abdominal, mostrando también una invaginación íleo-cólica. En este caso se pudo resolver mediante desinvaginación hidráulica.

Conclusiones: Los gemelos monocigotos presentan el mismo ADN y por tanto similar riesgo de sufrir enfermedades de origen genético, no deberían sin embargo presentar la misma incidencia de enfermedades no hereditarias o poligénicas. Debido a la convivencia estrecha pueden sufrir también las mismas enfermedades de origen infeccioso.

La invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en la infancia. No se ha demostrado una causa conocida, salvo en casos en los que está producida por un tumor o pólipo (no siendo éste el caso de nuestros pacientes).

El hecho de que dos gemelos presenten esta patología simultáneamente nos hace sospechar que puedan estar implicados factores genéticos o infecciosos hasta ahora desconocidos.

Por otro lado, también nos planteamos que la concordancia genética entre hermanos gemelos tiene más implicaciones de las que conocemos y puede resultar factor protector para muchas enfermedades.

O-008

ATENCIÓN COMUNITARIA: NUESTRA EXPERIENCIA EN LA FORMACIÓN DE PERSONAL DOCENTE EN EL MANEJO DE INHALADORES PARA EL TRATAMIENTO DE CRISIS DE ASMA EN LA ESCUELA

García Castellanos, T.¹; Lostal Gracia, M.I.²; Martínez Hernández, N.²; Tornos Simón, T.²; Lorente Riverola, J.²; Ruiz Ruiz De Larramendi, D.¹; Ferrer Aliaga, N.¹;

Ramírez Gomara, A.I.²; Martín De Vicente, C.¹

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España;

²Centro de Salud Actur Oeste, Zaragoza, España

Objeto del trabajo: El asma es la enfermedad crónica más frecuente en edad pediátrica, prevalencia del 10%, por lo que en un centro educativo, la posibilidad de que el profesorado se vea en la necesidad de atender al alumnado con esta patología es alta.

El proyecto está destinado a la formación del personal docente de los centros escolares del Área Básica de Salud (ABS) en la atención sanitaria del alumnado con asma.

Material y métodos: Se desplaza al centro educativo personal sanitario del Centro de Salud del ABS, pediatría y enfermería. Duración de la formación 2 horas.

1. Taller teórico: Presentación apoyada con Power point sobre el asma, síntomas, tratamiento y manejo de inhaladores para crisis agudas. Identificación de situaciones que requieren presencia urgente de servicios sanitarios.
2. Taller práctico: Uso del material para el tratamiento del asma, inhaladores y cámaras, y explicación de las diferencias de manejo entre los diferentes dispositivos, MDI o polvo seco.
3. Encuesta de satisfacción entre los asistentes.

Resultados y conclusiones: Número docentes: 35.

Resultados encuesta:

- 79% identificaron la actuación correcta en una crisis de asma.
- 89% el taller se había adaptado a las necesidades y dudas sobre su manejo.
- 95% consideraron el taller recibido como muy útil o bastante útil.
- 100% se ve capaz de administrar medicación en una crisis de asma.

1. El Proyecto se ha mostrado eficaz en la formación del personal docente en la atención sanitaria del alumnado con asma.
2. Se plantea continuidad del proyecto y extender la experiencia del taller al resto de centros educativos del ABS.

O-009

ENSEÑANZA DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE Y SOPORTE VITAL BÁSICO A ESCOLARES DE PRIMARIA

Gálvez Criado, R.; Montero Casaucao, J.L.; Alcántara Reyes, J.M.; Romero Córdoba, A.; Martín Ruiz, M.D.C.

UGC Aguilar, Aguilar de la Frontera, España

Objeto del trabajo: Evaluar de forma cuantitativa los conocimientos adquiridos por niños de primaria, sobre hábitos de vida saludable y reanimación cardiopulmonar (RCP) básica, tras recibir varias sesiones formativas teórico-prácticas.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuasiexperimental sin grupo control en el que participaron los escolares de 3ª a 6ª de primaria de cuatro centros educativos de

Aguilar de la Frontera (Córdoba), durante el curso 2018/2019. La formación consistió en 2 sesiones teórico-prácticas sobre hábitos de vida saludable y RCP básica, de 45 minutos cada una. El material docente constaba de presentación audiovisual y maniqués de RCP. Se eligió un curso representativo de cada colegio, realizando un examen tipo test antes y después de la sesión formativa.

Resultados y conclusiones: El número total de escolares participantes fue 532, de los cuales 284 eran niños (53,4% de la muestra) y 248 niñas (46,6%). Tras las sesiones formativas objetivamos una mejoría de los conocimientos del 5-15% (siendo la media 10%). En 3ª primaria se obtuvo una mejoría del 5%, en 4ª primaria del 15% y en 5ª y 6ª primaria la mejoría fue del 10%. Los resultados obtenidos en el pre-test son del 80% de aciertos y un 90% en el post-test. La escasa diferencia del 10% es debido a que dichas sesiones ya se impartieron el curso escolar previo.

Los escolares de 8 a 12 años son muy receptivos y asimilan con facilidad conceptos sobre hábitos de vida saludable y RCP básica. Nos parece interesante dar estas sesiones formativas en el colegio, ya que al integrarlas en el programa escolar, contribuimos a la prevención primaria de la obesidad infantil y a minimizar las secuelas neurológicas tras una parada cardiorrespiratoria.

O-010

"EL VIAJE DE MANGOLS. CAMINANDO HACIA UNA VIDA SALUDABLE" NUEVO PROGRAMA DE TRATAMIENTO CONTRA EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL

Salcedo Pacheco, I.¹; González López, N.F.¹; De Blas De Blas, A.¹; Martínez Galíndez, J.²

¹Osakidetza, Vitoria, España; ²Creativo externo, Labastida, España

Objeto del trabajo: Actualmente no existe ningún programa de tratamiento contra el sobrepeso y la obesidad infantil, protocolizado e integrado como práctica clínica habitual dentro de las consultas de pediatría de atención primaria. El objetivo de El Viaje de Mangols es convertirse en la práctica clínica habitual en las consultas de pediatría de atención primaria de un sistema sanitario público.

Material y métodos: Es un programa novedoso e innovador de intervención, para niños/as de 7 a 14 años con sobrepeso y obesidad, y sus familias. Unifica el tratamiento y seguimiento de los pacientes, simplifica al sanitario la intervención en este grupo, y pretende obtener mejores resultados gracias a la adquisición de conocimientos con las técnicas de gamificación y al refuerzo de la consulta motivacional individualizada.

El programa presenta tres ejes prioritarios:

1. **Serious Game:** El *Serious Game* será prescrito desde las consultas de atención primaria y será utilizado por los pacientes y sus familias en sus domicilios. Aporta información de calidad científica, accesible y amena, y gracias a las técnicas de gamificación, logrará una mayor fijación de los contenidos.
2. **Consultas motivacionales:** protocolizadas y regladas diseñadas desde el inicio para realizarse como práctica clínica habitual.
3. **Total integración con los sistemas informáticos propios de un sistema público de salud.** El sanitario podrá monitorizar la evolución e interactuar con el *Serious Game* desde la estación clínica.

Resultados y conclusiones: Los resultados esperados para octubre:

- Fin del desarrollo e integración del *serious game* con la historia clínica digital.
- Activación controlada del programa, en consultas de pediatría de atención primaria, con resultados preliminares.
- "El Viaje de Mangols" permitirá:
- Unificar el tratamiento y el seguimiento de los pacientes.
- Facilitar el trabajo y el manejo de los mismos.
- Conseguir una mayor adquisición de los contenidos gracias a la consulta motivacional y a la gamificación.

O-011

DESCENSO DE LA MORBILIDAD INFANTIL TRAS LA INSTAURACIÓN DE LA DIETA MEDITERRÁNEA EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA

Calatayud Sáez, F.M.; Calatayud Sáez, B.
Clínica infanto-juvenil "La Palma", Ciudad Real, España

Objeto del trabajo: Estamos estudiando los efectos de la Dieta Mediterránea Tradicional (DMT), en niños que padecen enfermedades inflamatorias recurrentes (EIR) con resultados muy satisfactorios. Desde hace más de 10 años, la mayoría de nuestra población está bajo la supervisión de una nutricionista, que monitoriza el cumplimiento de la DMT. Hemos valorado la morbilidad pediátrica en los últimos 7 años, a medida que los niños se fueron incorporando a la DMT.

Material y métodos: Inicialmente se propuso adscribirse a la DMT a todos los niños con EIR. Posteriormente se fueron incorporando la mayoría de nuestra población pediátrica. A todos se les incluyó en el programa "Aprendiendo a comer del mediterráneo", diseñado para potenciar la adopción de la DMT. Se determinó el n de niños que padecieron EIR en los últimos 7 años; Así como la frecuentación y el porcentaje de consulta programada y a demanda. Se estudiaron variables clínicas y terapéuticas mediante cuestionarios de evaluación, así como diversos parámetros antropométricos.

Resultados y conclusiones: Todos los indicadores sintomáticos estudiados (número, intensidad de los episodios, y urgencias) mostraron una evolución positiva y estadísticamente significativa. Los procesos catarrales y sus complicaciones bacterianas fueron más banales y disminuyeron notablemente. Algunas de estas patologías, prácticamente desaparecieron. Así, el de niños con EIR descendió notablemente desde un 25,5% en el año 2011 a un 2,4% en el año 2018. De forma congruente con lo anterior, el uso de fármacos antimicrobianos y sintomáticos descendió de forma muy marcada; El grado de satisfacción de las familias con el programa fue muy elevado. En la actualidad, más del 50% de las consultas pediátricas son programadas y las consultas a demanda siguen en continuo descenso. La adopción de la Dieta Mediterránea Tradicional puede contribuir de forma relevante al control de las enfermedades inflamatorias de la infancia.

O-012

"GAMES OF APP" - UN AÑO DESPUÉS

Villarejo Romero, V.¹; Gavilán, M.D.C.¹; Moral, E.¹;
App Bsapediatria, G.M.²

¹Área básica de salud Apenins Montigalá, Badalona, España; ²Hospital Municipal de Badalona (Badalona Serveis Assistencials), Badalona, España

Objeto del trabajo: El servicio de pediatría de 7 áreas básicas de salud de Badalona, se organizó para crear una App sanitaria propia con información validada y útil para las familias que atienden. BSA APPediatría es el nombre de la aplicación. De todo esto ya hace más de un año y queremos contar nuestra experiencia y evolución.

Material y métodos: Noviembre 2017 se inicia la difusión Play Store, Apple Store llegaría Abril 2018. Funcionamiento equipos de guardia mensual: publican y seguimiento de los indicadores.

La App nació con 6 secciones, en español y catalán. Y con motivo del primer aniversario estrenamos: Adolescencia, S.O.S, La Agenda (actividades comunitarias y lúdicas), Podcasts en colaboración con una entidad social y “Q no te enREDen” información validada que desmiente los mitos más populares, y nos ha permitido la adhesión a la iniciativa digital #SaludSinBulos.

Resultados y conclusiones: Cuando presentamos nuestra App: 66 congreso AEP 2018, valoramos los siguientes resultados: Enero 2018: ha publicado 32 infografías, 10 artículos originales y 26 avisos. Hay registradas 645 descargas, 51.686 visitas (media de 80 consultas/usuario). Los días de más visitas son miércoles, jueves y lunes.

Tras 19 meses se han publicado 84 infografías, 31 artículos originales, 8 vídeos, 4 podcast y 162 avisos. Hay registradas 3.178 descargas, 20.952 visitas (media de 92 consultas/usuario), y el día de más visitas continúa siendo los miércoles (realizamos aviso de salud vinculados a la actualidad que sirven como prevención directa a nuestros usuarios), martes y viernes.

Creemos que las familias han cambiado y especialmente la forma de consumir información. BSA APPediatría da respuesta a esta nueva realidad y por tanto, las consultas son más eficaces y reducimos el tipo de consultas menores.

Además, el propio funcionamiento de publicación interna, nos obliga a todo el Servicio de Pediatría a consensuar criterios.

Queremos continuar creciendo, innovando en la “prescripción” de esta App. Proyecto de futuro, monitorizar la efectividad de la App versus la demanda en consulta.

GRUPO 3

O-013

EFFECTOS ADVERSOS EN EL SEGUIMIENTO DEL USO DE VACUNA ANTI-MENINGOCOCO B: 4CMENB. (BEXSERO®)

Martín Peña, A.; Muñoz, Y.; Castilla, R.; Prat, C.;

Perramón, X.; Foncuberta, R.; De La Rosa, M.

CAP Roger de Flor, Barcelona, Barcelona, España

Objeto del trabajo: Descripción de los efectos adversos asociados al uso de la vacuna anti-meningococo B: 4CMenB (Bexsero®).

Material y métodos: Estudio prospectivo, en niños vacunados en nuestro centro con 4CMenB durante 4 meses. Se analizaron factores adversos locales / sistémicos y su relación por sexo, edad y dosis administrada. Fue utilizado un cuestionario telefónico de escalas numéricas a las 24 y 72 horas post-vacunales.

Resultados y conclusiones: Se analizaron 77 niños, sin coadministración de otras vacunas. Sexo: femenino 48,1%; masculina 51,9%. Edad: 4 a 12 meses (64,9%); 13 a 18 meses (20,8%) y 14 a 24 meses (14,3%). Dosis administradas: 1 dosis (46,8%); 2 dosis (37,7%); 3 dosis (15,6%).

Efectos adversos locales: dolor (16,9%; induración (53,2%); hinchazón (50,6%); hinchazón con eritema (22,1%). Efectos adversos sistémicos: fiebre (38-38,5°C) 31,2%; inquietud 8,6%; alteración de hábitos de alimentación 9,1% y alteración de hábitos del sueño (tiempo y calidad) 15,6%.

Existe mayor porcentaje de fiebre en el grupo de 4 a 12 meses (40%) en relación a dosis administrada en este grupo, diferencias estadísticamente significativas ($p=0.01$ por Chi2 y 0.003 por Fisher) vs el resto de grupos de edades (14,8%). Algo similar se observa con gran tendencia entre variables edad e hinchazón con eritema local en el grupo de 4-12 meses (26%) vs al grupo de 13 a 18 meses de edad (6,3%) con $p=0.88$ por Chi2. Al relacionar esta variable con las dosis, se evidenció una tendencia mayor con la 2ª dosis ($p=0.76$ por Fisher).

Los efectos adversos asociados al uso de la vacuna 4CMenB más observados fueron mayoritariamente locales y de poca gravedad (induración e hinchazón con/sin eritema en la mitad de los casos). La aparición de fiebre (38-38,5°C) se evidenció significativamente en el grupo etario de 4 a 12 meses de edad.

O-014

PATOLOGÍA ABDOMINAL INFRECIENTE EN PEDIATRÍA: COLECISTITIS ALITIÁSICA POSTESTREPTOCÓCICA

Rey Noriega, C.; Lendoiro Fuentes, M.; Sánchez Rodríguez, L.;

Picáns Leis, R.; Méndez Bustelo, M.J.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,

Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Paciente 4 años que consulta en su pediatra por cuadro de fiebre y exantema maculopapular en tronco y miembros superiores, presentando a la exploración física petequias en paladar y test de estreptococo positivo, iniciándose tratamiento con amoxicilina oral. A los 4 días, dada la persistencia de picos febriles y aparición de cuadro de vómitos y dolor abdominal acuden al Servicio de Urgencias de nuestro hospital.

Exploración clínica: A la exploración presenta hepatomegalia de dos traveses de dedo, un bultoma doloroso a la palpación a nivel de hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se completa estudio con analítica sanguínea, donde destaca hipertransaminasemia, y se realiza ecografía abdominal con datos de distensión vesicular, sin cálculos visibles, e imágenes ecogénicas sugestivas de barro biliar, así como dilatación del conducto cístico con colédoco normal. Dada la sospecha de colecistitis aguda se deja en dieta absoluta con nutrición parenteral y se instaura tratamiento antibiótico con piperacilina-tazobactam. Se observa resolución progresiva del cuadro con disminución de la dilatación vesicular en ecografías seriadas y normalización de niveles de transaminasas, permitiendo introducción progresiva de nutrición enteral y suspensión de antibióticos tras 12 días de tratamiento sin aislarse ningún microorganismo en cultivos.

Conclusiones: El abdomen agudo es un motivo de consulta frecuente en la edad pediátrica. La colecistitis alitiásica consiste en una inflamación de la vesícula biliar en ausencia de cálculos secundaria a una enfermedad sistémica (escarlatina, hepatitis, sarampión...). Se debe sospechar ante cuadro de fiebre, vómitos y masa abdominal dolorosa. Es importante su diagnóstico diferencial con apendicitis, dada la mayor prevalencia de esta última. Un diagnóstico precoz de la colecistitis alitiásica permite un manejo conservador con antibioterapia sin necesidad de recurrir a cirugía y con menor riesgo de complicaciones.

O-015

TOSFERINA... NO TODO ES *BORDETELLA PERTUSSIS*

Eiros Bouza, J.M.¹; Bachiller Luque, R.²; Melero, L.³;

Eiros Bachiller, J.M.¹; Curiel, A.⁴; Domínguez-Gil, M.¹

¹Hospital Universitario "Río Hortega", Valladolid, España; ²Centro de Salud Pilarica Circular, Valladolid, España; ³Sacyl. Atención Primaria. Palencia, Palencia, España; ⁴Asistencia Privada, Valladolid, España

Objeto del trabajo: Describir la etiología de los cuadros etiquetados como sospechosos de Tosferina en los que se solicita la determinación microbiológica. Analizar la tendencia temporal de casos de esta patología infecciosa. Evaluar el rendimiento de las solicitudes diagnósticas.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio que incluye las solicitudes recibidas en el Servicio de Microbiología de un hospital de tercer nivel durante el período que abarca desde junio de 2017 hasta junio de 2019, procedentes del ámbito pediátrico. El número de determinaciones ha sido de 186. Las muestras respiratorias recibidas se han procesado mediante la técnica CepheidSmartBp/Bpp, basada en una Reacción en Cadena de Polimerasa previa retrotranscripción.

Resultados y conclusiones: La sospecha diagnóstica se ha confirmado mediante documentación etiológica en 35 niños, lo que supone el 18,2% de las solicitudes cursadas. De ellos *Bordetella pertussis* ha sido detectada en 18 casos y *Bordetella parapertussis* en 17 casos. La edad media de los pacientes con *B. pertussis* ha resultado ser significativamente más elevada que la de aquellos con *B. parapertussis* 11,8 y 3,9 años respectivamente. Se ha observado una agregación temporal de casos entre marzo y junio de 2019, lo que representa el acontecimiento de un brote localizado geográficamente en un núcleo semiurbano correspondiente a un municipio de la provincia a la que se asiste. Es importante considerar el protagonismo balanceado en nuestro medio de las dos especies implicadas en la etiología de los cuadros compatibles con tosferina así como incorporar la oferta de diagnóstico directo en el ámbito pediátrico. De manera complementaria cabe abogar por el mantenimiento de las coberturas vacunales.

O-016

FIEBRE Y MIALGIAS EN FEBRERO. CUANDO NO ES GRIPE

Arranz Boned, M.; García Muñoz, A.I.; Prado Chaves, A.; Palomo Atance, E.; Sánchez García, S.; Del Castillo Velilla, I.; Martínez Gómez, A.R.; Beraghi, M.; Zriki Zahinos, N.; García Cabezas, M.Á.

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Anamnesis: Acude a urgencias niña de 13 años con fiebre desde hace 6 días que acude en plena epidemia de gripe. Tos y mucosidad. Mialgias y cefalea asociadas. Edema periorcular y temporal.

Padres con síntomas similares, con importantes mialgias que les imposibilitan deambular.

Consumo de matanza doméstica de cerdo durante las tres semanas anteriores.

Exploración clínica: Destaca dolor a la palpación muscular de miembros inferiores que se reproduce al movilizar extremidades. Leve edema periorbitario bilateral. Resto normal

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

Urgencias:

- Test Gripe: negativo.
- Hemograma: Leucocitos 5.900/uL, Eosinófilos 400/uL.
- Bioquímica: GOT 147 UI/L, GPT 99 UI/L, CPK 3754 UI/L.
- PCR 3,4 mg/dl.
- Serología para *Trichinella spiralis* IgG: negativa.

Se inició tratamiento ante las sospechas de Triquinosis con Albendazol 800 mg/día durante 14 días y posteriormente Mebendazol 50 mg/día durante 14 días.

Inspección por parte de sanidad de muestras de carne: Infestación por larvas de *Trichinella spiralis*.

Conclusiones:

- El agente causal de la Triquinosis es el nematodo *Trichinella spiralis*, que infesta al hombre cuando este ingiere carne contaminada con quistes que contienen larvas del parásito.
- Los casos en España se deben mayoritariamente al consumo de cerdos no inspeccionados o de jabalíes cazados furtivamente, por ello ante un cuadro febril con eosinofilia y aumento de enzimas musculares debemos preguntar siempre por antecedentes de ingesta de carne de alguno de estos animales.
- El antecedente de ingesta de matanza doméstica de cerdo siempre debe ponernos en alerta ante una Triquinosis.
- El diagnóstico es clínico y se debe confirmar mediante serología, que en ocasiones tarda en positivizar.
- En general se trata de un cuadro autolimitado y de buen pronóstico, pero debemos estar atentos a las complicaciones.

O-017

INFECCIONES PROFUNDAS DEL CUELLO, SERIE DE TRES CASOS CON FIEBRE Y LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD CERVICAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL

Gutiérrez Gutiérrez, M.; Marquina Cintora, S.; Sánchez Suárez, A.; Callejas Caballero, I.; Larrán Jiménez, A.; Guillén Martín, S.; Álvarez García, A.
Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España

Introducción: Las infecciones profundas del cuello son entidades graves. Estas pueden manifestarse únicamente con síntomas generales como fiebre inicialmente, por lo que hay que mantener un alto índice de sospecha, sobre todo en niños menores de 3 años.

Serie: Presentamos tres casos derivados a nuestro hospital desde atención primaria. Los tres niños eran menores de 4 años, con fiebre de 2 a 5 días de evolución, presentando cer-

vicalgia y limitación a la movilización cervical. Los dos niños mayores referían odinofagia y disfagia. Las analíticas mostraron leucocitosis y PCR elevadas. Realizamos TC cervical en todos los casos, y ecografía cervical previa en uno de ellos, siendo diagnosticados este de absceso retrofaríngeo de 12 cm de extensión y los otros dos de abscesos parafaríngeos.

Se realizó exudado faríngeo en los 3 casos siendo el test antigénico para *Streptococcus pyogenes* positivo, confirmándose en cultivo. Se instauró tratamiento antibiótico intravenoso en los tres casos y se realizó drenaje quirúrgico en dos. Los resultados de los cultivos intraoperatorios fueron negativos, probablemente por antibioterapia previa.

Los antibióticos utilizados fueron cefotaxima + clindamicina y amoxicilina-clavulánico por vía intravenosa, completando en todos tratamiento oral con amoxicilina-clavulánico ambulatoriamente. El tiempo de antibioterapia varió entre 12 días (absceso parafaríngeo) y los 38 días (absceso retrofaríngeo) por su extensión a mediastino.

Conclusiones: Los abscesos parafaríngeos y retrofaríngeos, debido a su localización y la inflamación local producida pueden condicionar una limitación de la movilidad cervical, tortícolis, trismus o incluso obstrucción en la vía aérea, pudiendo constituir una emergencia médica. Es necesario realizar una exploración minuciosa del cuello y orofaringe para su sospecha, en especial en niños pequeños. La TC es la prueba de elección para la definición de la lesión. El tipo de tratamiento dependerá de su localización y extensión, siendo necesaria la cobertura antibiótica de bacterias anaerobias y productoras de beta-lactamasas.

O-018

EL "CENTORISMO" HA MUERTO: ANÁLISIS DEL USO DE LA ESCALA DE CENTOR EN EL DIAGNÓSTICO DE LA AMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA *VERSUS* TEST DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE ESTREPTOCOCO

Bachiller Luque, R.¹; Sánchez Sierra, N.²; Ruiz, A.M.³; Prado, A.M.⁴; Alonso Rubio, A.M.⁵; Melero Guijarro, L.⁶; Eiros Bouza, J.M.⁷; Maté, T.⁴

¹Centro de Salud Pilarica, Valladolid, España; ²Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España; ³Farmacia Gerencia Atención Primaria Valladolid Este, Valladolid, España; ⁴Gerencia Atención Primaria Valladolid Este, Valladolid, España; ⁵Centro de Salud Covaresa, Valladolid, España; ⁶Centro de Salud Pintor Oliva, Palencia, España; ⁷Hospital Río Horteiga, Valladolid, España

Objeto del trabajo: Realizar un estudio de la correlación de la escala de Centor y los resultados del test de diagnóstico rápido (TDR) de antígeno estreptocócico en el Área Este de Valladolid durante un año.

Material y métodos: Se realiza un estudio trasversal de periodo de los resultados de TDR realizados en el Área Este de Valladolid (26 Centros de Salud) en el periodo Enero-Diciembre del año 2017 correlacionándolos con el nivel de escala de Centor registrado en cada caso.

Resultados y conclusiones: Se realizaron 819 TDR en cuadros de faringoamigdalitis registrándose la escala de Centor. El resultado fue positivo en 250 casos, 557 negativos y 12 no valorables. Con respecto a la escala de Centor, 460 (56,2%) se referían a niños con escala de Centor mayor o igual que 3 y 251 menor de 3 (30,6%). En un 13,2% no se registró. El 27,5% de los niños con Escala de Centor inferior a 3 el TDR

fue positivo. En los Centor mayor o igual a 3 el 56,17% fueron negativos.

Conclusiones: Clásicamente con Centor menor o igual a 3 no se indicaba la realización TDR.

La introducción de estos test en las consultas de Atención Primaria ha demostrado la escasa correlación con la escala de Centor, siendo preferible llegar a un diagnóstico específico ante la sospecha clínica del pediatra de Atención Primaria.

GRUPO 4

O-019

OSTEOMIELITIS Y HEMOGLOBINOPATÍA EN UN LACTANTE

Muy Pérez, A.E.; Díaz Esteban, B.M.;
Pérez Rodríguez-Carmona, L.; Rivero Calle, I.;
Curros Novos, C.; Arango Díaz, A.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,
Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Lactante de 1 mes traído por irritabilidad y disminución en la movilidad de brazo izquierdo de menos de 24 horas de evolución. Asocia febrícula (37,5°C) a su llegada a urgencias. No traumatismo previo. Convivientes sanos.

Antecedentes personales: Embarazo controlado. Parto eutócico a término, sin factores de riesgo asociado. Detección en cribado neonatal de hemoglobinopatía con fenotipo FAC.

Antecedentes familiares: sin interés.

Exploración clínica: Destaca limitación de la movilidad articular del hombro izquierdo con dolor, tumefacción, calor y eritema en zona posterior. Resto sin hallazgos importantes.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Analítica: Leucocitos 10800/uL (Neutrófilos 70,7%, Linfocitos 21,2%) Hb 10,5 g/dL, Hto 27,2%, Plaquetas 343.000 uL. PCR: 0,35 mg/dL
- RMN de hombro izquierdo: osteomielitis de la escápula izquierda, piomiositis adyacente con dos abscesos subperiosticos (acromion y fosa supraescapular).
- Hemocultivo y cultivo articular: se aísla *Staphylococcus aureus*.
- Electroforesis de Hb: Hemoglobina A2 1,5%, Hemoglobina fetal 39,8%. Cromatograma de hemoglobinas: pico anómalo de un 22,6%, compatible con una Hb C heterocigótica. Se realiza estudio en la madre detectándose hemoglobinopatía C.

Se instaura antibioterapia empírica con cloxacilina y cefotaxima iv y se realiza artrocentesis con lavado articular. Tras resultados de cultivo, completa cloxacilina iv 2 semanas constatándose mejoría clínica y analítica progresiva. Al alta completa total 6 semanas con cloxacilina oral.

Conclusiones: Las infecciones osteoarticulares son una patología relativamente infrecuente en la infancia, siendo los organismos más frecuentes en lactantes *S. aureus*, *S. agalactiae* y bacilos gram negativos.

En pacientes con hemoglobinopatías como la S se ha documentado relación con osteomielitis hematogénica causada en mayor frecuencia por *Salmonella* y *S. aureus*; mientras que no hay relación de susceptibilidad con respecto a la hemoglobinopatía C.

Es importante el diagnóstico diferencial de las hemoglobinopatías en patologías como la osteomielitis ya que pueden condicionar su pronóstico.

O-020

ESTUDIO PROSPECTIVO CONTROLADO DE CO-INFECCIÓN VIRAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Cebey López, M.; Pardo Seco, J.; Díaz Esteban, B.M.; Gómez Carballa, A.; Currás Tuala, M.J.; Pischedda, S.; Barral Arca, R.; Martínón Torres, F.; Regalip, R.; Gendres, R.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,
Santiago de Compostela, España

Objeto del trabajo: Las características de la co-infección viral en niños de Atención Primaria (AP) son prácticamente desconocidas. El objetivo fue analizar comparativamente los patrones y fenotipos clínicos de las co-infecciones en pacientes pediátricos atendidos en AP y hospitalizados por infecciones respiratorias agudas (IRA) y compararlos con controles sanos.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, controlado, multicéntrico a través de una red de centros de atención primaria (ReGALIP) y de atención hospitalizada (AH) (GENDRES) en niños <14 años con IRA. Se llevó a cabo una PCR en hisopos nasofaríngeos para la detección de los virus influenza (Flu), metapneumovirus (MPV), virus respiratorio sincitial (VRS), virus parainfluenza (PIV), rinovirus-enterovirus (RV/EV), adenovirus (AdV), bocavirus (HBo) y coronavirus (CoV).

Resultados y conclusiones: Se recogieron un total de 528 muestras nasofaríngeas: 80 pacientes hospitalizados, 386 de AP y 66 controles. Se identificó al menos un patógeno en el 80,9% de los casos de AP, 83,8% hospitalizados y 27,3% de los controles. Se detectaron co-infecciones en 1,5% de controles, 45,6% de AP y 44,9% de hospitalizados. El patrón de infección en AP y hospitalizados es similar en el CoV, PIV, AdV, MPV. El VRS se encontró en mayor proporción como único virus en hospitalizados que en AP (27,5% vs. 9,7%) y el Flu es más frecuente en AP que en hospitalizados en mono infección (11,3% vs. 5,0%) y en co-infección (4,5% vs. 1,2%). El RV/EV es el microorganismo más frecuente en controles pero también en AP y AH.

Las técnicas moleculares son capaces de detectar algún patógeno en más de un 80% de los niños que acuden a AP u AH por infecciones respiratorias. La presencia de más de un virus en estos pacientes es muy frecuente en pacientes sintomáticos tanto en AP como AH, no así en pacientes asintomáticos. La importancia clínica de este hallazgo es desconocida.

O-021

MENINGITIS POR *HAEMOPHILUS INFLUENZAE A*, ¿UNA INFECCIÓN EMERGENTE?

Plaza Luna, L.; Launes Montana, C.
Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat, España

Anamnesis: Lactante de 8 meses, sin antecedentes y con calendario vacunal al día, con clínica de 4 días de evolución de vómitos y fiebre de hasta 39,7°C asociando letargia en las últimas horas.

Exploración clínica: Presenta un triángulo de evaluación pediátrica alterado, destacando palidez cutánea y decaimiento. A la exploración presenta taquicardia y dudosa rigidez nuchal en presencia de una fontanela puntiforme.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza analítica sanguínea que muestra acidosis metabólica, anemia microcítica hipocrómica y marcada elevación de reactantes de fase aguda. Se realiza punción lumbar mostrando un líquido cefalorraquídeo (LCR) turbio por lo que se inicia tratamiento antibiótico endovenoso con cefotaxima, vancomicina y dexametasona. El análisis del LCR confirma meningitis bacteriana. En las primeras 24h se realiza neuroimagen cerebral objetivando captación de contraste en zona frontal. El hemocultivo y el cultivo de LCR resultan positivos para *H. influenzae* serotipo A (HiA) multisensible, por lo que se desescala a ampicilina endovenosa quedando afebril y con descenso de los reactantes de fase aguda. Los familiares reciben profilaxis antibiótica con rifampicina. Se completa tratamiento durante 7 días pero tras su retirada reinicia fiebre por lo que se repite neuroimagen cerebral mostrando colección subdural derecha con captación leptomenígea no tributaria a cirugía. Se alarga duración del tratamiento con neuroimagen de control en la que se objetiva buena respuesta pero persistencia de alteración en secuencias de difusión y una laberintitis como hallazgo de novo. Completa un total de 8 semanas de tratamiento antibiótico endovenoso.

Conclusiones: HiA está emergiendo como causa importante de enfermedad infecciosa invasiva en varios países. Además, los casos reportados muestran una agresividad mayor en este serotipo produciendo mayor número de complicaciones y de secuelas. Esto plantea la necesidad de mayor investigación para comprender su epidemiología y también una perspectiva de futuro para el desarrollo de nuevas vacunas conjugadas.

O-022

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: UN CASO ATÍPICO

González Fernández, L.; Díaz Esteban, B.M.; Picáns Leis, R.; López Franco, M.M.; Carreira Sande, N.; Eiris Puñal, J.; Gómez Lado, M.D.C.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,
Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Paciente de 4 años y 8 meses previamente sano y con desarrollo psicomotor normal, que acude por cuadro de inicio abrupto de regresión del comportamiento (movimientos estereotipados, inquietud psicomotriz y miedos injustificados) y del lenguaje (mutismo, emisión de sonidos incoherentes, ausencia de iniciativa comunicativa). Involución generalizada en todos los ámbitos de su desarrollo. Cuadros de desconexión del medio, sonrisas incongruentes y episodios de agitación en algunos de los cuales parece estar experimentando fenómenos alucinatorios visuales. Destacan también cambios repentinos de humor y mal control de esfínteres.

Exploración clínica: No colaborador. No contacto visual. Alteración del lenguaje (sonidos incongruentes). Inquietud psicomotriz. Signos meníngeos negativos. Marcha normal. No focalidad neurológica.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realizan estudios para descartar organicidad, siendo todos normales.

- Hemograma, bioquímica, RFA, ASLO, ANAs, CH50, TSH, TPO, cobre, plomo, ceruloplasmina, amonio.
- Estudio de LCR.
- Perfil de esclerosis múltiple, Ac anti NMDA y estudio de metabolopatías.
- Estudio de inmunidad celular.
- ECG, EEG en vigilia, fondo de ojo y RM encefálica.

Esta clínica y la ausencia de hallazgos en los estudios, sugieren como primera posibilidad, un cuadro de regresión autista, por lo que se decide seguimiento por Neuropediatría.

Un mes después, reanuda asistencia al colegio e inicia sesiones con terapia ocupacional, sin objetivar cambios. Se establece el juicio clínico de trastorno del espectro autista, completando estudio con genoma y control en 6 meses.

Conclusiones: Los trastornos del espectro autista suelen debutar en los primeros años de vida, sin embargo, una alteración comportamental más tardía de inicio brusco compatible clínicamente, debe hacernos sospechar este trastorno en aquellos casos en los que se haya descartado organicidad.

Los actuales criterios del DSM-V no contemplan evoluciones atípicas que pueden precisar de estudios complementarios adicionales como son los casos de regresión autista grave.

O-023

IMPOTENCIA FUNCIONAL EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

De La Cruz Herrera, M.; Arana Madariaga, A.;
Cornet Pujol, I.; Serra Ramonet, J.; Rodríguez Soto, M.C.;
Morón Pros, A.; Arocas Bonache, A.
CAP Goretti Dadia, Súa, España

Anamnesis: Mujer de 13 años, sin antecedentes patológicos, hábitos tóxico-alérgicos negativos. Vacunación correcta. Consulta al centro de atención primaria (CAP) por presentar dolor en zona gemelar derecha (48 h de evolución), progresando en intensidad; acompañado de impotencia funcional e inestabilidad. Afebril. Hace 7-10 presentó deposiciones diarreicas y fiebre, proceso autolimitado a las 48 h.

Exploración clínica: Estable. Afebril. Glasgow: 15/15. No lesiones cutáneas. Pares craneales normales. Fuerza/sensibilidad conservada. Reflejos rotulianos ausentes, Romberg positivo. Cojera de la extremidad derecha. Resto sin alteraciones.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Analítica de ingreso: hemograma sin alteraciones. VSG/PCR: normal. Función renal/Ionograma: normal, CK: 514 U/L. Equilibrio venoso: normal. Labstix: negativo, tóxicos en orina: negativo.

Ingresa en la planta de pediatría como una miositis, por niveles elevados de CK e impotencia funcional de extremidades inferiores.

En las primeras horas arreflexia universal y disminución de la fuerza en manos. Punción lumbar/cultivo LCR: negativo. Electromiograma: síndrome de Guillain-Barré desmielinizado en fase inicial. Tratamiento con Gammaglobulina 2 g/kg/d, bien tolerada. Serologías negativas (citomegalovirus/Epstein-Barr/Mycoplasma pneumoniae). Coprocultivo:

Campylobacter Jejuni (Ac antigangliosidos: negativos). Rehabilitación durante el ingreso, recuperando la fuerza en extremidades inferiores, sin afectación de la sensibilidad/pares craneales. Alta a su domicilio, controles con neurología y rehabilitación.

Conclusiones: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una enfermedad autoinmune desencadenada por una infección vírica o bacteriana. Caracterizada por debilidad simétrica, rápidamente progresiva, comienzo distal y avance proximal, llegando a afectar la musculatura bulbar respiratoria, pérdida de reflejos osteotendinosos y signos sensitivos leves o ausentes. Causa más frecuente de parálisis neuromuscular aguda en pediatría. Incidencia de 0,6-1,9 casos/100.000 niños menores de 15 años. Predominio del sexo masculino. Los gérmenes frecuentes: Campylobacter jejuni (26-41%), CMV (10-22%), Epstein-Barr (10%), Haemophilus influenzae (2-13%). El tratamiento iniciarlo lo antes posible con el objetivo de disminuir duración y gravedad de la enfermedad. Los tratamientos específicos son la inmunoglobulina intravenosa o plasmaféresis.

O-024

LACTANCIA MATERNA: UNA ASIGNATURA PENDIENTE. ANÁLISIS DE CONOCIMIENTOS EN LACTANCIA DE LOS PROFESIONALES DEL ÁREA MATERNO-INFANTIL DE CASTILLA Y LEÓN EN RELACIÓN A CURRÍCULOS FORMATIVOS

Bachiller Luque, R.¹; Gonzalez Vereda, M.J.²; Niño Martín, V.³;
Melero Guijarro, L.⁴; Roldan Velasco, G.¹; Pérez Martín, P.⁵;
Dorado Díaz, A.⁶; Vega Gutiérrez, M.L.¹; Maté Enríquez, T.⁶
¹Centro de Salud Pilarica, Valladolid, España; ²Centro de Salud Tortola,
Valladolid, España; ³Centro de Salud La Victoria, Valladolid, España;
⁴Centro de Salud Pintor Oliva, Palencia, España; ⁵Consejería de Sanidad.
Gerencia Regional Salud SACYL, Valladolid, España; ⁶Consejería Sanidad.
SACYL, Valladolid, España

Objeto del trabajo: Realizar un estudio de los conocimientos en lactancia de los profesionales sanitarios del Área materno-infantil de Castilla y León y correlacionarlos con los currículos formativos pregrado.

Material y métodos: Estudio descriptivo trasversal realizado durante enero-febrero 2015 utilizando el Cuestionario validado "ECola", que se adapta a ginecólogos, matronas y profesionales de enfermería. Para los técnicos auxiliares de enfermería (TCAE) se utilizó el Cuestionario de Temboury Molina MC, modificado por los autores.

La población de estudio fueron 1.187 profesionales sanitarios de los 14 hospitales públicos de Castilla y León. En mismo periodo se analizan los currículos formativos de Grado de Medicina, MIR de Pediatría, Grado de enfermería, matrona y TCAE y se correlacionan con los resultados obtenidos en el nivel de conocimientos.

Resultados y conclusiones: En total se recibieron 724 cuestionarios (61,0%). Considerando aceptable el 70% aciertos (16,8 puntos), globalmente los profesionales en Castilla y León poseen un nivel suficiente (17,1). Los profesionales de enfermería mostraron un nivel de conocimientos en lactancia bueno (18,19) y significativamente superior ($p < 0,05$) a los médicos (17,01). Las matronas han presentado la media de aciertos mayor (20,03). Los ginecólogos/as con 15,24 puntos,

poseían un nivel inferior al recomendable. Los TCAE con 16.93 manifestaron conocimientos y habilidades suficientes, pero en el límite inferior. Los currículos formativos de Grado de Medicina y MIR de pediatría y Ginecología así como TCAE no contemplan la formación en lactancia materna fisiológica, a diferencia de enfermería y matrona que la incluyen con distinto número de temas en ambos casos.

Conclusiones: El nivel de conocimientos de los profesionales del área materno-infantil en global resultó aceptable. Los ginecólogos presentan un nivel inferior al recomendable. Se correlaciona con la formación pregrado concluyendo que se deben implementar temas en lactancia materna fisiológica en la formación pregrado y MIR de algunas categorías profesionales.

GRUPO 5

O-025

CAMBIOS EN LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS A LOS SEIS MESES DE SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA NUTRIPLATO®

Termes Escalé, M.; Martínez Chicano, D.;
Egea Castillo, N.; Gutiérrez Sánchez, A.; García Arenas, D.;
Arcos Machancoses, J.V.; Martín De Carpi, J.
Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat, España

Objeto del trabajo: Mejorar los hábitos alimentarios, promocionar la dieta mediterránea (DM) y prevenir y/o revertir el sobrepeso y la obesidad en niños de 3 a 12 años.

Material y métodos: Se incluyen 3-5 visitas con dietistas-nutricionistas, 1 control telefónico y 1 taller práctico, con un seguimiento de 1 año. Se recogen datos dietéticos, antropométricos y de composición corporal. Se incluirán un total de 1.000 niños.

Resultados y conclusiones: Hasta el momento, se han incluido 515 participantes (50,1% varones; mediana de edad de 8,5 años). En la visita inicial, el 33,6% presentaban sobrepeso u obesidad y el 40,6% seguían una DM óptima. No se encontraron diferencias en la valoración del Cuestionario Kidmed en función del sexo ($p=0,295$), ni de la valoración del índice de masa corporal (IMC) ($p=0,294$), pero sí en función de la edad ($p=0,009$) y del Z-Score del IMC ($p=0,003$), mostrando unos valores menores en aquellos que presentaban una DM óptima.

Por ahora, 285 participantes han realizado la visita de seguimiento de los 6 meses, de los cuáles el 63,9% presentaron una DM óptima, con diferencias estadísticamente significativas en comparación con la inicial ($p<0,0001$). Además, se detectó un cambio relativo favorable en la ingesta de: 1 ración/día de fruta (OR 4,6; $p<0,0001$), regularmente 1 y 2 raciones/día de verdura (OR 50,4; $p<0,0001$ y OR 2,2; $p=0,004$, respectivamente), 2-3 raciones/semana de pescado (OR 13,7; $p<0,0001$), al menos 1 ración/semana de pescado azul (del OR 4,1; $p<0,0001$) y 1 vez/semana de legumbres (OR 3,8; $p<0,0001$). La tasa de abandono actual es de un 7,2%, mostrando una buena adherencia al programa.

Los resultados preliminares muestran la necesidad de realizar educación nutricional para mejorar los hábitos alimentarios de los niños y muestran la efectividad del Programa Nutriplato® en la mejora de hábitos alimentarios, especialmente en la ingesta de verduras, pescado y legumbres.

O-026

NIÑOS VEGETARIANOS Y VEGANOS: ABORDAJE DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Dongo Flores, P.¹; Rodríguez Solanes, P.¹; Pons Ellam, E.¹;
Sarabia Vicente, S.²; Sebastián Barberán, V.²

¹Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España; ²Centro de Salud Fuente de San Luis, Valencia, España

Objeto del trabajo: Las dietas vegetarianas y veganas son una realidad cada vez más frecuente en la consulta de atención primaria. Por este motivo los pediatras deben de estar familiarizados con las distintas modalidades de alimentación, su composición y con las consecuencias que se pueden desencadenar en la salud en caso de estar mal planificadas.

Material y métodos: Revisión de las características de las dietas vegetarianas y veganas y de su correcta planificación a propósito del caso de un lactante varón de 12 meses de edad hijo de padres veganos que decidieron que su hijo siguiese la misma alimentación. Durante las revisiones de salud se observa estancamiento ponderal y se decide realizar analítica de sangre donde se objetivan valores de vitamina B12 de 90 pg/mL. Se inicia tratamiento con vitamina B12 vía oral con buena evolución posterior.

Resultados y conclusiones: La popularidad en aumento de las dietas vegetarianas y veganas constituye un desafío para los profesionales sanitarios. Este tipo de alimentación en la infancia y en la adolescencia puede ser adecuada si se garantiza su correcta planificación. El único suplemento imprescindible para las personas que siguen este tipo de dietas es la vitamina B12 en forma de cianocobalamina, siendo de elección la vía oral. En caso de no aportarse se pueden desencadenar déficits nutricionales e importantes secuelas neurológicas. También se recomienda administrar suplementos de vitamina B12 en las madres veganas o vegetarianas que alimentan a sus hijos con lactancia materna exclusiva.

O-027

¿SOMOS CONSCIENTES DE LA CANTIDAD REAL DE AZÚCAR QUE CONTIENEN LOS YOGURES INFANTILES?

Sánchez Rodríguez, L.; Rey Noriega, C.; Pérez Reguera, M.;
Rodríguez Núñez, A.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,
Santiago de Compostela, España

Objeto del trabajo: Analizar el contenido en azúcar de los yogures dirigidos a la población infantil y compararlo con postres con alto contenido en azúcares.

Material y métodos: Se recogieron datos de 40 marcas de yogures comerciales a la venta en una gran superficie comercial en España, dividiéndolos en dos categorías: a) yogures infantiles, incluyendo aquellos que se venden directamente como tal o que emplean la imagen de personajes, dibujos o juguetes para su venta y b) yogures tipo postre que incluyen todos aquellos que contienen chocolate, vainilla, cereales y/o nata o los postres lácteos o natillas.

Resultados: En el grupo a) (yogures infantiles) únicamente dos de ellos se hayan por debajo de 5g/100 g de producto (con-

tenido máximo que debe contener un alimento sólido para ser considerado bajo en azúcares), el resto doblan esta cantidad (valores entre 10,1 g-13 g/100 g). En el grupo b) (yogures tipo postre) todos están por encima de la cifra 5 g/100 g con medias de 14-23,2 g/100 g. El yogur que más tiene es el petit de chocolate con leche danone Danonino (23,2 g/100 g). El 95% de los yogures analizados superan las recomendaciones nutricionales.

Conclusiones: El contenido de azúcar de los yogures infantiles no dista tanto de los de tipo postre. Gran parte de los padres consideran estos productos saludables, pero el desconocimiento de estos hallazgos probablemente juegan un papel importante en las elevadas tasas de obesidad infantil y de caries. Los pediatras debemos ser conscientes de esta realidad, relacionada en parte por creencias erróneas, estrategias de mercado e información no contrastada, para recomendar a cada niño la pauta nutricional más adecuada a sus circunstancias.

O-028

DESMONTANDO MITOS: ¿SON LOS YOGURES COMERCIALES UN ALIMENTO REALMENTE SALUDABLE?

Rey Noriega, C.; Sánchez Rodríguez, L.; Pérez Reguera, M.;
Rodríguez Núñez, A.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,
Santiago de Compostela, España

Objeto del trabajo: Analizar la composición de macronutrientes y energía de diferentes tipos de yogures comerciales.

Material y métodos: Se analizaron 180 marcas de yogures a la venta en una gran superficie comercial en España. Se establecieron 9 categorías: 1) infantiles; 2) sin lactosa, soja o almendra; 3) desnatados; 4) bebibles; 5) con bifidus o para el colesterol; 6) naturales, ecológicos o bio; 7) griegos; 8) con fruta o sabor a fruta/azúcar; y 9) tipo postre. Se recopilamos los datos sobre contenido calórico, proteínas, grasas, grasas saturadas, hidratos de carbono y azúcar por 100 g de producto.

Resultados: Los yogures con mayor contenido calórico son los tipo "griego" (con una media de 133 Kcal; 8,3 g de grasas y 5,4 g de grasas saturadas por 100 g). En todos los grupos excepto el 2 y el 3 la media de grasas saturadas supone más de la mitad de la media de grasas totales. En cuanto al contenido de azúcares destacan los tipo postre (16,9 g/100 g), seguidos por los de frutas (14,6/100 g) y los bebibles (11,8/100 g). Los yogures desnatados tienen un mayor contenido de proteínas (5 g/100 g), siendo menor en el grupo de los bebibles (2,7g/100 g).

Conclusiones: La composición y el valor calórico de los yogures comerciales son muy variables, pero en la mayoría de los casos dista del modelo de alimento saludable para los niños, bien sea por su contenido de grasas saturadas, de azúcares simples o de ambos. La ingesta liberal, por parte de los niños, de la mayoría de los yogures comerciales disponibles en nuestro país puede suponer un riesgo nutricional y favorecer patologías como la obesidad o las caries. La publicidad engañosa genera creencias erróneas sobre el contenido de los alimentos, siendo los pediatras un pilar fundamental para la educación y el hábito nutricional de los niños.

O-029

¿QUÉ RECOMENDARÍAS ANTES UNA COCA-COLA O UN YOGUR BEBIBLE?

Sánchez Rodríguez, L.; Rey Noriega, C.; Pérez Reguera, M.;
Rodríguez Núñez, A.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,
Santiago de Compostela, España

Objeto del trabajo: Analizar la cantidad de azúcar de los yogures bebibles y compararlo con los refrescos de alto contenido en azúcar.

Material y métodos: Se analizó la cantidad de azúcar por 100 g que contenían 20 marcas de yogures bebibles a la venta en una gran superficie comercial y se compararon con el contenido de azúcar de una Coca-cola. Se realizó una encuesta individual y anónima a la población general donde participaron un total de 145 individuos, a los cuales se les preguntó ¿Qué escogerías para la merienda de tu hijo, una Coca-Cola o un yogur bebible?

Resultados: Los 20 yogures bebibles estudiados al menos cuadruplican los 2,5 g/100 g de producto (cantidad máxima que pueden poseer los líquidos para ser considerados "productos con contenido bajo" de azúcares). Los valores obtenidos oscilan entre 10,3 y 14 g/100 g de producto. En comparación, una Coca-cola normal, ejemplo de bebida con una concentración elevada de azúcar, contiene 10,6 g/100 g de producto; es decir, se situaría en el rango bajo de los yogures bebibles. De los 145 encuestados, 122 (84,1%) escogieron yogur bebible, 18 (12,4%) Coca-cola y 5 (3,5%) no diferenciaron entre uno y otro.

Conclusiones: Los yogures bebibles tienen un contenido muy elevado de azúcares, al menos en el rango de refrescos azucarados bien reconocidos como de riesgo desde el punto de vista nutricional. Como se refleja en la encuesta, los padres y cuidadores de los niños no son muy conscientes de esta realidad y de forma errónea están permitiendo o incluso estimulando la ingesta liberal de estos productos por los niños. Los pediatras deberíamos informar a las familias y a los propios niños de este hecho y de sus posibles repercusiones negativas para la salud a corto y largo plazo.

O-030

COINFECCIONES RESPIRATORIAS PEDIÁTRICAS DE ETIOLOGÍA VÍRICA. UNA REALIDAD EMERGENTE

Bachiller Luque, R.¹; Domínguez-Gil González, M.²; Melero Guijarro, L.³; Eiros Bachiller, J.M.⁴; Curiel López De Arcaute, A.¹; Eiros Bouza, J.M.²

¹Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, Valladolid, España;

²Hospital Universitario "Río Hortega", Valladolid, España; ³Area de SACYL de Palencia, Palencia, España; ⁴Hospital Universitario "La Princesa", Madrid, España; ⁵Facultad de Medicina, Valladolid, España

Objeto del trabajo: Identificar los virus que circulan en población pediátrica en nuestro Area de salud y describir las infecciones únicas y mixtas.

Material y métodos: Se han procesado muestras de niños < 14 años asistidos por infección respiratoria durante 2017-2018, en un Area de Castilla y León, con 262.000 habitantes. La detección de virus se ha realizado mediante un panel de identificación basado en RT-PCR (Allplex respiratory Panel, Seegen, Seoul).

Resultados y conclusiones: Se han analizado 520 muestras respiratorias (225 en 2017 y 295 en 2018) con una positividad global del 81% (83% en 2017 y 80% en 2018). De las 423 positivas se ha identificado un único agente en 310 (73,3%), dos en 94 (22,2%), tres en 19 (4,5%)

Se han asimilado a Infecciones mixtas 54 (28,8%) en 2017 y 59 (25%) en 2018 y conjuntamente hemos documentado 113 casos (26,7%). Se han identificado diez agentes diferentes, siendo los más prevalentes el Virus Respiratorio Sincitial (167) y Rinovirus (110), seguidos en menor proporción por Adenovirus (24) y Metaneumovirus (23). Con menos de 20 identificaciones se han documentado Virus parainfluenza (19), Virus de la Gripe A (19) y B (18), Bocavirus (16), Enterovirus (14) y Coronavirus OC43 (5). Los patrones estacionales se han asociado a VRS (Noviembre-Febrero) y Rinovirus (Septiembre-Noviembre). Las coinfecciones no son una realidad ajena a nuestro medio e implican con mayor entidad a rinovirus y bocavirus. Estos hallazgos permiten documentar la elevada frecuencia de cuadros de etiología vírica, su amplio rango etiológico y la considerable proporción de coinfecciones. De manera complementaria resulta de ayuda a la hora de minimizar la prescripción de antibióticos y de implantar la cultura de una realidad emergente: la prevalencia de infecciones mixtas respiratorias de etiología vírica en nuestro entorno.

GRUPO 6

O-031

¿PRESCRIBIMOS CORRECTAMENTE ANTIBIÓTICOS? ANÁLISIS DEL PATRÓN DE SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA EN UROCULTIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN VALLADOLID (ÁREA ESTE)

Alonso Ferrero, J.; Sáez García, L.M.; Fraile García, L.; Nebreda Mayoral, T.; Urbaneja Rodríguez, E.; Garrote Molpeceres, R.
Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

Objeto del trabajo: El aumento de resistencias bacterianas frente a antibióticos clásicos demostrado en los últimos años por su uso indiscriminado, ha hecho que en la actualidad no podamos utilizar muchos de ellos. Conocer el patrón de sensibilidad antibiótica de los uropatógenos habituales en Pediatría en el área sanitaria de Valladolid-Este.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo colaborativo con Microbiología de nuestro centro terciario sobre el patrón de sensibilidad antibiótica de los uropatógenos más habituales en niños ≤14 años durante 2016-2018, diferenciando resultados por edad.

Resultados y conclusiones: Se registraron 294 urocultivos. 21 (7,1%) en <1 mes, 65 (22,1%) en niños de 1 mes-2 años y 208 (70,7%) en niños de 2-14 años. Uropatógenos en <1 mes: E. Coli (52,3%), E. Fecalis (28,5%), S. Aureus (9,5%) y S. Coagulasa negativo (9,5%). Uropatógenos en niños de 1 mes-2 años: E. coli (44,6%), E. Fecalis (36,9%), S. Coagulasa negativo (13,8%), S. Aureus (4,6%). Uropatógenos en niños de 2-14 años: E. Coli (78,8%), E. Fecalis (14,9%), S. Coagulasa negativo (5,2%), S. Aureus (0,9%). E. Coli fue resistente a ampicilina, ampicilina/sulbactam y cefalotina en todos los grupos durante los tres años de estudio. E. Coli mostró resistencia frente cotrimoxazol en 2016-2017 en todos los grupos, pero en 2018 hubo un cambio de tendencia y solo niños de 1 mes-2 años no se beneficiaron de su uso

(resistencia: 27,3%). En niños de 1 mes-2 años y 2-14 años se objetivan resistencias >60% a amoxicilina-clavulánico para S. Coagulasa negativo en todo el periodo de estudio. E. Coli mostró sensibilidad a cefalosporinas y fosfomicina cercana al 100% en todos los grupos de edad.

En nuestro estudio, se objetiva incremento de las tasas de resistencia antibiótica en antibióticos de uso común para tratar infecciones pediátricas frecuentes (faringoamigdalitis, otitis) como el cotrimoxazol, principalmente en niños de 1 mes-2 años y amoxicilina clavulánico en todas las edades. Es fundamental optimizar las indicaciones y el tipo de antibiótico y educar a familiares en conocer la patología vírica prevalente pediátrica que no requiere antibioterapia.

O-032

EFICIENCIA Y FACTIBILIDAD DE LAS TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Alonso Rubio, A.M.¹; Bachiller Luque, R.²;
Alonso Ballesteros, M.J.³; Sanz Fernández, M.⁴;
Liras Muñoz, B.⁵; Cerdón Pérez, C.⁶; Hernández Vázquez,
A.M.⁶; Vega Gutiérrez, M.²; Rojo Cuesta, M.S.²; Covacho, E.¹
¹Centro de Salud Covaresa-Parque Alameda, Valladolid, España;
²Centro de Salud Pilarica, Valladolid, España; ³Centro de Salud Medina del Campo, Medina del Campo, España; ⁴Centro de Salud Pisuerga, Arroyo de la Encomienda, España; ⁵Centro de Salud Laguna de Duero, Laguna de Duero, España; ⁶Centro de Salud Barrio España, Valladolid, España

Las técnicas de diagnóstico rápido (TDR), con alta sensibilidad y especificidad, buscan mejorar la calidad asistencial.

Objetivos: Evaluar la aplicabilidad de estas técnicas en consultas de pediatría de atención primaria (AP), evaluando tiempos de realización, costes así como satisfacción del usuario mediante encuesta.

Población y métodos: Se incluyeron 153 niños con los siguientes criterios diagnósticos según TDR: Certest® (norovirus, rotavirus, astrovirus, adenovirus en heces) en 49 niños con más de dos días de diarrea sin sangre; Inmunocap® (neumolárgenos) en 49 niños mayores de 3 años con broncoespasmo de repetición; Celiactest® (Inmunoglobulinas (Igs) A, Ig M, Ig G antitransglutaminasa) en 55 niños diagnosticados de celiaquía o familiares con genética positiva.

Resultados: Se emplearon una media con desviación (DS) de minutos por prueba: Inmunocap® 23,3 (DS 3,3), Celiactest® 17,3 (DS 3,1) y Certest® 12,6 (DS 1,5). El coste de Inmunocap® (25 euros) más consulta AP (73 euros); se compara con prick cutáneo en Hospital (consulta especializada 225 euros) o Ig E específica (56 euros) con resultados a los 16 días. Certest® (8 euros) se comparó con resultados de microbiología de virus y bacterias en heces a los 4 días (22 euros). Celiactest® (15 euros) se comparó con Igs antitransglutaminasa en sangre (20 euros + 140 euros de las Igs)(resultados a los 11 días) y ahorraría costes de tiempo y consulta hospitalaria, derivando solo aquellos con anticuerpos positivos (7,2% de los resultados). La satisfacción del usuario fue favorable en la percepción de las pruebas como no dolorosas (74%), rápidas (88%) o útiles (84%).

Conclusiones: La realización de Celiactest®, Inmunocap® o Certest® en AP es posible y evitaría consultas, desplazamientos hospitalarios, mejoraría su capacidad de resolución

y la satisfacción de los usuarios presuponiéndose un ahorro en costes directos e indirectos.

O-033

NUEVOS MARCADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN NIÑOS APARENTEMENTE SANOS SON DETECTADOS CON ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Osiniri Kippes, I.¹; Prats Puig, A.²; López Bermejo, A.³; Bassols, J.⁴; Riera, E.⁵

¹Clínica Bofill, Figueras, España; ²Departament de Fisioteràpia, Escola Universitària de la Salut i l'Esport (EUSES), Girona, GIRONA, España; ³Hospital Trueta, GIRONA, España; ⁴Instituto de Investigación Biomédica de Girona (IDIBGI), GIRONA, España; ⁵Clínica Bofill y CAP La Escala, GIRONA, España

El grosor de la íntima media de la carótida (GIMC) es un marcador conocido de aterosclerosis subclínica.

La grasa perirrenal (GPR) es el principal depósito de grasa visceral asociado con la GIMC en niños con sobrepeso y obesos.

La grasa epicárdica (GE), es un depósito de grasa metabólicamente activo entre la capa visceral del pericardio y el miocardio. El aumento de su grosor (GGE), es un nuevo marcador de riesgo cardiometabólico, porque participa en la patogénesis de la aterosclerosis.

Objetivos: Determinar si el GGE y GPR están relacionados con el GIMC en niños prepúberes.

Material y métodos: Se estudiaron 200 niños sanos de 8-10 años de edad que concurrieron al centro de salud. Se les realizó antropometría, analítica, ecografías y porcentaje de masa grasa corporal mediante impedanciometría.

Resultados: Para la población total (obesos N=74, normales N=126), el GGE se asoció positivamente con el peso, IMC, masa grasa, tensión arterial, HOMA-IR, triglicéridos ($p=0.035$ a $p<0.0001$), GPR ($p<0.0001$) y GIMC ($p<0.0001$).

En el análisis de regresión lineal el GGE y GPR, pero no el perímetro de cintura o la masa grasa corporal, se asociaron de manera independiente con el GIMC ($\beta=0.223$, $p=0.001$ y $\beta=0.290$, $p<0.0001$, respectivamente R^2 total=19,1%).

Conclusiones: El avance tecnológico en pediatría de atención primaria permitió visualizar precozmente la presencia de nuevos marcadores de riesgo cardiovascular (RCV) como la GE y visceral, establecer relaciones con el GIMC en aquellos niños con RCV en estadio preclínico.

Este estudio realizado en niños aparentemente sanos, demostró la presencia de al menos 3 marcadores de RCV pocos conocidos en la edad pediátrica y que además éstos son independientes de otros marcadores tradicionales utilizados en la consulta para medir la adiposidad corporal.

La prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares requieren una mejor identificación de los factores de riesgo cardiovascular desde la infancia.

O-034

EOSINOFILIA AISLADA EN ESCOLAR ASINTOMÁTICO

Márquez Rivera, M.; Cela Alvargonzález, J.; Domínguez Vega, M.E.; Díaz González, C.; Amundarain Beracoechea, J.P. Centro de Salud Aravaca, Madrid, España

Anamnesis: Niño de 6 años, asintomático, que en analítica sanguínea presenta eosinófilos totales de 1700/microlitro (μ L). Presenta dermatitis atópica leve y susceptibilidad genética para enfermedad celíaca (EC) (HLADQ2+/HLADQ8+). Los anticuerpos para EC son negativos.

Exploración clínica: Sin hallazgos, sin brote de dermatitis en el momento de la exploración.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se repite analítica sanguínea con eosinófilos de 2.200/ μ L. LDH, CK y serología, fueron normales. Coprocultivo, parásitos en heces, analítica de orina, ecografía abdominal y radiografía de tórax, fueron normales.

Al rehistoriar a los padres, indican que presenta dolor abdominal de un mes de evolución. Por tanto, a pesar de que los parásitos fueron negativos, se decide tratamiento empírico con mebendazol, no volviendo a presentar dolor abdominal y con control posterior de eosinófilos de 800/ μ L.

Conclusiones: La eosinofilia es el aumento del número total de eosinófilos por encima de 500/ μ L. Se clasifica en leve (500-1.500/ μ L), moderada (1.500-5.000/ μ L) y grave ($>5.000/\mu$ L). Puede ser primaria (neoplasia hematológica) o secundaria, que es la más frecuente. Dentro de éstas, la causa más frecuente en pediatría es la infección por parásitos, ya que las enfermedades alérgicas suelen cursar con eosinofilia leve que se resuelve con el control de la enfermedad. Cuando en una analítica encontramos eosinofilia $>1.500/\mu$ L, en la anamnesis se deben descartar causas secundarias como ingesta de fármacos, trastornos eosinofílicos gastrointestinales o viajes a países endémicos (orienta al tipo de parásito). Cuando se confirma la eosinofilia, se deben solicitar: función renal y hepática, coprocultivo y parásitos en heces, radiografía de tórax y citoquímico de orina. Si se confirma la eosinofilia moderada y se descarta otra causa secundaria, estaría indicado tratar con antiparasitario de forma empírica aunque la determinación de parásitos en heces haya sido negativa, dada la baja sensibilidad de dicha prueba.

O-035

ESTÁNDARES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LOS EQUIPOS DE PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Gatell Carbó, A.¹; Morales Hidalgo, V.¹; Pareja Rossell, C.²; Morral Parente, R.²; Alaminos Gámiz, A.¹; Masot Oller, E.¹

¹Equip Pediatría Territorial Alt Penedès-Garraf, Vilafranca del Penedès, España;

²Centre Corporatiu Institut Català de la Salut, Barcelona, España

Objeto del trabajo: Promover y mejorar la calidad y la seguridad del paciente son unas de las prioridades del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña y del Instituto Catalán de la Salud (ICS). Dentro de este marco, se ha elaborado el documento: *Modelo de Calidad y Seguridad del Paciente para los Equipos de Pediatría de Atención Primaria del ICS en Cataluña*. Se ha trabajado a partir del Modelo de Acreditación para los Equipos de Atención Primaria, inspirado en el modelo de excelencia europeo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM). No existe ningún modelo pediátrico, por lo que, se ha adaptado al territorio y a las características asistenciales que se presta a niños y a sus familias, en Cataluña.

Material y métodos: Se formó un grupo de trabajo representativo del territorio catalán y de los profesionales de

pediatría de atención primaria: 23 pediatras, 19 enfermería, 1 matrona, 9 administrativos, 1 odontóloga, 9 referentes de calidad, 1 auxiliar, 1 trabajadora social, 1 técnico en salud y 3 directivos. Total: 68 participantes.

Dinámica de trabajo: grupos de discusión en 6 sesiones plenarias mensuales presenciales y por correo electrónico. Para la inclusión o exclusión de estándares se exigió un 80% de consenso.

Resultados y conclusiones: El Modelo se estructuró en 9 criterios: Liderazgo, Estrategia, Gestión de las Personas, Alianzas y Recursos, Procesos Asistenciales, Resultados de la Personas, de los Clientes, de la Sociedad y Resultados Claves de Rendimiento. Todo, reflejado en 379 estándares.

En consenso y de manera multidisciplinar con un cronograma, desarrollamos el modelo de estándares pediátricos que se usará para acreditar en calidad y seguridad, a los equipos de pediatría den atención primaria del ICS en Cataluña.

O-036

LESIÓN SECUNDARIA A TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Márquez Rivera, M.; Domínguez Vega, M.E.;
Cela Alvargonzález, J.; Amundarain Beracoechea, J.P.;
Díaz González, C.
Centro de Salud Aravaca, Madrid, España

Anamnesis: Lactante de 13 meses traído al centro de salud por su madre tras palpar en la región parietal izquierda un “bulto blando”, no doloroso. Traumatismo craneoencefálico (TCE) de bajo riesgo 3 días antes, por el que no habían consultado. Es derivado a urgencias.

Exploración clínica: Buen estado general, contento, reactivo y vital. Fontanela cerrada. Colección de 6 x 7 cm en región parietal izquierda, no dolorosa, sin lesiones en piel supradistante. Fluctuante. Sin crepitación. Exploración neurológica normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza TC craneal sin contraste con diagnóstico de hematoma subgaleal parietal izquierdo, sin líneas de fractura ni alteraciones intracraneales. En el centro de salud se solicita analítica de sangre, descartándose coagulopatía.

Se pautó analgesia si dolor y vigilancia de signos de alarma. Acude al centro de salud a control a las 48 horas y a la semana, con completa resolución, sin complicaciones.

Conclusiones: El hematoma subgaleal se produce por rotura de las venas emisarias en el espacio comprendido entre la aponeurosis epicraneal y el periostio. Es una patología poco prevalente pero en la edad infantil está favorecida porque la galea está débilmente unida al cráneo. La etiología más frecuente es la traumática: en neonatos por parto instrumental y en lactantes y niños por pequeños traumatismos o maltrato. Otra causa menos frecuente son alteraciones de la coagulación. La clínica más frecuente es la tumefacción craneal progresiva con resolución espontánea en días-semanas. Puede no asociarse a herida abierta ni fractura de huesos del cráneo. Como complicaciones, destacar las oftalmológicas, cutáneas, hematológicas o respiratorias. El diagnóstico es clínico y la prueba de imagen de primera elección es la ecografía. En cuanto al manejo terapéutico está indicada la actitud expectante. Solo

si el tratamiento conservador fracasa, puede estar indicada la cirugía o aspiración.

GRUPO 7

O-037

APENDICITIS AGUDA NEONATAL: CASO CLÍNICO

Covas Esteva, A.; Armero, G.
Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat, España

Anamnesis: Neonata de 23 días de vida que acude por estancamiento ponderal. Embarazo controlado con ecografías normales. Parto eutócico, a término, con peso adecuado para edad gestacional (3.090 gramos). Cribado neonatal normal. Ingresada en UCI neonatal por retraso en la eliminación del meconio a las 48 horas de vida, que se resolvió tras enema rectal de suero fisiológico. Test del sudor negativo. Primeras semanas de vida con dificultad para realizar deposiciones (precisando estimulación rectal) y con estancamiento ponderal, por el que consultan. Peso en urgencias: 3.110 gramos. Afebril. Lactancia mixta.

Exploración clínica: Buen estado general. Normocoloreada y normohidratada. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias. Peristaltismo conservado. Fontanela normotensa.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza análisis de orina con sedimento patológico por lo que se orienta como infección de orina. Se cursa analítica (PCR 57 mg/l) y estudio de LCR (sin alteraciones), y se decide ingreso con Gentamicina. Finalmente, urocultivo negativo. En planta, presenta importante distensión abdominal y palidez cutánea, por lo que se realiza analítica con leucocitosis 23.100/mm³ y PCR 81 mg/l. Radiografía de abdomen con distensión de asas. Ecografía abdominal: Imagen de asa dentro de asa con final en dedo de guante en fosa iliaca derecha, que se identifica como apéndice cecal, con signos inflamatorios, orientándose como posible apendicitis aguda. Se inicia cefotaxima y metronidazol endovenosos. En laparoscopia exploradora, se halla plastrón apendicular muy importante junto con perforación a nivel de sigma, por lo que se decide resección con anastomosis de la zona afecta y apendicectomía. Se toman biopsias para descartar enfermedad de Hirschsprung.

Conclusiones: La apendicitis aguda neonatal es una enfermedad rara y potencialmente mortal dada su sintomatología inespecífica que retrasa el diagnóstico. Es importante tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de abdomen quirúrgico neonatal.

O-038

EPIDERMÓLISIS AMPOLLOSA: MANEJO DE LA PIEL DE MARIPOSA EN EL RECIÉN NACIDO

Sánchez Rodríguez, L.; Rey Noriega, C.; Dacosta Urbieto, A.I.;
Mandiá Rodríguez, N.; López Suárez, O.; Pérez Muñuzuri, A.;
Couce Pico, M.L.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,
Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Recién nacido que tras el nacimiento se aprecian lesiones erosivas en miembros inferiores que posteriormente se diseminan con formación de ampollas de gran tamaño afectando a ambos pies, manos, tórax y mucosa oral. Único antecedente de interés, pies zambos bilaterales en ecografía de 2 trimestre.

Exploración clínica: Datos morfológicos de recién nacido a término. Áreas de aplasia cutánea de predominio en pies con lesiones ampollosas que afectan a pies, manos y tórax. Erosiones a nivel de mucosa oral tipo aftas sin asociar lesiones periorificiales. Pie zambo bilateral. Resto de la exploración dentro de la normalidad.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: En primer lugar se estableció el diagnóstico diferencial entre infección por virus herpes, estafilodermia y epidermolisis ampollosa. Se hicieron cultivos y serologías de virus herpes 1 y 2 tanto en madre como paciente manteniéndose cobertura antibiótica (clindamicina y cloxacilina) hasta resultados negativos de cultivos. Para conseguir adecuado control del dolor se utilizó paracetamol, tramadol y perfusión de fentanilo. Tras descartar el origen infeccioso y establecer la sospecha diagnóstica de epidermolisis ampollosa el objetivo principal fue minimizar la formación de nuevas ampollas. Para ello, se realizaron curas bajo máxima asepsia, puncionando y vaciando las ampollas tensas, dejando el techo intacto y cubriéndose posteriormente con un vendaje. Se instruyó a los padres tanto en el manejo de las curas como en los cuidados del niño.

Conclusiones: Las epidermolisis ampollosas constituyen un grupo de enfermedades hereditarias poco frecuentes caracterizadas por una fragilidad excesiva de la piel a fuerzas de fricción. Las manifestaciones clínicas son variables, siendo el pronóstico en periodo neonatal más grave. El diagnóstico de confirmación se obtiene por biopsia cutánea, no recomendándose su realización antes de los 6 meses de vida. La prevención de formación de nuevas ampollas es la base para minimizar el impacto de las consecuencias de esta enfermedad.

O-039

RECÍEN NACIDO CON MICROCEFALIA Y LINFEDEMA

Ferrer Aliaga, N.; Alcón Grases, M.; García Castellanos, T.; Escribano Sanz, P.; Santiago Cortés, R.; Sala Fernández, L.; Marín Andrés, M.; Gutiérrez Sánchez, A.M.; Abenia Usón, P.; Gutiérrez Blasco, J.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Anamnesis: Antecedentes familiares: padre con coartación de aorta y hendidura velo palatina al nacimiento.

Antecedentes personales: Embarazó controlado inicialmente en Rumania, en nuestro centro Ecografías prenatales normales. A destacar recién nacido pretérmino moderado.

Exploración física: Al nacimiento microcefalia con sospecha de craneosinostosis, linfedema en ambos pies y fenotipo inusual.

Procedimientos diagnósticos: Realizado al ingreso TAC helicoidal, estudio genético no orientado (array CGH) y estudios metabólicos y microbiológicos. Contacto telefónico de su pediatra de Atención Primaria con Neonatología recomendando valoración por oftalmología ante sospecha del Síndrome

microcefalia linfedema y retinopatía. Detección de coriorretinopatía en paciente y madre.

En consultas reanamnesis y exploración física de progenitores con detección de clínica en madre compatible con el síndrome. Solicitud de exoma trío del paciente y progenitores con sospecha clínica. Resultado genético: detección en paciente y madre de delección en el gen KIF11 en heterocigosis, probablemente patogénica (no registrada previamente en pacientes afectados). Mutaciones en este gen se asocian con el síndrome descrito. En el contexto clínico se considera variante patogénica.

Síndrome con 113 individuos diagnosticados en todo el mundo y, genética compatible en 25 familias. Expresividad clínica variable que incluye fenotipo peculiar, microcefalia que suele asociar alteraciones en el desarrollo, alteraciones oculares y, linfedema.

Evolución clínica: Microcefalia (PC <-3DS), motricidad dentro de lo normal, signos sugestivos de afectación cognitiva a controlar. Atención compartida pobre con 17 meses. En seguimiento por Atención Temprana.

Conclusiones:

- Importancia de la anamnesis exhaustiva y exploración física de paciente y progenitores, reconociendo los signos guía y realizando una valoración de forma integral.
- Importancia de coordinación entre Atención Primaria y consulta especializada para optimización del manejo. En este caso, valoración Oftalmológica como primera línea.
- Importancia de un diagnóstico precoz, en nuestro caso con confirmación genética, que permite realizar un adecuado consejo genético y mejor abordaje.

O-040

REVISIÓN DE CASOS DE PATOLOGÍA CONGÉNITA OCULAR EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL (2000-2017)

Aguado Antón, R.; Arriola Rodríguez-Cabello, S.; González De La Rosa, A.; Gutiérrez Buendía, D.; Pastor Tudela, A.I.; Llorente Pelayo, S.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Objeto del trabajo: Revisar los casos de patología ocular congénita que ingresaron en neonatología de un hospital terciario desde 2000 a 2017.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en neonatología de un hospital de tercer nivel entre los años 2000 y 2017 que al alta presentaban uno o más diagnósticos de patología ocular congénita.

Resultados y conclusiones: 24 casos: 58% varones y 43% mujeres. Media de edad al diagnóstico 5,4 días; mediana 1,5 días. Incidencia anual variable: 0 y 3 casos / año en el periodo estudiado. En 20 casos el signo guía para el diagnóstico fue un signo ocular (leucocoria, coloboma, anoftalmia, microftalmia y opacidad corneal); en los otros 4 fueron signos o síntomas no oculares (rasgos dismórficos, hipotonía o apneas). 16 tienen un único diagnóstico de patología ocular congénita; 8 dos o más. Los diagnósticos fueron: 9 coloboma (7 unilateral/2 bilateral), 8 catarata congénita (3 unilateral/5 bilateral), 6 microftalmia (5 unilateral/1 bilateral), 2 anoftalmia unilateral, 2 glaucoma (1 unilateral/1 bilateral), 1 anomalía de Peters

bilateral, 1 desgarro de membrana de Descemet unilateral y 1 persistencia de vítreo primario unilateral. 13 casos asociaban otras anomalías o diagnósticos.

En nuestro medio los neonatos sanos son dados de alta entre las 48 y las 72 horas de vida. Se realiza una exploración ocular básica: visualización de estructuras externas y reflejo rojo. Se produjo retraso diagnóstico >72 horas en 7 casos (4 catarata congénita, 3 coloboma), no influyendo en ninguno en la evolución posterior.

Conclusiones: El rápido desarrollo de la visión en los primeros meses / años de vida y la vulnerabilidad de éste, hacen que el retraso diagnóstico de algunas patologías oculares conlleve en ocasiones graves secuelas irreversibles. Es importante realizar una exploración ocular minuciosa tanto al nacimiento como en las sucesivas revisiones del niño sano.

O-041

IMPRESIÓN 3D COMO NUEVO MÉTODO PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD DE JARABE DE ARCE

Picáns Leis, R.; González Fernández, L.; Sánchez-Pintos, P.; Giráldez, J.M.; Goyanes, Á.; Couce Pico, M.L.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,
Santiago de Compostela, España

Objeto del trabajo: Valorar la impresión 3D en la formulación de terapias farmacológicas individualizadas en pacientes con enfermedad de jarabe de arce (EJA).

Determinar la capacidad de esta terapia en un mejor control de los niveles medios de isoleucina, así como su aceptación por parte de la población estudiada.

Material y métodos: Estudio piloto, prospectivo, cruzado de una muestra de 4 pacientes (3-16 años), con dicha enfermedad. Realizado en el Hospital Clínico de Santiago de Compostela, referencia europea para esta patología. Duración 6 meses. Estudio aprobado por el Comité de Ética Local (2017/564).

Se determinaron niveles medios de isoleucina quincenales tras la administración de la formulación 3D y tras el tratamiento estándar, analizados a partir de una muestra de sangre seca, considerándose niveles óptimos entre 200-400 µM. Para valorar la aceptación de la fórmula, se empleó una escala con valores entre 5 (me encantó) y 1 (no me gustó).

Resultados y conclusiones: La media y mediana de los valores obtenidos con las formulaciones 3D fue 214,77 µM y 205,83 µM, respectivamente, mientras que, con cápsulas estándar, 181,64 µM y 175,34 µM. El rango intercuartílico fue menor en el tratamiento 3D. Todos los colores y sabores administrados (fresa, naranja, limón, plátano, coco, frambuesa) fueron consumidos y tolerados con éxito, con cierta predilección por el color naranja. La aceptación fue excelente.

La impresión 3D como forma de síntesis farmacológica, estudiada por primera vez en este análisis, se plantea como una muy buena y novedosa opción para mejorar la adherencia de terapias individualizadas, demostrando, en particular, gran aceptación y efectividad en el control de los niveles de isoleucina en EJA. Esto es aplicable a otras formulaciones.

O-042

MANIFESTACIONES ARTICULARES DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESINAL

Marín Andrés, M.; Sala Fernández, L.; Gutiérrez Sánchez, A.M.; Ferrer Aliaga, N.; Alcón Grases, M.; Miralbés Terraza, S.; Medrano San Ildefonso, M.
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Objeto del trabajo: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una enfermedad multisistémica, presentando hasta un 30% de los pacientes algún tipo de manifestación extraintestinal a lo largo de su evolución. Las más frecuentes son las osteoarticulares que pueden aparecer coincidiendo con el debut de la enfermedad o durante la evolución, pero también pueden preceder al inicio de la sintomatología digestiva.

Material y métodos: Se presentan los casos diagnosticados de EII que actualmente son controlados en Consulta de Reumatología Infantil de un hospital de tercer nivel.

Resultados y conclusiones: En total son controlados 13 pacientes afectos de EII que han presentado manifestaciones musculoesqueléticas, 9 diagnosticados de enfermedad de Crohn, 3 de colitis ulcerosa y 1 de colitis indeterminada. En 8 casos las manifestaciones aparecieron coincidentes cronológicamente con el debut de la enfermedad, en 3 durante la evolución (6 y 12 meses tras diagnóstico de EII) y en 2 precedieron a la clínica digestiva (8 y 18 meses previamente). 5 pacientes manifestaron oligoartritis periférica, 3 espondiloartritis y sacroileitis, 2 poliartritis, uno entesitis y uno artralgias. Otros síntomas extradigestivos frecuentes fueron las aftas recurrentes. El HLA B27 fue negativo en 9 casos de los 10 en los que se determinó. Ningún paciente mostró positividad en la determinación de anticuerpos ANA ni ANCA. Actualmente 9 niños siguen tratamientos biológicos (6 con Adalimumab, 2 con Infliximab y 1 con Ustekinumab).

La artritis es una manifestación frecuente de la EII. En ocasiones, cuando los síntomas articulares preceden a los digestivos, estos pacientes son erróneamente diagnosticados de otros procesos. Es importante tener presente la posibilidad de EII en pacientes con artritis que presentan sintomatología digestiva. De igual manera se debe interrogar sobre clínica digestiva a aquellos pacientes que presentan manifestaciones osteoarticulares mantenidas en el tiempo.

GRUPO 8

O-043

REVISIÓN DE CASOS: ACTUACIONES MÉDICO-LEGALES EN PEDIATRÍA

Ferrer Aliaga, N.; Alcón Grases, M.; García Castellanos, T.; Sala Fernández, L.; Marín Andrés, M.; Gutiérrez Sánchez, A.M.; Campos Calleja, C.; Gómez Barrera, V.; Royo Soria, B.; Broc Martínez, S.
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Objeto del trabajo: Revisión de casos de las Actuaciones Médico-Legales realizadas en nuestro hospital durante los años del 2016 al 2018.

Material y métodos: Revisamos 192 casos con motivo de consulta por agresión sin especificar, agresión física intrafami-

liar o negligencia intrafamiliar y/o diagnóstico de valoración medicolegal o examen por motivos medicolegales. Descartamos 33 casos. Analizando un total de 159 casos.

Edad media de los casos 10,2 años y distribución por sexo similar. La mayoría con prioridad IV. Gran parte por Maltrato y Abuso sexual Infantil. Resto por Bullying, Menor desamparado y otras situaciones. Algunos requirieron pruebas complementarias, ingreso, derivación a consultas especializadas o comunicación a las autoridades correspondientes.

Como criterios de evaluación: notificación a Servicios Sociales, realización de Parte al Juzgado, cumplimentación de la hoja de Maltrato Infantil y con quién acude el menor acompañado.

Revisamos las actuaciones que constaban tanto en el registro de Urgencias como las del registro de la Trabajadora social inclusive las notificaciones externas a Servicios Sociales desde otras esferas extrahospitalarias.

Analizamos la realización de las actuaciones necesarias en cada situación en concreto y Del seguimiento de estos pacientes tanto por Urgencias y las Trabajadoras Sociales de nuestro hospital como desde Atención Primaria, el Colegio, Servicio Sociales o a nivel Judicial.

Resultados: Notificación a la Trabajadora Social en 36%, cumplimentación de hoja de Maltrato Infantil en 47%, realización de Parte al Juzgado en 74% y constancia de acompañamiento del paciente en 85,5% de los casos. Estadísticas muy lejos de la excelencia y siendo similares a la revisión realizada en 2015 en este hospital.

Conclusiones:

- Importancia de un manejo interdisciplinar tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario.
- Importancia de una valoración integral del paciente y su entorno para una detección precoz y realización de una intervención temprana.
- Atención preferente en este tipo de situaciones.

O-044

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: UNA REALIDAD DESCONOCIDA

Aguilera Nieto, L.¹; Godoy Molina, E.¹; Rivera Cuello, M.²; Ledesma Albarrán, M.J.³; Espinosa De Los Monteros Álvarez, B.⁴; Urda Cardona, A.¹

¹Hospital Materno-Infantil, Málaga, España; ²Hospital Comarcal de la Axarquía, Vélez, España; ³Centro de Salud Las Delicias, Málaga, España;

⁴Médicos del Mundo, Málaga, España

Objeto de trabajo: La mutilación genital femenina (MGF) es una práctica tradicional en múltiples culturas. Debido a movimientos migratorios, España es zona residencia de grupos practicantes. Su manejo debe ser multidisciplinar, siendo fundamental el conocimiento por parte de los profesionales de la magnitud del problema y protocolos de detección y abordaje, tanto a nivel de Atención Primaria como hospitalario. Nuestro objetivo es evaluar el nivel de conocimiento sobre ésta práctica de profesionales sanitarios y trabajadores sociales en contacto con población en riesgo.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal mediante realización de encuestas sobre MGF a profesiona-

les sanitarios dedicados a pediatría, ginecología/obstetricia, medicina de familia, enfermería o trabajo social.

Resultados y conclusiones: Se obtienen 161 encuestas. El 98,8% refiere saber qué es MGF, respondiendo correctamente a su definición un 52,8%. Respecto a países donde se practica, Nigeria fue el más referido (72%), a diferencia de Egipto (28,6%) o India (21,1%). Un 10,6% marcó España como país donde se practica. Un 74,5% refiere no tener conocimiento sobre protocolos en MGF, el 83,9% no ha recibido formación. Entre pediatras/médicos de atención primaria, un 36% conoce la existencia de protocolos y un 24% ha recibido formación. Respecto a residentes de pediatría, solo un 11% refiere conocer la legislación y en ninguno caso han recibido formación al respecto. La práctica totalidad de los encuestados refiere interés en esta problemática.

A pesar de que la MGF constituye un problema socio-sanitario grave en nuestro medio, existe un importante desconocimiento sobre la misma a nivel de los profesionales en contacto con población susceptible tanto de haber sufrido como de sufrir MGF. Por ello, es fundamental fomentar la formación de los profesionales, comenzando por Atención Primaria como pilar fundamental para la detección y seguimiento de las pacientes en riesgo, así como la mejora de protocolos y guías actuales.

O-045

DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA EN ATENCIÓN PRIMARIA. UTILIDAD DEL CUESTIONARIO M-CHAT

Gil-Vázquez, J.M.¹; Olmos, E.¹; Martínez, E.¹; Abrodos, D.¹; López, C.²; Mondéjar, A.²

¹CAP Gracia-Merinals, Sabadell, España; ²Consorci Hospitalari Parc Taulí. CAP Can Rull, Sabadell, España

Objeto del trabajo: Los trastornos del espectro autista (TEA) son alteraciones del neurodesarrollo, producidos por un desarrollo anormal del cerebro en la época prenatal y primeros años de vida. En la mayoría de casos la etiología es desconocida. A pesar de no existir un tratamiento curativo, es esencial un diagnóstico precoz para poder iniciar una intervención temprana, con el objetivo de mejorar el pronóstico de estos niños. Actualmente existen diferentes escalas de cribado para la evaluación de estos trastornos. Entre ellas destaca el M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers), que ha mostrado una buena sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de los TEA.

Material y métodos: Se realizó el cuestionario M-CHAT en la visita de control del niño sano de los 2 años en un grupo de niños de tres centros de salud de nuestro entorno. Pertenece a un entorno urbano y damos cobertura a una población de 7.584 niños menores de 15 años de los que 932 son menores de 2 años.

Resultados: El test M-CHAT se realizó en 102 infantes (52 niñas/50 niños). Un 29,4% no superaron algún ítem, y un 7,8% fallaron algún ítem crítico. Cumplieron criterios de derivación al Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CEDIAP), 6 niños (5,8%). En 3 de ellos (2,9%) se confirmó el diagnóstico de trastorno del espectro autista. Un 9,8% de

niños no superaron un ítem crítico o dos ítems no críticos, sin llegar a cumplir criterios de derivación.

Conclusiones: Es posible identificar los TEA precozmente, teniendo un alto índice de sospecha y utilizando diferentes cuestionarios validados como el M-CHAT.

El bajo coste, el escaso tiempo empleado, así como la simplicidad de los ítems, hacen que el M-CHAT constituya una buena herramienta de screening de los trastornos del espectro autista en atención primaria.

O-046

EPISODIOS PAROXÍSTICOS EN LACTANTE CON SÍNDROME PRADER WILLI. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE COMPLICACIONES EN PACIENTE SINDRÓMICO

Alcón Grases, M.; Ferrer Aliaga, N.; Sala Fernández, L.;

Gutiérrez Sánchez, A.M.; Marín Andrés, M.;

Castejón Ramírez, S.; Romagosa Sánchez-Monge, I.;

Fernández Romero, B.; Martínez Calvo, F.; Pérez Delgado, R.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Anamnesis: Lactante de 11 meses, diagnosticado de Síndrome Prader Willi, en estudio por episodios paroxísticos de cianosis peribucal, desconexión del medio, hipotonía y ausencia de esfuerzo de una semana de evolución. Aparición a diario, en un principio durante el sueño y posteriormente algún episodio aislado en vigilia, de menos de un minuto de duración todos ellos. Rápida recuperación tras estimulación, con hiporreactividad posterior. Ha presentado una bronquitis y gastroenteritis aguda intercurrentes, con persistencia de los episodios tras su resolución.

Retraso psicomotor, retraso del crecimiento y bronquitis de repetición como comorbilidades principales.

Exploración clínica: Fenotipo peculiar, ligera hipotonía axial y sobrepeso.

Sin alteraciones respecto a su exploración neurológica habitual, sedestación estable y sostén cefálico. Buena movilidad de extremidades y manipulación de objetos. Buen contacto.

No distrés respiratorio, auscultación cardiopulmonar normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza polisomnografía confirmatoria de síndrome apnea hipopnea del sueño (SAHOS) severo. Ante persistencia de episodios y de aparición en vigilia, se realiza TAC craneal que es normal y varios EEG con alteraciones inespecíficas.

Se orienta como SAHOS y se coloca CPAP nocturna. Ante persistencia a pesar de CPAP, se añade tratamiento con fármaco antiepiléptico presentando cese de las crisis a las 24 h de su inicio. Actualmente lleva un año con buen control clínico.

Conclusiones: Los pacientes sindrómicos son complejos en su seguimiento. El pediatra de atención primaria tiene un papel clave, que permite una visión global de la patología y de la integración en una rutina. Así como también su implicación en la prevención, el manejo y rápido reconocimiento de sus complicaciones, que a veces pueden ser coincidentes en el tiempo. En el Síndrome de Prader Willi por ejemplo, la epilepsia y el SAHOS son más frecuentes que en la población general y pueden tener una importante afectación en la calidad de vida del paciente.

O-047

SÍNDROME DE BARAKAT: CÓMO AFRONTAR A ESTE DESCONOCIDO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Acebes Puertas, R.¹; Arroyo Romo, M.T.²; Fierro Urturi, A.M.³; Sanz Fernández, M.³

¹Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España;

²Centro de Salud Valladolid Rural II, Valladolid, España;

³Centro de Salud Pisuegra, Valladolid, España

Anamnesis: Paciente de 7 años procedente de Colombia que presenta desde hace meses disminución de la audición.

2 /2. Embarazo, parto y período neonatal normales. Desarrollo psicomotor adecuado con ligero retraso del lenguaje. Ingresado por convulsiones afebriles a los 2 meses (en el contexto de hipoglucemia por vómitos) y a los 4 años (por hipocalcemia). Desde entonces toma calcio oral regularmente sin prescripción médica. No antecedente de otitis medias repetidas.

Exploración física: Buen estado general, de hidratación y nutrición. Pequeñas manchas rojas y descamativas, con una costra plateada en forma de lágrimas, en brazos, piernas y parte media del cuerpo compatibles con psoriasis guttata. Auscultación cardiopulmonar y abdomen normales. Fenotipo normal. Orofaringe y dentición sin anomalías. Extremidades simétricas y normales. Otoscopia y exploración neurológica normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Se realizó interconsulta a ORL: hipoacusia neurosensorial bilateral leve-moderada.
- Analítica sanguínea: Calcio total (7,8 mg/dl) y calcio iónico (3,9 mg/dl) disminuidos. PTH intacta baja (8,2 pg/ml). Fósforo elevado (7,6 mg/dl). Albúmina, pH, creatinina, magnesio y calcidiol normales.

Ante el hallazgo de hipoparatiroidismo (hipocalcemia, hiperfosforemia con PTH disminuida), se decide completar el estudio con:

- Ecografía renal: agenesia renal dcha.
 - Analítica urinaria: normal.
- Controles y tratamiento:
- Revisiones en Nefrología, ORL y Endocrinología.
 - Tratamiento de hipoparatiroidismo con calcio y calcitriol.

Conclusiones:

- Ante la asociación de hipoacusia, hipoparatiroidismo y nefropatía se sospechó un posible síndrome de Barakat o HDR, por lo cual se derivó para realizar estudio genético en el que se demostró la presencia de la mutación c.431 en el gen GATA3 (gen del actor transcripcional GATA3, localizado en el cromosoma 10p). El paciente era heterocigoto para la mencionada mutación.
- En Atención Primaria, ante la adecuada sospecha clínica y con pruebas de primer nivel, se puede llegar al diagnóstico en buen número de patologías.

O-048

PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO Y/O PALIATIVO PEDIÁTRICO. MANEJO MULTIDISCIPLINAR

Calvo Naharro, L.¹; Del Rey Vitó, S.¹; Fresneda, M.D.M.¹;

Gili, T.²; Gómez, G.²

¹CAP Terrassa EST, Terrassa, España;

²Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, España

Anamnesis: Niña prematura de 26,3 semanas fruto de una tercera gestación, gemelar, monocorial, biamniótica. Serologías negativas, Lues positiva correctamente tratada. Ductus venoso revertido en ambos fetos la semana 14. Transfusión feto-fetal grave que requiere tratamiento con resultado de óbito del feto donante. Amenaza de parto prematuro la semana 25 con maduración pulmonar. Durante el ingreso en la unidad neonatal realiza sepsis clínica con meningitis bacteriana, ventriculitis e hidrocefalia requiriendo válvula de derivación ventrículo-peritoneal. A los 20 meses precipitación accidental de un cuarto piso. Politraumatismo y traumatismo craneo-encefálico graves.

Exploración clínica: Fractura conminuta parietal izquierda con hundimiento (10mm), fractura femoral desplazada. Desviación de la mirada, nistagmus, pulgares incluidos (convulsiones), crisis diencefálicas, espasticidad.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Pruebas de imagen: lesión contuso-hemorrágica, hemorragias subaracnoidea y subdural fronto-parietal izquierdas, lesión axonal difusa.

Tratamiento: En fase aguda requiere craneotomía descompresiva y medidas para disminuir la hipertensión endo-

craneal, dadas las secuelas neurológicas graves al alta compatibles con estado vegetativo se decide adecuar el esfuerzo terapéutico y manejo multidisciplinar desde cuidados paliativos pediátricos, atención primaria (UBA pediátrica y trabajo social), estimulación precoz, neurología y traumatología pediátricas, realizándose un plan terapéutico individualizado (plan de curas avanzadas) con todos los profesionales de las unidades implicadas en su atención y consensuado con la familia.

Comentarios: El perfil de paciente pediátrico en la consulta de primaria está en continua evolución; además de la patología habitual se añaden el paciente crónico complejo pediátrico y paliativo debido a la mejoría en el manejo de enfermedades graves y crónicas como la prematuridad extrema, el cáncer infantil, etc., estos niños tienen una mayor supervivencia.

Este tipo de paciente requiere una mayor coordinación y trabajo en equipo entre la atención primaria y la hospitalaria. Apareciendo el concepto de medicina holística donde se trata no solo al paciente sino a todo su entorno familiar y social.

DEFENSA 1 – Jueves 17

PD-001

HEMATOMA DE TABIQUE NASAL POSTRAUMÁTICO

Cuesta Rodríguez, M.¹; Muñoz Caro, J.M.²;
Rodríguez Arias, J.P.²; Puente Sánchez, M.C.¹;
Orellana Díaz, I.¹; Pereira, I.¹; San José Hernando, M.D.¹;
Pérez Ferrer, P.¹; Casar Asuar, P.¹

¹Centro de Salud Colmenar Viejo sur, Madrid, España;

²Hospital La Paz, Madrid, España

Anamnesis: Niña de 8 años que acude por traumatismo nasal con balón hace 5 días, con nuevo golpe nasal tras caerse en el parque hacía menos de 24 h.

Exploración clínica: No presentaba dolor aparente. Edema de tabique nasal que ocluía ambas narinas, con dificultad para la respiración nasal. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Presentaba una temperatura axilar de 37 °C con faringe hiperémica.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realizó un test rápido de estreptococo negativo.

En la rinoscopia anterior se visualizaba engrosamiento del tabique nasal bilateral, de color ligeramente violáceo, que ocupaba prácticamente la totalidad de las narinas. Con el diagnóstico de sospecha de hematoma septal postraumático se deriva a la urgencia hospitalaria. Se completó el estudio con analítica sin alteraciones significativas. Se valoró por equipo de Cirugía Maxilofacial que, bajo anestesia general, realizó incisión en mucosa de septo bilateral con drenaje de hematoma y taponamiento bilateral. La evolución posterior fue favorable sin complicaciones.

Conclusiones: Los traumatismos nasales son un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria. Un pequeño porcentaje de estos traumatismos desarrollan hematomas septales. Esta complicación, si no se diagnostica y se trata precozmente, puede evolucionar a un absceso con peores consecuencias (como necrosis y posterior hundimiento del dorso nasal). Lo interesante de este caso es la imagen diagnóstica del hematoma del tabique nasal postraumático. Concluimos la necesidad de reexplorar los traumatismos nasales para que esta complicación no pase inadvertida.

PD-002

IRRITABILIDAD Y RECHAZO DE LA MARCHA EN LACTANTE DE 18 MESES

García Lorente, M.¹; López Torija, I.²; Tapia Gómez, A.M.¹;
Domínguez Cendal, G.¹; Romero García, C.¹; Sanz Rueda, L.¹;
Benito Clap, E.¹; Aparicio Fernández De Gatta, C.¹;
Morales Moreno, A.¹; Parra Rodríguez, A.¹

¹Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España;

²Hospital del Niño Jesús, Madrid, España

Anamnesis: Lactante de 18 meses acude a urgencias por herida en cuarto dedo de pie izquierdo de varios días de evolución. Refieren que ha pasado mal la noche, la encuentran

irritable y con rechazo de la marcha. Afebril en todo momento. No vómitos. No traumatismos previos. No otra sintomatología en el momento actual.

Exploración clínica: TEP disfunción SNC. Aceptable estado general. Bien hidratada, nutrida, perfundida. Normocoloreada de piel y mucosas. No exantemas ni petequias.

ACP normal. Abdomen sin hallazgos. Exploración de cadenas normales.

Exploración miembros inferiores: tumefacción, eritema y zona central violácea en región interfalángica de cuarto dedo de pie izquierdo. Presenta línea milimétrica sugerente de compresión. Se explora presentando pelo que se retira parcialmente con ayuda de una pinza. En zona plantar, presenta corte con pérdida de continuidad de tejido celular subcutáneo, que sangra con la retirada de pelo. No necrosis, con buena perfusión tisular.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se contacta con Dermatología Infantil y Cirugía Plástica. Se realiza sedoanalgesia con midazolam 1 mg/kg y ketamina 1,5 mg/kg sin incidencias. Se realiza cura por parte de Cirugía Plástica y ante la buena evolución clínica, se decide alta a domicilio con antibioterapia tópica y oral así como curas programadas en Centro de Salud.

Conclusiones: La estrangulación del dedo del pie ocurre con más frecuencia en menores de 6 meses, siendo la estrangulación de otras partes del cuerpo en niños más mayores. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, y el diagnóstico diferencial debe realizarse con otros tipos de constricción con hinchazón secundaria, ya sea traumatismo, picaduras, reacciones alérgicas, dermatitis o abscesos.

El manejo de un torniquete de pelo o hilo consiste en la eliminación inmediata de la constricción. Algunos autores recomiendan la aplicación de un agente químico depilatorio si se trata de una lesión superficial.

PD-003

LOS PELIGROS DEL LAVAVAJILLAS

García De Ribera, C.; Ruiz Labarga, C.; Paniagua Martínez, M.;
Palenzuela Ribote, M.; Bachiller Luque, R.
Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

Anamnesis: Se describen dos casos de niños de 6 y 9 años que, estando en la cocina de su casa, por caída accidental sobre la bandeja de cubiertos del lavavajillas abierta, presentan heridas incisas.

La niña de 6 años sufrió una herida en glúteo derecho tras caer accidentalmente sobre un cuchillo.

El niño de 9 años acudió con un tenedor clavado en la base del quinto dedo de mano izquierda.

Exploración clínica: La niña presentaba herida incisa de 5 cm de longitud, sin hematoma ni signos de infección.

El niño, tras retirar el objeto cortante, presentaba dos heridas incisas en el lateral de quinto dedo de mano izquierda, sin afectación neurovascular.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Ambos precisaron puntos de sutura y hemostasia local. En glúteo se practicaron siete puntos de sutura.

En base de quinto dedo, una de las dos heridas precisó dos puntos de sutura, la otra solo antisepsia.

Conclusiones: Los accidentes domésticos son muy frecuentes en pediatría, los más serios ocurren en la cocina. Los electrodomésticos son los causantes de la mayoría de estos incidentes.

Habitualmente los pediatras prevenimos a los padres sobre los peligros de la posible ingestión de detergente, pero quizás no informamos lo suficiente sobre los peligros que entraña un lavavajillas abierto en una cocina con niños.

Además, no en todas las instrucciones de uso de los lavavajillas se advierte del peligro que puede entrañar colocar los cubiertos con la parte cortante o punzante hacia arriba.

Por ello, dada la coincidencia de haber observado dos casos similares en nuestra consulta en un mes, pensamos que es importante que tanto el personal sanitario como los fabricantes de electrodomésticos alerten de los posibles peligros que se pueden dar en la manipulación de objetos cortantes al poner y quitar el lavavajillas si hay niños cerca.

PD-004

INTERPRETACIÓN DEL MANTOUX EN NIÑA PROCEDENTE DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL INTERPRETACIÓN DEL MANTOUX EN NIÑA PROCEDENTE DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL

Benegas Vaz, N.; González Carracedo, M.J.;
Silvero Enrique, V.P.; Portillo Márquez, M.;
Vaquerizo Vaquerizo, V.; Plácido Paías, R.;
Serrano Zamora, V.; Galiano Ávila, C.; Espejo Díaz, C.
Hospital de Mérida, Mérida, España

Anamnesis: Lactante de 19 meses de edad, procedente de Vietnam, residente en nuestro país desde hace tres semanas tras adopción. Desde atención primaria se inicia protocolo de estudio del niño inmigrante incluyendo prueba de tuberculina (PT). Desde primeras 24 horas de su administración, la induración es positiva (12mm) por lo que es derivada al hospital para despistaje de enfermedad tuberculosa. La niña no presenta fiebre, tos ni otra clínica asociada.

No se conocen antecedentes familiares ni enfermedades previas y no aporta calendario vacunal de país de origen.

Exploración clínica: Fallo de medro sin retraso del desarrollo psicomotor significativo. Auscultación pulmonar normal. No adenopatías patológicas. Destaca cicatriz en deltoides izquierdo sugestiva de estigma residual postvacunal por bacilo de Calmette-Guérin (BCG). Resto del examen físico sin hallazgos de interés.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Analítica general anodina. Radiografía de tórax: infiltrados perihiliares bilaterales inespecíficos.

Dada la corta edad y la sospecha de vacunación previa por BCG, se solicita cuantificación del Interferón gamma, como parte del estudio. Se completa protocolo con recogida de muestras de jugos gástricos para baciloscopia y cultivos.

Ante la ausencia de síntomas ni hallazgos radiológicos sugestivos de enfermedad tuberculosa pulmonar, y con baci-

loscofia negativa, se inicia profilaxis primaria con isoniacida oral, que es bien tolerada.

El resultado de IGRA ha resultado negativo, quedando pendiente los cultivos de jugos gástricos. El planteamiento será retirar la profilaxis tras conocerlos.

Conclusiones: En la valoración de inmigrantes o adoptados de países con alta prevalencia de tuberculosis, la PT se recomienda dentro del estudio de primer nivel. Clásicamente, la vacunación previa por BCG podía modificar la lectura e interpretación de la induración. Aunque hoy sabemos que éste antecedente es poco relevante, las nuevas técnicas de inmunodiagnóstico basadas en el interferón, están indicadas como prueba complementaria para incrementar la especificidad, reduciendo posibles interferencias.

PD-005

PANTOEA AGGLOMERANS COMO CAUSA DE ARTRITIS SÉPTICA TRAS PUNCIÓN VEGETAL

Peyra Ros, J.; Borja Lloret, A.; Arrevola Alonso, A.; Capurro, B.;
González Lucena, G.; Alier Fabregó, A.; López Segura, N.
Hospital del Mar, Barcelona, España

Anamnesis: Adolescente de 13 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor, inflamación e impotencia funcional de rodilla izquierda de 9 días de evolución, tras arañarse las piernas con unos zarzales estando en un campamento. Al inicio tuvo una determinación aislada de Tª axilar 39°C.

Exploración clínica: Presenta febrícula y tumefacción dolorosa de rodilla izquierda, con signos de derrame articular y limitación de la flexión a 90. Se observan erosiones superficiales en extremidades inferiores sin aspecto sobreinfectado.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Valorado por Traumatología, realiza artrocentesis obteniendo 70 ml con 47.520 células (84% polimorfonucleares), en tinción Gram no observan gérmenes, se cursa cultivo líquido articular. El análisis de sangre muestra proteína C reactiva 2 mg/dL, VSG 37 mm/h y leucocitos normales. Se orienta como artritis inflamatoria y se da de alta con ibuprofeno. Reconsulta a los 5 días, ese mismo día el cultivo articular resulta positivo a *Pantoea agglomerans*. La ecografía articular no identifica ningún cuerpo extraño. Se realiza artroscopia, extrayendo 20 ml de líquido sinovial turbio y 5 cuerpos extraños de aspecto vegetal, el de mayor tamaño de 8 mm de localización intercondílea. Tras 7 días de tratamiento con cefotaxima, es dado de alta con cotrimoxazol hasta completar 1 mes de tratamiento antibiótico, con buena evolución clínica.

Conclusiones: *Pantoea agglomerans* es una enterobacteria aislada en plantas. La artritis séptica por este germen es poco frecuente, se debe considerar en niños con monoartritis y antecedente de lesión articular penetrante de origen vegetal. Algunos autores reportan un retraso diagnóstico de semanas a meses, por baja virulencia y dificultad de crecer e identificar esta bacteria en los cultivos. Es importante saber que se trata de un bacilo Gram negativo al pautar tratamiento antibiótico empírico, y retirar los cuerpos extraños que hayan quedado dentro de la articulación para la recuperación completa.

PD-006

MYCOPLASMA PNEUMONIAE: MÁS ALLÁ DE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA

Cambrón Carmona, M.D.L.Á.; Alfonso Vaquero, J.;
Ruiz Vázquez, J.; Jiménez Tejada, L.; Del Castillo Navío, E.;
Rivas Medina, M.; Prieto Mayoral, Á.; Mangas Marín, I.J.;
Gutiérrez González, M.L.; Fernández Martínez, T.
Hospital Materno Infantil Badajoz, Badajoz, España

Introducción: *Mycoplasma pneumoniae* es el patógeno responsable de la mayoría de las neumonías atípicas que aparecen en la edad pediátrica. Además de la clínica respiratoria predominante, se han descrito otras formas de presentación, como exantemas polimorfos, cuadros neurológicos y hematológicos, causados por un mecanismo autoinmune. El término MIRM (*mycoplasma pneumoniae*-induced rash and mucositis) es una entidad recientemente descrita que engloba aquellos pacientes que presentan afectación mucocutánea debida a este agente. Se presentan dos pacientes con dicha entidad.

Caso clínico 1: Niño de 4 años que ingresa por fiebre y estomatitis de 4 días de evolución, acompañado de conjuntivitis purulenta. Antecedente de neumonía y estomatitis por *M. pneumoniae* 6 meses antes. Durante su hospitalización, aparece afectación de la mucosa oral, genital y conjuntival, detectándose anticuerpos IgM específicos positivos contra *M. pneumoniae*. Ante antecedente de dos cuadros similares, se realizó estudio de autoinmunidad resultando normal.

Caso clínico 2: Niña de 6 años que acude por edema facial y exantema maculopapular de características escarlatiformes. Inicialmente el exantema se descama en regiones perianal, peribucal y perinasal con signo de Nikolsky negativo, presentando posteriormente descamación de todos los pliegues y aparición de lesiones vesiculoampollosas que también se descaman. Inicia tratamiento antibiótico con betalactámicos ante la sospecha de síndrome de escaldadura estafilocócica variante escarlatiniforme. Ante la detección de anticuerpos IgM específicos contra *M. pneumoniae* se inicia tratamiento con macrólidos, presentando mejoría de las lesiones.

Conclusiones: La aparición de exantemas y/o afectación mucocutánea en el contexto de infecciones causadas por *Mycoplasma*, o coincidentes con éstas, es una manifestación relativamente frecuente, sobre todo en pacientes diagnosticados de neumonía. La antibioterapia empírica contra *M. pneumoniae* es una terapia efectiva inicialmente en dichos cuadros. Es importante considerar MIRM ante cuadros dermatológicos atípicos, sobre todo cuando asocian patología respiratoria.

PD-007

ABSCESO CEREBRAL SECUNDARIO A PANSINUSITIS AGUDA

Cambrón Carmona, M.D.L.Á.; De Peralta Alonso, M.G.;
Velázquez González, M.; Acero Cerro, C.V.; Bonilla Fornés, S.;
Jiménez Tejada, L.; Ruiz Vázquez, J.; Alfonso Vaquero, J.;
Del Castillo Navío, E.; Giménez Pando, J.
Hospital Materno Infantil Badajoz, Badajoz, España

Anamnesis: Niño de 13 años que consulta por cuadro de edema y eritema palpebral derecho de dos semanas de evolución, sin fiebre ni infección respiratoria superior ni signos de picadura visible. En tratamiento con corticoide y anti-

histamínico oral por sospecha de proceso alérgico, presenta empeoramiento clínico en las últimas 48 horas, con cefalea supraorbitaria derecha y fiebre. Se decide ingreso en su hospital de referencia para tratamiento antibiótico y corticoideo intravenoso, por sospecha de celulitis preseptal. A las 48 horas presenta sensación de adormecimiento de pierna izquierda y alteración de la marcha.

Exploración clínica: A la exploración presenta facies ade-noidea, inflamación palpebral derecha, con absceso en esta localización, así como limitación de la movilidad ocular por dolor. Asimismo, destacaba un Glasgow 14-15 puntos con leve hemiparesia e hipoestesia izquierda. El resto de exploración sistemática era normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Ante empeoramiento clínico a las 48 horas de instaurar tratamiento antibiótico se realiza RMN craneal en la que se objetiva absceso frontal derecho con edema perilesional y pansinusitis. Se realiza craneotomía frontal derecha con minilobectomía frontal y evacuación del absceso con su cápsula y vaciado de pus de celdillas y senos etmoidales mediante abordaje endoscópico. En el absceso se aísla *Streptococcus intermedius* multisensible, instaurándose tratamiento antibiótico intravenoso, corticoideo y antiepiléptico profiláctico durante tres semanas con evolución favorable.

Conclusiones: El absceso cerebral es un proceso poco frecuente en pediatría, en concordancia con las series de casos publicadas. Es una de las complicaciones de la sinusitis, siendo el seno frontoetmoidal el que con más frecuencia por contigüidad lo suele originar. Se debe sospechar ante la existencia de fiebre, cefalea prolongada y/o aparición de clínica neurológica, así como celulitis orbitaria en un paciente diagnosticado de sinusitis aguda. El tratamiento es multidisciplinar, requiriendo tratamiento médico y quirúrgico para su resolución.

PD-008

TIBOLA/DEBONELL. PRESENTACIÓN CLÍNICA DE RICKETTSIOSIS CADA VEZ MÁS FRECUENTE EN NUESTRO ENTORNO

Casademont Pou, R.M.¹; Vázquez, A.²; Martí, I.¹; Vique, C.¹;
Portella, A.¹; Pérez, J.¹; Farret, E.³

¹CAP Vallcarca-Sabte Gervasi, Barcelona, España; ²CAP Vallcarca, Barcelona, España; ³CAP Vallcarca-Sant Gervasi, Barcelona, España

Anamnesis: Niña de 5 años, con antecedente de PTI, que 4 días después de una excursión al campo se descubre una garrapata en cuero cabelludo. Por ello, acuden a urgencias donde se realiza extracción. A los 9 días inicia fiebre de 38,5°C. En urgencias de nuevo y ante lesión de aspecto impetiginizado, se le pauta amoxi-clavulámico. Por la persistencia de la fiebre al tercer día junto con náuseas y deposiciones de menor consistencia, acuden a nuestro centro

Exploración clínica: 38,5°C. Se observa escara en cuero cabelludo de 2 cm de diámetro con costra oscura y secreción melicérica. Se palpan varias adenopatías laterocervicales bilaterales y dolorosas, de más de 1 cm de diámetro. Se observan algunas petequias en extremidades inferiores. El resto de la exploración es normal sin exantema ni meningismo ni artralgias. Se remite al Hospital Vall d'Hebron para completar estudio enfermedad transmitida por garrapata.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Hemograma: Plaquetas 103.000, leve leucopenia, PCR 0,48. Serología a rickettsia conorii negativa. Se cursó PCR de la escara a rickettsia eslovaca (pendiente de resultado). Se inicia tratamiento con azitromicina 200 mg. cada día durante 7 días.

Conclusiones: Las rickettsiosis son zoonosis de distribución mundial. Su incidencia global es baja pero en los últimos años estamos viendo casos en Atención Primaria que no se corresponden a la Fiebre Botanosa Mediterránea, enfermedad endémica en la Cuenca del mediterráneo y más conocida en nuestro entorno. Queremos poner de manifiesto la nueva forma emergente de presentación TIBOLA/DEBONELL cuyo diagnóstico, al ser básicamente clínico, podemos orientar fácilmente desde la Atención Primaria.

PD-009

MUCOSITIS INDUCIDA POR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*, A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez Arce, A.; Álvarez Álvarez, C.; Santos Lorente, C.; Aguado Antón, R.; Fernández Calderón, L.; Pérez González, D.; Buendía De Guezala, A.; Justel Rodríguez, M.; Ansó Mota, M.; Peñalba Citores, A.C.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Anamnesis: Presentamos el caso de un paciente de 9 años sin antecedentes de interés con cuadro de 3 días de evolución de lesiones en mucosa orofaríngea, fiebre, síntomas catarrales e hiperemia conjuntival.

Exploración: En la exploración física presenta afectación del estado general, roncus dispersos en ambos campos pulmonares, hiperemia y secreción conjuntival bilateral y múltiples lesiones ulcerosas confluentes con componente pseudomembranoso en mucosa yugal, labial y paladar, dolorosas y que limitan la apertura oral.

Procedimientos: Se realiza estudio diagnóstico con analítica sanguínea, presentando leve leucocitosis con neutrofilia, bioquímica anodina salvo PCR 2,4 mg/dL y VSG 13 mm, Radiografía de tórax en la que se objetiva neumonía del segmento basal posterior izquierdo y serologías de Herpes y *Mycoplasma*, frotis conjuntival y hemocultivo.

Se inicia tratamiento de soporte con sueroterapia endovenosa, curas locales y analgesia, y antibioterapia tópica y endovenosa con Amoxicilina-clavulánico ante impresión inicial de gingivoestomatitis herpética con sobreinfección. Al 4 día, empeoramiento del estado general, persiste fiebre y aparecen lesiones en glándula y clínica de esofagitis. Ante sospecha de infección por *Mycoplasma pneumoniae* se inicia tratamiento con Azitromicina. Posteriormente buena evolución, con desaparición progresiva de la afectación mucosa y la fiebre, siendo dado de alta a los 10 días, con resultado de serología IgM positiva para *Mycoplasma pneumoniae*.

Conclusiones: *Mycoplasma pneumoniae* es una causa frecuente de neumonía atípica en niños y adolescentes. En un 25% de los casos puede asociar manifestaciones extrapulmonares, entre ellas cutáneas, destacando el Síndrome de Stevens-Johnson (7%). Recientemente se ha identificado una nueva entidad clínica de afectación mucocutánea denominada MIRM (*Mycoplasma-induced rash and mucositis*), caracterizada por la aparición de mucositis severa en 2 o más localizaciones, aislada o con

mínima afectación cutánea, en el contexto de una infección respiratoria por *Mycoplasma pneumoniae*. Tiene un pronóstico bueno, presentando la mayoría de pacientes una recuperación completa y sin recidivas.

PD-010

LESIONES CUTÁNEAS: CELULITIS VS ERITEMA NODOSO

Terol Barrero, P.J.; Iñigo Gil, J.; Mimbrero Gutiérrez, V.
Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla, España

El eritema nodoso (EN), se caracteriza por lesiones cutáneas nodulares, eritematosas, calientes y dolorosas; localizadas preferentemente en región pretibial. Hasta en un 50% de los casos la causa es desconocida, pero puede asociarse a infecciones, medicamentos, enfermedades autoinmunes y neoplasias.

Anamnesis y exploración clínica: Varón de 10 años con síndrome de Down que acude a su Centro de Salud por lesiones cutáneas pretibiales, eritematosas, con aumento de temperatura, según refieren secundarias a picaduras de insecto, afebril. Inician tratamiento con antihistamínico y corticoide tópico. A las 48 horas las lesiones aumentan de tamaño y se deriva a urgencias hospitalarias, donde objetivan una placa de 8 cm pretibial anterior, realizando juicio clínico de celulitis y prescribiéndose antibiótico oral y tópico. Tras 48 horas, el paciente reconsulta en urgencias por falta de mejoría y fiebre, objetivando nuevas lesiones cutáneas, con aumento de temperatura, coloración eritemato-violácea y dolorosas, de localización pretibial bilateral y brazos. Realizándose el juicio clínico de eritema nodoso, se indica reposo y antiinflamatorios.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Hemograma (leucocitosis con neutrofilia), con elevación de PCR, proteína amiloide sérica y ferritina. Radiografía de tórax normal. Ecografía de las lesiones: aumento difuso de ecogenicidad del tejido celular subcutáneo de la cara anterior de ambas piernas, con cambios edematosos/inflamatorios inespecíficos. Exudado faríngeo flora orofaríngea. Mantoux 0 mm de induración y Quantiferon negativo. Serología a Bartonella, Fiebre Q, Hepatitis B, Neumonía, Parvovirus, Rickettsias: IgM positiva M, *pneumoniae*. Se añade azitromicina, con evolución posterior favorable con desaparición de las lesiones y normalización de los parámetros analíticos.

Conclusiones: Es importante conocer la presentación clínica del EN para no confundirlo con otras patologías y así realizar correcto estudio etiológico y tratamiento. Concretamente, este caso tuvo una evolución favorable con reposo y antiinflamatorio y la asociación de azitromicina al presentar serología IgM positiva a *M. pneumoniae*.

DEFENSA 2 – Jueves 17

PD-011

GASTROENTERITIS AGUDA EN PEDIATRÍA: CUÁNDO SOSPECHAR UN SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO

Jiménez Fernández, A.; Lucas Escalante, C.; Pérez González, E.; Cantos Pastor, V.; Agámez Luengas, S.N.
Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla, España

Anamnesis: Preescolar de 14 meses, sin antecedentes patológicos de interés, que acude al servicio de urgencias por

síndrome febril de 5 días de evolución, pico máximo en las últimas horas, deposiciones líquidas con restos hemáticos, vómitos de contenido alimentario y disminución de la diuresis.

Exploración clínica: Presentaba afectación del estado general con palidez marcada de piel y mucosas. Resto sin hallazgos patológicos.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realizó EAB capilar con resultado normal excepto un valor de hemoglobina de 7,5 g/dL. Se solicita analítica urgente que confirma anemia, plaquetopenia y coagulopatía, junto con esquistocitos en frotis de sangre periférica. Se constataba además un fracaso renal agudo con aumento de bilirrubina indirecta y elevación de las transaminasas. Ante la sospecha de síndrome hemolítico-urémico típico secundario a gastroenteritis enteroinvasiva, se decide ingreso en planta de hospitalización para tratamiento y estudio. De forma inicial se realiza Coprocultivo con estudio de toxinas enterohemorrágicas en heces, control estrecho de constantes y de diuresis que precisa sondaje vesical permanente. Se decide inicio de antibioterapia empírica endovenosa.

Durante su ingreso precisa transfusión hemática por anemia sintomática, con mejoría progresiva del estado general, normalización de función renal y de cifras de hemoglobina y plaquetas, confirmándose la existencia de toxina Shiga 1 y 2 en heces. Permanece ingresado durante nueve días hasta su completa recuperación, recibiendo alta domiciliaria sin precisar tratamiento con controles en consulta de Nefrología pediátrica.

Conclusiones: El Síndrome Hemolítico-Urémico es una complicación infrecuente que es necesario sospechar ante un cuadro de gastroenteritis con palidez cutáneomucosa y disminución de la diuresis dada su gravedad pues a pesar de alcanzar la recuperación completa del filtrado glomerular tras fase aguda, hasta un tercio de pacientes pueden desarrollar hipertensión arterial, proteinuria e insuficiencia renal crónica llegando a insuficiencia renal terminar hasta el 10% de los casos, con tasas de mortalidad del 5%.

PD-012

COMPLICACIÓN GRAVE DE LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA. EL ABSCESO RETROFARÍNGEO

Lucas Escalante, C.¹; Jiménez Fernández, A.¹; Terol Barrero, P.J.¹; Escalante Linares, A.M.²; Cano Cabrera, M.¹; López Moreira, O.¹; Cabello Gómez, S.¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla, España;

²Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, España

Anamnesis: Niño de 4 años que consulta por fiebre, otalgia derecha y dolor cervical de 24 horas de evolución. Vacunación correcta según calendario andaluz. Sin antecedentes personales de interés.

Exploración clínica: Exploración a su llegada a urgencias: aceptable estado general, rigidez cervical con dolor a la movilización, rinolalia y sialorrea. Imposibilidad para visualizar orofaringe y amígdalas, dada la inflamación de los pilares anteriores.

Exploración por parte de ORL: amígdalas hipertróficas e hiperémicas con exudado bilateral. Diagnóstico: faringoamigdalitis aguda.

Exploración tras 12 horas de ingreso: persiste rigidez cervical llamativa y postura antiálgica con flexión cervical, sin movilización espontánea del cuello y petequias generalizadas.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Rx L de cuello: aumento del espacio retrofaríngeo y pseudoluxación de C2-C3.

TC de cuello: Absceso retrofaríngeo de 6 x 1 cm de tamaño, que entra en íntimo contacto con la vaina de la ACI derecha.

A su ingreso se inicia antibioterapia intravenosa con Amoxicilina-clavulánico. Tras diagnóstico de absceso retrofaríngeo se cambia antibioterapia intravenosa a cefotaxima y clindamicina.

Se contacta con ORL: se indica intervención urgente para drenaje del absceso y amigdalectomía.

En los días siguientes el paciente tiene una evolución favorable. Se realiza Rx cervical de control previa al alta, corrección de la pseudoluxación y normalización del espacio retrofaríngeo.

Conclusiones: La faringoamigdalitis aguda bacteriana es una patología frecuente causada principalmente por *Streptococo pyogenes*. Pueden darse complicaciones en el 1-2% de los pacientes, como es el absceso retrofaríngeo. Esta patología es infrecuente pero potencialmente grave y tiene una tasa de mortalidad alta que actualmente va en descenso gracias a la detección precoz. Tienen alta tasa de sospecha las faringoamigdalitis que no evolucionan favorablemente. Aunque la clínica es variada, los síntomas de alarma son fiebre, tortícolis y dolor cervical. El diagnóstico precoz es fundamental en la resolución del cuadro.

PD-013

UN EXANTEMA PURPÚRICO DE DISTRIBUCIÓN PECILIAR

Martínez Calvo, F.F.; Jiménez Fernández, A.; Miralbés Terraza, S.; Santiago Cortés, R.; Romagosa Sánchez-Monge, I.; Ferrer Aliaga, N.; Alcón Grases, M.; García Castellanos, T.; Monge Galindo, L.; Ubalde Sáinz, E.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Anamnesis: Niña de 12 años que presenta exantema pruriginoso generalizado, inicialmente eritodérmico y posteriormente pápulo-purpúrico. Coincidiendo con el exantema, inicia fiebre hasta 40,4°C durante 5 días. Dermatitis atópica. Madre con eritrodermia 15 días antes del debut, varios casos de megalooeritema en compañeras del colegio de la hermana. No viajes recientes fuera de España ni visitas al medio rural. Contacto frecuente con perro doméstico.

Exploración clínica: Buen estado general. Piel eritematosa y caliente en tronco, pliegues inguinales, región pretibial, pliegues axilares, cara interna de brazos, dorso. Petequias en región poplitea y dorso de pies. Lesiones tumefactas, sobre-elevadas, violáceas de unos 2 cm de diámetro localizadas en región cubital de muñeca derecha y región mandibular izquierda atribuidas a picadura de insecto. Posteriormente el exantema evoluciona a lesiones papulosas purpúricas en tobillos, fosas antecubitales y dorso de pies con equimosis. Dos pequeñas aftas orales dolorosas autolimitadas. Eritema

purpúrico “rasposo” en tronco, progresión centrífuga con extensión a facies. Resto de exploración por aparatos sin hallazgos.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Complemento: C3 sérico 54,8 mg/dl, C4 sérico 6,37 mg/dl. Anticuerpos antinucleares negativos, anticuerpos anti-nDNA 82,60 UI/ml. Normalización de parámetros en controles analíticos posteriores.

Serologías a las 48 horas del debut: IgM Parvovirus B19: negativo, IgG Parvovirus B19: negativo. Control a los 7 días: IgM Parvovirus B19: positivo, IgG Parvovirus B19: positivo, IgM *M. pneumoniae* positivo.

Biopsia cutánea: Dermatitis perivascular e intersticial compatible con exantema en guante y calcetín por Parvovirus B19.

Conclusiones: El síndrome pápulo-purpúrico en guante y calcetín es una dermatosis infecciosa poco frecuente, benigna y autolimitada. Requiere una elevada sospecha clínica y su agente etiológico más frecuente es el Parvovirus B19. Existen casos atípicos con púrpura en otras localizaciones, sin cumplir la distribución característica en guante y calcetín de forma simétrica o con mayor componente de eritrodermia, como el caso que nos ocupa.

PD-014

ERITEMA MULTIFORME Y *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*

Pérez Hernández, A.¹; Pérez Hernández, P.²;
Álvarez Triano, M.¹; Calzada García-Mora, C.¹;
Benítez Moscoso, G.¹; Toledo Muñoz-Cobo, G.¹;
Torres Delgado, M.¹; Santos Martín, M.T.¹

¹Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España;

²Centro de Salud Don Manuel Leiva, Huelva, España

Niño de 6 años bien vacunado y sin antecedentes de interés, que acude a nuestra consulta por presentar fiebre de hasta 40 desde hace 24 horas asociado a odinofagia y lesiones en la piel pruriginosas. A la exploración se aprecia un exantema compuesto por lesiones papulosas urticariformes, formadas por dos anillos concéntricos, uno de coloración violácea y otro más pálida, con lesión central vesiculosa. Presenta una distribución simétrica de predominio en miembros inferiores, confluyente, Nikolsky negativo. En orofaringe se visualizan exudados pultáceos en ambas amígdalas con úvula desviada a la derecha, sin aftas orales. Labios fisurados. Se realiza Streptotest con resultado negativo, y cultivo de exudado faríngeo con crecimiento de flora habitual. Se realiza TAC detectándose flemón amigdalino. Ante la sospecha clínica de eritema multiforme menor, se extraen serologías con resultado positivo para IgM de *Mycoplasma Pneumoniae*, IgG negativo. Las lesiones se resolvieron tras 7 días de antibioterapia intravenosa, sin dejar lesiones cicatriciales. Posteriormente se confirmó la seroconversión del paciente.

El eritema multiforme es una reacción de la piel mediada inmunológicamente. Hasta en un 90% de los casos, el origen es una infección, siendo el Virus Herpes Simple (VHS) el más frecuente. Otros posibles agentes etiopatogénicos son virus (virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, virus varicela-zóster, hepatitis virales), bacterias (*Mycoplasma pneumoniae*, *S. pyogenes*, micobacterias), hongos o parásitos. En menor medida, aparece como consecuencia de tratamiento con

algunos antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos o anticonvulsivantes. Las lesiones suelen ser como las descritas en el paciente, que se autolimitan, y aparecen de forma episódica o recurrente.

- Destacamos la importancia de la anamnesis y la exploración básica detallada en la aproximación a un exantema.
- El *Mycoplasma Pneumoniae* es, tras el VHS, el agente infeccioso productor de eritema multiforme más frecuente
- El diagnóstico de eritema multiforme es clínico y su tratamiento es etiológico.

PD-015

OSTEOMIELITIS AGUDA COMO COMPLICACIÓN DE PROCESO CUTÁNEO LOCAL

Rodríguez Sánchez, C.; Fernández Fraga, P.;
González Bertolín, I.; Alcobendas Rueda, R.M.
Hospital La Paz, Madrid, España

Anamnesis: Niña de 6 años que acude por dolor en pie izquierdo. Refiere desde hace 5 días lesiones eccematosas pruriginosas en espacio interdigital entre tercer y cuarto dedo de pie izquierdo que se ha tratado con miconazol tópico con escasa mejoría. Refiere desde hace 48 horas eritema y edema doloroso locales progresivos con cojera, asociando desde hace 12 horas febrícula de hasta 37,6°C. No otra sintomatología referida. No antecedentes familiares ni personales de interés.

Exploración clínica: T^a 37,5°C. Escoriaciones y eccema agudo en región externa de tercer dedo de pie izquierdo, con inflamación del mismo hasta región media metatarsiana. Dolor a la palpación, con punto óseo doloroso intenso en extremo distal de tercer metatarso y a la movilización de articulación metatarso-falángica. No otras lesiones. Cojera antiálgica. Resto de exploración normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

Pruebas complementarias realizadas:

- Analítica: Velocidad de sedimentación globular 60 mm/h. Proteína C reactiva 63 mg/dl. Hemograma normal. No otras alteraciones.
- Hemocultivo: estéril.
- Radiografía: normal.

Se orienta como posible osteomielitis. Se inicia tratamiento empírico con amoxicilina-ácido clavulánico a 80 mg/kg/día oral. En seguimiento por Reumatología Infantil, se plantea realización de gammagrafía ósea para confirmación diagnóstica, que rechazan.

Conclusiones: En la osteomielitis aguda, la localización típica varía con la edad y puede tener repercusión en el crecimiento. Su aparición se ve predispuesta por diversos factores, como la presencia de heridas. La radiografía suele ser normal al inicio, requiriéndose confirmación mediante prueba de imagen (típicamente gammagrafía). El *S. aureus* es el microorganismo más frecuentemente relacionado a partir de los 4 años. En las guías actuales se indica tratamiento antibiótico intravenoso inicial hasta confirmar buena respuesta. Sin embargo, cada vez se publican más estudios que plantean tratamiento oral de entrada describiendo buenos resultados si no existen factores de riesgo y si es posible asegurar seguimiento ambulatorio.

PD-016

DIAGNÓSTICO DE MASTOCITOSIS CUTÁNEA TRAS ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA FRENTE A MENINGITIS B

Torres Narbona, M.; Belmonte Pombo, P.; Calleja Guadix, I.; Tenezaca Marcatoma, J.C.; Morillas Escobar, M.C.; Mendoza Tello, M.; Martínez Prieto, I.; Garrido Morell, N.
Centro de Salud Arroyo de la Vega, Alcobendas, España

Anamnesis: Lactante de 10 meses sin antecedentes de interés, acude al centro de salud a administración de primera dosis de vacuna frente a meningococo B (Bexero®). Presenta tras unas horas posteriores a la vacunación fiebre de hasta 39°C que cede con paracetamol. Por la mañana los padres ven que en zona adyacente al lugar de la inyección de la vacuna, en cara anterolateral de pierna izquierda, presenta una lesión cutánea con tumefacción y enrojecimiento, en el mismo lugar donde refieren que previamente presentaba desde el nacimiento una pequeña mancha pigmentada de milímetros de diámetro. Deciden acudir a dermatólogo privado.

Exploración clínica: Se objetiva, en cara anterolateral de pierna, papulonodular ovalada de aproximadamente un centímetro de tamaño, de consistencia elástica y color rosado, con superficie en forma de empedrado y levemente hiperpigmentada.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se biopsia la lesión con diagnóstico anatomopatológico de mastocitosis cutánea de bajo grado. Se pauta tratamiento con antihistamínico oral y corticoide tópico de alta potencia durante un mes, mejorando la lesión. Se deriva al Instituto de Estudios de Mastocitosis de Castilla-La Mancha (Toledo) para seguimiento y revisiones periódicas.

Conclusiones: La urticaria pigmentosa y el mastocitoma solitario son las formas más frecuentes de mastocitosis en los lactantes. Las lesiones suelen estar presentes al nacimiento, por lo que es importante el seguimiento de cualquier tipo de lesión en la piel de los recién nacidos. Nuestro paciente continuó su pauta de vacunación frente a meningococo B con dos dosis más adicionales sin presentar ningún efecto adverso posterior. No encontramos en la literatura ningún caso de reactivación de mastocitosis tras administración de vacuna frente a meningococo B. Los niños con mastocitosis deben seguir los programas habituales de vacunación. A veces se aconseja tratar con antihistamínicos durante 2-3 días por si apareciera fiebre que puede dar lugar a la activación de los mastocitos.

PD-017

MENSAJES PARA PROFESIONALES EN VACUNAS ANTIGRIPALES

Eiros Bouza, J.¹; Armentia, A.¹; Pérez Rubio, A.²; Martín Armentia, S.¹; Melero Guijarro, L.³; Llorente Sanz, B.²; Martín Armentia, B.¹; Eiros Bachiller, J.M.⁴; Bachiller Luque, R.⁵
¹Hospital Universitario "Río Hortega", Valladolid, España; ²Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España; ³Atención Primaria. Área de Salud de Sacyl de Palencia, Palencia, España; ⁴Hospital Universitario "La Princesa", Madrid, España; ⁵Centro de Salud "Pilarica-Circular", Valladolid, España

Objeto del trabajo: Elaborar un "cuerpo de conocimiento" científicamente contrastado en el ámbito de la gripe y de la vacunación antigripal dirigida a profesionales de la salud.

Difundir su contenido en el medio en el que se ejerce la Pediatría Comunitaria.

Material y métodos: Se ha realizado una búsqueda de contenidos teóricos en fuentes primarias y secundarias y una revisión de los mismos por profesionales de plantilla y en formación de la alergología, pediatría, microbiología, neumología, medicina preventiva y salud pública. Se ha procedido a la redacción de mensajes redactados en texto libre y se ha llevado a cabo su agrupación por secciones.

Resultados y conclusiones: Se ha publicado un libro (ISBN: 978-84-120129-0-3) con el título reflejado en la presente contribución "Mensajes para Profesionales en Vacunas Antigripales", Depósito Legal B-7398-2019, editado por Gráficas Montseny (Barcelona). Los mensajes se han clasificado en "La importancia de la gripe en Salud Pública (del 1 al 20), Vacunas antigripales (del 21 al 52), Habilidades en Comunicación de los sanitarios (del 53 al 69), Para saber más (del 70 al 100) y Bibliografía (76 referencias). Con criterio variable en cuanto al número (entre uno y tres) se han agrupado diferentes mensajes en torno a una ilustración gráfica original (con un total de 49). La difusión de contenidos de la temática asociada a la gripe y su prevención mediante vacunas puede representar un medio eficiente de cara a mejorar la asistencia prestada por los pediatras de atención comunitaria. De manera complementaria los profesionales sanitarios de diferentes perfiles se pueden beneficiar del material elaborado y utilizarlo en actividades de formación y divulgación a diversos colectivos. Esta iniciativa debiera ser expandida a diferentes países de nuestro entorno en los que la cultura vacunal sufra amenazas o se cuestione con argumentos que escapen al ámbito científico.

PD-018

PRIMER CASO DE CELULITIS ORBITARIA POR GEMELLA MORBILLORUM DESCRITO EN LA LITERATURA

Díaz Esteban, B.M.; Dacosta Urbieto, A.I.; González Fernández, L.; Picáns Leis, R.; Muy Pérez, A.E.; Prieto Gómez, I.; López Franco, M.; Rivero Calle, I.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Niña de 10 años, sin antecedentes de interés. Correctamente vacunada según calendario oficial, fuera de calendario ha recibido: Prevenar 7 y antirrotaviral. Acude a Urgencias por dolor y enrojecimiento ocular tras clínica los 7 días previos de rinorrea mucopurulenta y dolor a nivel frontal. Desde hace 3 días presenta además eritema leve del párpado superior derecho que ha ido progresando, asociando fiebre en las últimas 48 horas (máximo 39°C).

Exploración clínica: Leve afectación del estado general. Ojo derecho: Eritema y edema palpebral y periorbitario. Limitación a la abducción ocular, eritema conjuntival, quemosis en región externa, dolor a la movilización.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Hemograma y bioquímica: leucocitos 6.280/μL (neutrófilos 92,7%), resto sin alteraciones.
- Reactantes de fase aguda: PCR 17,99 mg/dL, Procalcitonina 55 ng/ml.
- TC craneal: sinusitis aguda maxilar derecha y etmoidal, absceso orbitario y celulitis orbitaria.

- Hemocultivo: *Gemella morbillorum*.
- Cultivo de pus: *Gemella morbillorum*, *Parvimonas micra* y *Dialister microaerophilus*.

A su ingreso se inició tratamiento empírico con Cefotaxima y Clindamicina. Se realizó intervención quirúrgica conjunta por parte del Servicio de Otorrinolaringología y Oftalmología para drenaje de seno y absceso orbitario. Ante el resultado del hemocultivo se realizó tratamiento antibiótico dirigido con Clindamicina y Vancomicina durante 10 días. Debido a evolución subóptima con persistencia de fiebre, se escaló a Meropenem con adecuada evolución posterior tras 7 días de tratamiento.

Conclusiones: *Gemella morbillorum* es un patógeno poco habitual, habiéndose descrito en la literatura casos de endocarditis, empiema, artritis séptica y abscesos cerebrales y hepáticos pero no como causa de celulitis orbitaria. Suele ser sensible a penicilina G y aminoglucósidos pero debido a la posibilidad de resistencias y a la presencia de otros anaerobios es necesario adecuar la antibioterapia en base a pruebas microbiológicas.

PD-019

PREESCOLAR CON DOLOR A PUNTA DE DEDO EN ESPALDA: LA IMPORTANCIA DEL DOLOR REFERIDO

Díaz Esteban, B.M.; Dacosta Urbieto, A.I.; González Fernández, L.; Muy Pérez, A.E.; Carreira Sande, N.; López Franco, M.; Crujeiras Martínez, V.; Martínón Torres, N.; Marco Martín, C.; Rivero Calle, I.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,
Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Preescolar de 4 años con cuadro de 3 días de evolución de dolor localizado en región dorsal a punta de dedo desencadenado con la deglución. Asoció fiebre al inicio del cuadro que cedió a las 24 horas.

Antecedentes personales: Alergia al huevo realizada inducción a la tolerancia oral con éxito. Hiperreactividad bronquial. Tratamiento domiciliario: Montelukast y Fluticasona inhalada.

Exploración clínica: Buen estado general, no lesiones labiales ni bucales. Orofaringe normocoloreada sin exudado. No dolor a la palpación de apófisis espinosas. Resto anodino.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Hemograma, bioquímica y reactantes sin alteraciones significativas. Radiografía de tórax y TC cervical sin alteraciones. Se realiza esofagoendoscopia ante la persistencia de disfagia absoluta, observando lesiones ulceradas y placas blanquecinas distribuidas de forma parchada a lo largo de todo el esófago, mayor afectación del cardias.

Biopsia esofágica positiva para virus herpes simple 1 (VHS1). Estudio inmunológico básico normal.

Ante este hallazgo se rehistoria a la familia que comenta la presencia de casos de herpes cutáneo en varios familiares por rama materna por lo que se solicita estudio genético (actualmente pendiente).

Tratamiento: se inició tratamiento empírico con Nistatina oral ante la sospecha inicial de esofagitis candidiásica y Omeprazol a doble dosis sin mejoría. Tras los resultados de la biopsia se pauta Aciclovir oral con resolución del cuadro.

Conclusiones:

1. El dolor de espalda puede ser una manifestación de enfermedad esofágica, sobre todo si coincide con la ingesta.
2. La esofagitis herpética es una entidad poco frecuente que se manifiesta como disfagia, odinofagia y dolor retroesternal intenso con o sin fiebre acompañante. Se produce por el VHS1 principalmente. No suele asociar aftas bucales. El diagnóstico se hace por endoscopia y toma de biopsias para estudio histológico y microbiológico.
3. A pesar de la evolución favorable, dado lo poco habitual del cuadro, es necesario descartar una posible inmunodeficiencia.

PD-020

MIRANDO MÁS ALLÁ DE LA ORINA EN EL FALLO DE MEDRO

Holgado Juan, C.¹; Holgado Juan, M.²; Esperón Gaitán, S.³; Carretero Oya, A.⁴; Bermúdez Maestre, I.⁵; Luna Del Pozo, L.⁶; Mata Castrillo, M.⁷

¹Consultorio Mentrída/Casarrubios, Mentrída/Casarrubios, España;
²Centro de Salud Illescas, Illescas, España; ³Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España; ⁴Centro de Salud Marques de la Valdavia, Alcobendas, España; ⁵Unidad Móvil de Emergencias Quintanar de la Orden, Quintanar de la Orden, España; ⁶Centro de Salud Torrijos, Torrijos, España; ⁷Centro de Salud La Puebla de Montalbán, La Puebla de Montalbán, España

Anamnesis: Lactante femenina de 12 meses que acude a consulta para control rutinario, en la antropometría presenta una talla en percentil 9 y un peso en percentil 5, en controles previos a los 6 meses se encontraba en percentiles 30 y 25 respectivamente. Ante el fallo de medro se interroga a la madre por estado general, procesos infecciosos, sintomatología digestiva, ritmo intestinal, hábitos alimentarios y sueño.

En la historia destaca proceso gastrointestinal a los 9 meses, en contexto epidémico familiar. Desde entonces alterna vómitos recurrentes con periodos asintomáticos coincidiendo con introducción de nuevos alimentos y texturas, deposiciones normales, mantiene lactancia materna.

Exploración clínica: La niña se muestra alegre y con buen desarrollo psicomotor. La exploración física es anodina.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se solicita estudio de orina, parásitos en heces, análisis de sangre incluyendo estudio de celiaquía y alergias alimentarias. Se reciben resultados con presencia de *Giardia Lamblia* en las 3 muestras procesadas. Tras tratamiento con metronidazol vía oral desaparecieron los vómitos y recuperó el percentil de peso en el primer mes.

Conclusiones: La *Giardia Lamblia* es el enteroparásito más frecuente en el mundo occidental, afecta a individuos de todas las edades, con una incidencia algo mayor en niños y de mayor relevancia ya que produce retraso en el crecimiento y síndrome malabsortivo. Es muy frecuente que la infección se presente de manera asintomática.

Ante un fallo de medro sin clínica específica solemos descartar en primer lugar una infección urinaria. Considerando la incidencia de *Giardia Lamblia* en población pediátrica y más aún si asiste a guardería así como la facilidad para la obtención de muestras consideramos de gran utilidad incluir el estudio de parásitos en el diagnóstico diferencial.

DEFENSA 3 – Jueves 17

PD-021

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: LA EPIDEMIA DE LA ADOLESCENCIA

Alegría Medina, C.I.; Seoane Cea, Á.; Díaz Martín, C.;
Batista González, C.; Domínguez López, S.;
Mejías González, E.V.; González Palau, A.; Roa Prieto, M.;
Ramos Santana, N.; Hernández Sanjuán, M.I.
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria,
Santa Cruz de Tenerife, España

Anamnesis: Adolescente mujer de 14 años, sin antecedentes de interés, con lesiones muco-cutáneas de 20 días de evolución. El cuadro se inicia con aftas orales que progresan hacia faringe y odinofagia que impide la tolerancia oral. Posteriormente aparecen lesiones ulcerativas en área genital con gran edema asociado. Refiere la presencia de lesiones cutáneas en manos y conjuntivitis bilateral no pruriginosa. Niega fiebre, artralgias u otra sintomatología sistémica. Afirma haber mantenido relaciones sexuales 6 meses antes con un varón de 16 años, sin lesiones genitales aparentes.

Exploración clínica: Regular estado general, fascies de dolor. Inyección conjuntival bilateral no supurativa. Presenta lesiones costrosas en labios, con múltiples lesiones ulcerativas en lengua y mucosa yugal. A la exploración genital destaca un edema marcado de labios mayores con excrecencia de la mucosa genital, vesículas milimétricas y úlceras genitales muy dolorosas. Asocia lesiones cutáneas eritematosas con aspecto en diana en manos, antebrazo y rodilla derechos.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se procede a la detección de ADN de Virus herpes simple (VHS) mediante técnica de PCR en úlceras oro-genitales. Se solicita serología en la que se detectan Ac IgM específico anti-VHS 1 y 2, sugiriendo seroconversión reciente. Despistaje para otras infecciones de transmisión sexual (ITS) negativo.

Ante la sospecha de primo-infección por VHS con eritema multiforme secundario, se inicia tratamiento antiviral con aciclovir endovenoso así como tratamiento sintomático hasta su mejoría.

Conclusiones: La infección por VHS es una ITS de elevada prevalencia, siendo la causa más frecuente de úlcera genital. El colectivo adolescente es más vulnerable frente a ITS por desconocimiento de las mismas. El pediatra de atención primaria tiene una posición privilegiada en la prevención de estas infecciones, que tan alta morbilidad producen. Para ello, es importante alcanzar un clima de confianza, empatía y respeto al adolescente para hablar de sexualidad y que nos exprese sus dudas.

PD-022

EDEMA LABIAL TRAS CONSUMO DE DROGAS

Borja Lloret, A.; Corberó Rivali, C.; Peyra Ros, J.;
Bonet Alcaina, M.; Ortigosa Gómez, S.
Hospital del Mar, Barcelona, España

Anamnesis: Adolescente mujer de 14 años de edad que consulta por edema y lesiones de labio inferior y lengua de unas 18 horas de evolución. A la anamnesis dirigida refiere ingesta la noche previa de alcohol, cánnabis y un compri-

mido de composición desconocida. Tras el consumo manifiesta haber notado una sensación extraña en la mandíbula unido a conducta impulsiva de mordedura de su labio inferior. Presenta como antecedente trastorno de déficit de atención e hiperactividad sin tratamiento farmacológico. No refiere alergias conocidas.

Exploración clínica: A la exploración presenta triángulo de evaluación pediátrica estable, con examen físico por aparatos normal, a excepción de edema marcado de labio inferior con alguna lesión ampollosa, bordes de lengua con lesiones blanquecinas que sugieren marca de los dientes y mácula de color marrón en la punta de la lengua.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: A su llegada se realiza análisis sanguíneo y tóxicos en orina que resultan positivos para cánnabis, cocaína, metanfetamina, anfetamina y 3,4-metilendioxitmetanfetamina (MDMA). Se decide iniciar prednisona oral con muy buena evolución considerando las lesiones como inflamatorias probablemente causadas por auto-mordeduras tras consumo de MDMA.

Discusión: El MDMA también conocido como éxtasis es una droga de abuso relativamente común entre los adolescentes, que produce euforia y reducción de sensación de fatiga. Se han descrito como efectos adversos más frecuentes el trismus (75%), bruxismo (65%), boca seca (99%), agitación y ansiedad. Ante pacientes adolescentes con lesiones en cavidad oral no explicadas se debe preguntar sobre consumo de drogas de uso recreativo ya que el MDMA puede producir lesiones mecánicas por mordedura debido probablemente a la sequedad bucal, trismus y bruxismo.

PD-023

HÁBITOS DIETÉTICOS DE LOS ADOLESCENTES DE UN BARRIO DE SEVILLA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Díaz-Cano Carmona, E.¹; Gallego Muñoz, M.¹; García Pérez, C.¹; Coronel Rodríguez, C.²; Guisado Rasco, M.³
¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;
²Centro de salud Amante Laffón, Sevilla, España;
³Centro de salud Mercedes Navarro, Sevilla, España

Objeto del trabajo: Según la Red Española de Investigación en Ejercicio Físico y Salud, más del 60% de los jóvenes españoles consumen aportes grasos excesivos, siendo hasta el 69% los que no realizan una dieta mediterránea adecuada. Estos hábitos y la calidad de los alimentos ingeridos se relacionan con la prevalencia de obesidad.

Nuestro objetivo es conocer estos datos en nuestra población.

Material y métodos: Este trabajo se ha realizado mediante la elaboración de una encuesta de 25 preguntas sobre hábitos de vida y salud en adolescentes.

La encuesta fue rellenada anónimamente por 99 alumnos de entre 13 y 15 años de 2 ESO de centros educativos de la zona básica de salud.

Resultados y conclusiones: De los 99 alumnos encuestados solo el 3,19% consumen más de 5 piezas de fruta al día. Respecto a las verduras, el 33,89% las consumen menos de tres veces a la semana. El consumo de pescados más habitual es 1-2 veces por semana, obteniendo esta respuesta en el 60,42%, mientras que la carne la consumen 3-5 veces a la semana

el 51,05%. Destaca el consumo de comida rápida, siendo el 82,29% los que la consumen todas las semanas, así como el 55,67% los que consumen dulces o chucherías con frecuencia.

Tras analizar los resultados y compararlo con la bibliografía publicada, destaca como conclusión fundamental la elevada frecuencia de consumo de comida rápida, que alcanza el 82,29%. La ingesta de este tipo de alimentos se relaciona con mayor ingesta calórica y grasa, empeorando los hábitos dietéticos de nuestros adolescentes. Preocupante también la escasa ingesta de frutas en la cantidad recomendada.

Diversos estudios refieren que las preferencias alimentarias se adquieren en función de los hábitos de los padres, por lo que las comidas regulares en familia y la intervención y educación sobre los padres ayudarían a mejorar la alimentación de nuestros jóvenes.

PD-024

HÁBITOS DEPORTIVOS ENTRE ADOLESCENTES DE UN BARRIO DE SEVILLA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Díaz-Cano Carmona, E.¹; Gallego Muñoz, M.¹; García Pérez, C.¹; Coronel Rodríguez, C.²; Guisado Rasco, M.³

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;

²Centro de salud Amante Laffón, Sevilla, España;

³Centro de salud Mercedes Navarro, Sevilla, España

Objeto del trabajo: Según la red EXERNET y el estudio EnKid más de la mitad de los jóvenes españoles (53%) realizan una actividad física escasa, siendo el 35% los que realizan menos de 3 horas de ejercicio físico a la semana. Entre los factores implicados destaca la baja autoestima, la falta de tiempo libre y la falta de interés.

Nuestro objetivo es conocer estos datos en nuestra población.

Material y métodos: Este trabajo se ha realizado mediante la elaboración de una encuesta de 25 preguntas sobre hábitos de vida y salud en adolescentes.

La encuesta fue rellenada anónimamente por 99 alumnos de entre 13 y 15 años de 2 ESO de centros educativos de la zona básica de salud.

Resultados y conclusiones: El 73,96% de los adolescentes encuestados realiza actividades deportivas, con una frecuencia entre 3 y 5 días a la semana en el 45,95% de los casos. Entre los motivos más habituales para realizar deporte se encuentran mejorar la forma física y los gustos, con un 22,84% y 23,35% respectivamente. Destaca el 13,20% de los encuestados que refiere realizarlo para adelgazar. Sin embargo, entre los que no realizan ejercicio físico, el 32,5% refiere que se debe a la falta de tiempo, siendo éste el motivo más frecuente. A destacar también el 22,5% que no lo realiza por pereza, y el 5% que declara no tener medios.

Analizando los datos obtenidos y comparando con la bibliografía publicada se concluye que aunque nuestros adolescentes declaran realizar ejercicio físico de manera habitual con una frecuencia ligeramente superior a la población nacional, los motivos que refieren para no realizar deporte son los mismos. Es fundamental identificar los factores implicados para poder así planificar las estrategias de intervención adecuadas que fomenten la práctica deportiva dado el importante impacto sobre la salud que ésta presenta.

PD-025

ANÁLISIS SOBRE EL USO DE INTERNET EN LA ADOLESCENCIA

Gallego Muñoz, M.D.C.¹; Díaz-Cano Carmona, E.¹; Bermejo Fernández, C.¹; Agudo Montore, P.¹; Sánchez Romero, M.Á.¹; Lobo Fernández, V.¹; Hidalgo Cruz, F.¹; Guisado Rasco, M.C.²; Coronel Rodríguez, C.³

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;

²Centro de Salud Mercedes Navarro, Sevilla, España;

³Centro de Salud Amante Laffón, Sevilla, España

Objeto del trabajo: En las últimas décadas, las nuevas tecnologías de la información y el acceso a Internet han pasado a ser un elemento fundamental en nuestra vida diaria. Sin embargo, este incuestionable avance tecnológico no está exento de problemas, puesto que en algunas personas se convierte en una verdadera "adicción", siendo los adolescentes uno de los grupos más vulnerables. De ahí surge nuestro trabajo, cuyo objetivo es evaluar el uso de Internet en un grupo de adolescentes.

Material y métodos: Realizamos una encuesta anónima compuesta por 8 ítems a 78 adolescentes de entre 12 y 14 años, alumnos de un Instituto de Educación Secundaria de Sevilla.

Resultados: La población analizada presentaba una distribución equitativa en cuanto al sexo.

Un 95% de los encuestados disponía de móvil con acceso a Internet, un 58% tenía ordenador portátil y un 61,5%, tableta. Con respecto a los lugares desde los que accedían a la red, resultaba llamativo que un 32% carecía de restricciones.

En cuanto a las redes sociales, el 90% usaba WhatsApp, el 63% Instagram, el 23% Snapchat y un escaso 6,5% no era usuario de ninguna.

El 33% de los adolescentes solía realizar compras online, de los cuáles un 31% se había sentido estafado en algún momento. El 22% lo usaba para conocer gente nueva.

Al preguntar por el tipo de escenas que habían visualizado en Internet, los resultados fueron los siguientes: 31% sexo, 29,5% violencia, 25,5% machismo, 16,5% racismo y 16,5% terrorismo.

Conclusiones: Los adolescentes de nuestra población tienen acceso a Internet desde múltiples dispositivos y, en muchas ocasiones, sin restricciones de ningún tipo, lo que puede interferir en su desarrollo personal y ocasionarles problemas de diversa índole. Debemos estar alerta como pediatras ante este tipo de situaciones y orientar en el buen uso de las nuevas tecnologías para evitarlas.

PD-026

ADOLESCENTES Y EDUCACIÓN SEXUAL

Liquete Arauzo, L.¹; Pérez Ruiz, E.²; Rodríguez Molinero, L.³;

Marugán De Miguelsanz, J.M.²; Suárez Rodríguez,

M.A.¹; Ugidos Gutiérrez, M.D.⁴; Tríguez García, M.⁴;

Álvarez Rodríguez, A.B.¹

¹CS La Palomera, León, España; ²Hospital Clínico Universitario,

Valladolid, España; ³Hospital Campo Grande, Valladolid, España;

⁴CS Eras del Bosque, Palencia, España

Introducción: En la familia se enseña Educación Sexual (ES), de forma voluntaria o no, desde el momento en el nacen los hijos. Las caricias, besos, prejuicios o vergüenzas marcan la

relación paterno-filiar y transmiten un modelo. Sin embargo, las cifras nacionales que estiman que el 25% de nuestros jóvenes tendrán una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) antes de los 18 años, cuestionan la ES que reciben nuestros adolescentes.

Objetivos: Conocer la frecuencia con la que se habla de ES en el medio familiar y si ésta sufre modificaciones en función de la figura de autoridad familiar.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de período. Muestra: 3.343 jóvenes de 13 a 18 años de una comunidad autónoma durante el curso escolar 2014-2015. Se estimó una proporción del 50% en las respuestas, margen de confianza del 95,5% y error en contraste bilateral del 1,7%. Gestión externa de los datos. SPSS v.15.

Resultados: El 29,6% de los adolescentes referían que en su casa se hablaba de ES con frecuencia frente al 50% que reseñaban que nunca. Se hablaba con mayor frecuencia de ES cuando la figura de autoridad familiar era el padre (36,1%) o eran ambos progenitores (26,6%). El sexo del joven no modificaba la frecuencia con la que recibían ES en su medio familiar [OR=0,09 (IC95:0,7-1,03)]. Los factores que determinaban recibir con menor frecuencia ES en el medio familiar eran tener una dinámica familiar deteriorada [OR=0,29; (IC95:0,2-0,3)], modelos familiares diferentes del nuclear y un mal estado de ánimo del joven [OR=0,44; (IC95:0,3-0,65)].

Conclusiones: La familia es el medio natural para que el joven reciba una ES adecuada que le permita tener unos hábitos sexuales saludables. Pero ¿saben enseñar ES los padres?

PD-027 USO Y ACCESIBILIDAD DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC) EN ADOLESCENTES

Del Rey Vitó, S.; Calvo Naharro, L.
CAP Terrassa EST, Terrassa, España

Objeto del trabajo: Conocer y describir el acceso y uso de las TIC en adolescentes de 2 ESO y su relación con otros factores para poder detectar problemas relacionados con un uso inadecuado.

A posteriori concienciar sobre el abuso de las TIC incidiendo en nuestra población de riesgo y elaborar una guía con buenas normas de uso para realizar una intervención y ver su efectividad.

Material y métodos: Realizamos una revisión bibliográfica actualizada del tema y seleccionamos una encuesta validada (estudio JOITIC) para pasar a alumnos de 2 ESO del instituto público de nuestra área de influencia y de un instituto concertado.

Estudio descriptivo transversal

Resultados y conclusiones: Realizamos 72 encuestas (36 centro público y 36 concertado).

Población: 26 niños y 46 niñas, edad: 13,41 años.

Hallamos una media de 0,7 asignaturas suspendidas el curso anterior, el 77,8% de los niños realizan al menos 1 actividad extraescolar.

El 82% juega diariamente con pantallas, el 30,5% de padres controlan el tipo de juego y el 37,5% el tiempo.

El 30,5% de los adolescentes usan de 1 a 2 horas al día el ordenador para actividades extracurriculares, en el 65,3% sin

control parental. El 66,7% tiene móvil propio antes de los 12 años, solo el 2,7% no lo tiene.

Los adolescentes forman parte de una generación que crece en un entorno en que el uso de TIC se ha vuelto imprescindible para comunicarse, interactuar y compartir información de todo tipo.

El acceso a nuevas tecnologías tiende a iniciarse cada vez de forma más precoz y su uso representa una parte importante del tiempo libre.

Es necesario realizar más estudios para conocer y comprender el uso que realizan de estas tecnologías y cómo éstas mediatizan sus relaciones interpersonales, analizando los factores que podrían estar relacionados y evaluando conductas que puedan resultar adictivas.

PD-028 ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON SÍNDROME DE WILLIAMS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Pueyo Agudo, E.; De Santiago García-Caro, E.;
Delicado Calderón, I.; García-Caro García, E.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

Anamnesis: Niña de 13 años con síndrome de Williams, emigrada desde Argentina hace 2 meses, que consulta por primera ocasión en su Centro de Salud para valoración y coordinación de abordaje multidisciplinar. Diagnosticada en país de origen de válvula aórtica bicúspide con insuficiencia leve; en tratamiento con Enalapril 1,5 mg/día. Aporta estudio funcional renal normal. Clínicamente asintomática, destaca hiperafectividad. Menarquia a los 11 años con ciclos irregulares, niega dismenorrea.

Exploración clínica: Constantes normales salvo tensión arterial en percentil 95. Fenotipo acorde a su patología de base. Buen estado general, pulsos normales. Soplo sistólico suave en borde esternal izquierdo. No masas ni visceromegalías. Tanner IV. Genitales femeninos normoconformados con himen íntegro.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se cumplimenta la anamnesis con esfera psicosocial. La madre (cuidadora habitual) se muestra receptiva a valoración por Salud Mental Infanto-Juvenil, refiere actitud hipersocial con ambos sexos sin discriminación de edad y con volubilidad afectiva marcada. Se introduce el tema de educación sexual y anticoncepción en este tipo de pacientes. La madre, inicialmente reacia, acepta planificar una cita con Ginecología. Se realiza analítica sanguínea (incluyendo eje gonadal) y ecografía abdomino-pélvica normales. Se ofrecen distintos métodos de planificación familiar y se consensua inicio de anticonceptivos orales.

Se deriva a Cardiología, Nefrología, Otorrinolaringología y Oftalmología de nuestro centro para despistaje de las comorbilidades asociadas a este síndrome.

Conclusiones: La sexualidad en adolescentes con síndrome de Williams debe tratarse conjuntamente con la familia, sanitarios y educadores, llegando a consensos sobre las medidas a tomar para modificar las diferentes conductas de riesgo, evitando así los embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual y abusos sexuales.

PD-029

DOLOR ABDOMINAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO TIPO I

González Fernández, L.; Pérez Rodríguez-Carmona, L.;

Picáns Leis, R.; Díaz Esteban, B.M.;

López Franco, M.M.; Carreira Sande, N.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,

Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Paciente de 5 años y 9 meses que consulta por dolor abdominal de 4 días de evolución, sin asociar vómitos, diarrea ni fiebre. Presenta edema escrotal en las 12 horas previas al momento de consulta.

Antecedentes personales: diagnosticado de angioedema hereditario tipo I mediante estudio analítico que confirma el déficit de C1 inhibidor y descenso basal de C4, asintomático hasta el momento.

Antecedentes familiares: madre, hermana de 17 años, tío y abuela maternos, diagnosticados de angioedema hereditario tipo I.

Exploración clínica: Abdomen blando y depresible, levemente distendido, dolor leve a la palpación en hipogastrio y en ambas fosas ilíacas, sin defensa. Edema escrotal bilateral, sin eritema, doloroso a la palpación. Testes en bolsa de consistencia y tamaño normales. No edemas a otros niveles. Orofaringe hiperémica, sin edema de úvula.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Hemograma, bioquímica y reactantes de fase aguda: normales.
- Ecografía abdominal: ligera cantidad de líquido libre intraabdominal de localización subhepática, en ambas goteras parietocólicas y pelvis. No se identifica claro engrosamiento parietal de asas intestinales.

Ante la sospecha de crisis aguda de angioedema, con edema abdominal y periférico en grado moderado, se decide administración de dosis de Icatibant de 10 mg vía subcutánea, objetivando mejoría clínica progresiva, con resolución del edema escrotal y dolor abdominal a las 48 horas el ingreso.

Conclusiones: Episodios de dolor abdominal, sin causa aparente y sobre todo si asocian edema a nivel abdominal y/o periférico, pueden ser la única manifestación de una crisis aguda de angioedema hereditario.

La presencia de antecedentes familiares contribuye a la sospecha diagnóstica, aunque también están descritos casos de mutación de novo.

El tratamiento clásico de dichas crisis es la administración de C1 inhibidor vía intravenosa. Recientemente, se ha aprobado en niños el uso de Icatibant subcutáneo.

PD-030

REACCIÓN ADVERSA ALIMENTARIA POCO CONOCIDA

Escribano Sanz, P.; Aliaga Mazas, Y.; Blasco Valero, C.;

Santiago Cortés, R.; Úbeda Trujillo, R.M.; Ferrer Aliaga, N.;

Fernández Romero, B.; Tormo Sempere, Y.; Alcón Grases, M.;

Romagosa Sánchez-Monge, I.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Anamnesis: Presento el caso de una niña de 12 años valorada en el Servicio de Urgencias por episodio de dolor abdominal, cefalea y un vómito a los pocos minutos de la ingesta de

un tataki de atún con salsa de soja en un restaurante asiático, junto con la aparición de un exantema pruriginoso generalizado. Previamente al episodio había practicado ejercicio físico. Antecedente personal de asma bronquial extrínseca y rinoconjuntivitis por sensibilización fundamental a gramíneas. No alergias alimentarias conocidas hasta la fecha. La paciente había ingerido atún y salsa de soja en otras ocasiones sin reacción posterior.

Exploración clínica: TEP estable. Tensión arterial y saturación de oxígeno adecuadas. No signos de dificultad respiratoria. No angioedema ni edema de úvula. Exantema macular eritematoso en cara, tronco superior y extremidades superiores. No otros hallazgos de interés.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: En Urgencias se administra una dosis de loratadina con gran mejoría del cuadro.

Se remite posteriormente a Unidad de Alergología Pediátrica donde se realizan tests cutáneos para anisakis, salsa de soja, atún y otros pescados que resultan negativos. Se plantea el diagnóstico diferencial entre una reacción alérgica, una hipersensibilidad al aditivo glutamato monosódico (síndrome del restaurante chino) o una reacción tóxica alimentaria por ingesta de atún mal conservado (escombroidosis).

Conclusiones: Las reacciones adversas alimentarias suceden habitualmente por mecanismos de hipersensibilidad inmuno mediados; no obstante, debemos tener en cuenta la posibilidad de otros cuadros menos frecuentes como las intoxicaciones. La evolución del cuadro clínico y la sintomatología en este caso son sugestivas de una escombroidosis, una intoxicación alimentaria por pescados escómbridos que se conservan en condiciones de refrigeración inadecuadas, de modo que proliferan las bacterias en su interior produciendo elevadas concentraciones de histamina, que es la responsable final del cuadro.

DEFENSA 4 – Jueves 17

PD-031

DUCTUS ARETERIOSO PERSISTENTE HEMODINÁMICAMENTE SIGNIFICATIVO

Basso Abad, B.; Romero Peguero, R.; Martín Fernández, R.;

Barrio Sacristán, R.; Sánchez Conejero, M.;

Gutiérrez Agujetas, M.; Cabello Anaya, M.C.;

Chamorro Vera, A.; Fernández Smersu, N.

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

Anamnesis: Antecedentes: Embarazo con controles normales y ecografías normales. CIR a partir de la semana 30 secundario a hipertensión gestacional. Parto: 37 semanas de edad gestacional, cesárea, resto sin incidencias.

Enfermedad actual: Recién nacido de bajo peso, presenta soplo continuo en borde infraclavicular izquierdo a las 51 horas de vida. ECG y TA en 4 miembros normales. Ecocardiograma: Ductus hemodinámicamente no significativo. A los 4 días de vida presenta dificultad respiratoria. Ingresa en UCIN.

Exploración clínica: Exploración al ingreso. Parámetros hemodinámicos normales. Distrés respiratorio. Auscultación: subcrepitanes generalizados y soplo descrito. Pulsos saltones. Resto sin hallazgos.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

Pruebas complementarias:

- Radiografía de tórax: infiltrado bilateral perihiliar.
- Ecocardiograma: ductus de 3 mm con shunt I-D. Dilatación de aurícula izquierda. Presenta parámetros de disfunción diastólica del ventrículo izquierdo. Robo diastólico en arterias abdominales y cerebrales.
- Hemograma y coagulación normales.
- Bioquímica: Pro-BNP 29.960 pg/ml.
- Gasometría: pCO₂: 63 mmHg; resto normal.

Evolución: Se inicia tratamiento con ibuprofeno. Ante fallo terapéutico se realiza un ciclo de tratamiento con paracetamol. Precisa furosemida y dopamina. Ante persistencia de clínica se traslada a nuestra unidad de referencia cardiológica para valorar necesidad tratamiento quirúrgico. En unidad de referencia se difiere intervención mientras tanto recibe tratamiento de insuficiencia cardiaca.

Juicio clínico: Ductus arterioso permeable (DAP) significativo.

Conclusiones: El ductus se cierra de forma fisiológica en las primeras horas de vida. Este cierre puede ser más tardío en algunos casos. (Prematuridad, sepsis, CIR...).

El tratamiento farmacológico se realiza en los casos clínica o hemodinámicamente significativos. El tratamiento farmacológico del DAP es controvertido.

En algunos casos el tratamiento es quirúrgico y éste a su vez, puede ser diferido. Es importante conocer esta patología y el tratamiento de la insuficiencia cardiaca, ya que mientras que se produce la intervención quirúrgica el paciente consultará en atención primaria.

PD-032

DIAGNÓSTICO DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN ESTUDIO POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO HALLAZGO CASUAL EN NIÑO ASINTOMÁTICO

Fernández Martínez, T.; Ramiro Mateos, L.; Ledesma Albarrán, M.; Mangas Marín, I.; Prieto Mayoral, Á.; Cambrón Carmona, M.D.L.Á.; Rivas Medina, M.; Gutiérrez González, M.; Ambrojo López, B.; Ruiz Vázquez, J.
Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud por su morbimortalidad no solo en adultos, también en la infancia, cuando frecuentemente es secundaria a enfermedad renal, endocrina y coartación de aorta.

La HTA esencial está aumentando con creciente prevalencia de obesidad infantil.

Debemos valorar diagnóstico tardío de cardiopatías congénitas, incluyendo en exploraciones sistemáticas siempre la palpación de pulsos y tensión arterial (TA).

Anamnesis, diagnóstico y terapéutica: Niño de 8 años sin antecedentes personales de interés que en control de salud presenta cifras de TA elevadas, 135/80 (p>99/p95/talla), soplo sistólico como único hallazgo en exploración.

Por este motivo se realiza ecografía de abdomen, analítica sanguínea con hemograma, perfil hepatorenal y bioquímica urinaria sin alteraciones.

Es derivado a Nefrología donde se confirma TA>p99/talla por método oscilométrico y auscultatorio; colocan

dispositivo de medición ambulatoria de presión arterial (MAPA) que muestra HTA diastólica y sistólica, completando estudio en orina y sangre sin proteinuria, albuminuria, filtrado glomerular alterado ni otros datos sugestivos de patología renal.

Se decide valoración por Cardiología, presentando en ecocardiograma imagen clara de coartación ístmica yuxtaductal con onda de prolongación diastólica, válvula aórtica bicúspide asociada. Es derivado a Hospital La Paz, realizándose cateterismo cardiaco, con gradiente de coartación 35 mmHg, no significativo tras colocación de Stent Begraft. No incidencias en postoperatorio ni a largo plazo.

Conclusiones:

- Es necesaria la implicación de pediatras de atención primaria en conocimiento de valores normales para edad, sexo y talla; identificando pacientes de riesgo con un correcto abordaje diagnóstico y terapéutico.
- Ante sospecha de HTA secundaria es importante una correcta anamnesis y exploración para orientar origen de la misma, pruebas complementarias y valoración por atención especializada si fuera necesario.
- En edad escolar la presentación de coartación de aorta suele ser asintomática, presentando HTA, asimetría de pulsos o soplo sistólico como hallazgo incidental.

PD-033

HALLAZGO INESPERADO EN ADOLESCENTE CON DISNEA

Sala Fernández, L.; Jiménez Montañes, L.; Ayerza Casas, A.; López Ramón, M.; Palanca Arias, D.; Marín Andrés, M.; Gutiérrez Sánchez, A.M.; Martínez De Morentin Navarcorena, A.L.; López Rojo, M.; Bernadó Fonz, R.A.
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Anamnesis: Niña de 13 años que acude a urgencias por dolor torácico, palpitaciones y disnea de un año de evolución. Inicialmente disnea de grandes esfuerzos, intensificándose progresivamente hasta hacerse de mínimos esfuerzos e incluso de reposo en los últimos 15 días. Hija de padres consanguíneos, de etnia gitana. No antecedentes familiares de muerte súbita.

Exploración clínica: Constantes normales. Auscultación: reforzamiento del segundo ruido.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se remite a consulta de cardiología. Se realiza ECG en el que se muestran signos de sobrecarga de cavidades derechas (ondas T negativas en V1-V4). En el ecocardiograma se objetiva dilatación de ventrículo derecho (VD). Presión media en la arteria pulmonar (PAPm) de 45 mmHg y sistólica (PAPs) de 70 mmHg, lo que sugiere Hipertensión pulmonar (HTP) severa. Se realiza RX de tórax que muestra infiltrado intersticial difuso bilateral, espirometría con test de difusión con descenso marcado de la capacidad de difusión del CO y TAC pulmonar, con patrón en vidrio deslustrado, lo que sugiere que se trate de una enfermedad venooclusiva pulmonar. Se solicita estudio genético orientado a la mutación del gen EIF2AK4, relacionado con dicha entidad. Se remite al Hospital Vall d'Hebron para trasplante pulmonar.

Conclusiones: La disnea es un síntoma inespecífico que puede ser manifestación de patología grave. La enferme-

dad venooclusiva pulmonar es un subgrupo poco frecuente de HTP, con una incidencia anual de 1 caso/5-10 millones de habitantes. Intervienen factores genéticos (mutación del gen EIF2AK4). Se produce por proliferación y obliteración de las vénulas pulmonares, que originan aumento de las resistencias vasculares pulmonares y disfunción del VD. Se manifiesta con disnea de esfuerzo, dolor torácico y síncope, y posteriormente con fallo de VD. La RX de tórax, la espirometría con test de difusión y el TAC son característicos. Muy mal pronóstico, único tratamiento eficaz es el trasplante pulmonar precoz.

PD-034

DOLOR ABDOMINAL Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CON MELENA, ¿ES SIEMPRE UNA INVAGINACIÓN?

González Fernández, L.; Picáns Leis, R.; Díaz Esteban, B.M.; Estévez Martínez, E.; García Palacios, M.; Marco Martín, C.; Bautista Casasnovas, A.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,
Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Paciente de 18 meses que 24 horas antes del ingreso presenta episodio de dolor cólico abdominal autolimitado, asociando rechazo de la ingesta. La mañana del ingreso realiza una deposición sanguinolenta negruzca abundante, blanda y maloliente. Afebril. No presentó vómitos.

Antecedentes: dos meses antes episodio aislado de melenas y dolor abdominal tipo cólico, se realizó Rx de abdomen (sin alteraciones), diagnosticándose de sangrado por fisura anal en relación con estreñimiento.

Exploración clínica: Buen estado general. Leve palidez cutánea. Auscultación normal. Abdomen blando y depresible, distendido, sin defensa ni dolor a la palpación, no se palpan masas ni hepatoesplenomegalia. Sangre en heces al realizar tacto rectal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Hemograma: leucocitos 12.600/mm³, Hemoglobina 7,1 g/dl, Hematocrito 24,2%, Plaquetas 625.000/mm³.
- Bioquímica y coagulación: normales.
- Ecografía abdominal: imagen "en donut" compatible con invaginación y mínima cantidad de líquido libre peritoneal adyacente. Se intenta desinvaginación hidrostática interrumpiendo la técnica por sangrado e imposibilidad de reducción, decidiéndose cirugía urgente.
- Tratamiento: laparotomía transversa con hallazgo de diverticulitis de Meckel que ocasiona cuadro oclusivo por una brida, sin datos de invaginación intestinal ni sufrimiento de asas. Se realiza diverticulectomía simple con anastomosis intestinal terminoterminal y apendicectomía. Evolución favorable tras la cirugía.

Conclusiones: La diverticulitis es la forma menos frecuente de presentación del divertículo de Meckel, originando un cuadro indistinguible de la apendicitis aguda o bien una obstrucción secundaria a adherencias y perforación.

No siempre el sangrado intestinal asociado a obstrucción es debido a una invaginación intestinal, ni todas las obstrucciones intestinales en el Divertículo de Meckel son secundarias a invaginación.

PD-035

UN SORPRENDENTE HALLAZGO EN LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

Manzanares Santos, S.¹; Manzanaro, C.¹; García Moyano, I.D.V.²; López Vargas, E.¹; Aroca Aguilar, E.M.¹; Ferrín Diáñez, A.¹; González Campillo, M.T.¹; Rojas Panadero, M.D.L.Á.¹; Calviño Molinero, J.¹; Fernández Ruiz, L.¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España;

²Centro de Salud Fuensanta, Córdoba, España

Anamnesis: Niño de 3 años que consulta por fiebre de hasta 38,5°C junto con tos y mucosidad de tres días de evolución. En las últimas 24 horas asocia malestar general y astenia.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Vacunado correctamente según calendario de Andalucía. No otros antecedentes de interés.

Exploración clínica: Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Bien conectado con el medio, no signos meníngeos. No exantemas. No adenopatías palpables. Eupneico sin aumento del trabajo respiratorio.

Auscultación cardiorrespiratoria: tonos cardíacos rítmicos sin soplos. Buena ventilación bilateral sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni organomegalias.

Otoscopia bilateral: normal. Orofaringe: hiperémica.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se solicita radiografía PA de tórax en la que no se aprecian infiltrados, derrame ni atelectasias. No obstante se visualiza asa de colon en hemitórax derecho. Se solicita proyección lateral en la que se confirma el hallazgo, localizado en tórax anterior.

Se cita de forma programada en el Servicio de Cirugía Pediátrica para programar intervención quirúrgica, explicando la necesidad de consultar en Urgencias ante la aparición de sintomatología de alarma.

Se continúa con pauta analgésica/antitérmica habitual para tratamiento de la infección respiratoria.

Conclusiones: Los hallazgos son compatibles con una hernia de Morgagni. Este tipo de hernia supone una rara entidad (5-11% de todas las hernias diafragmáticas congénitas). Se sugiere una etiología multifactorial en la que se implican factores hereditarios en relación con síndromes polimalformativos. Cuando la hernia de Morgagni se diagnostica en edades tardías, raramente se acompaña de otras malformaciones congénitas. Tras el periodo neonatal, la sintomatología puede ser inespecífica e insidiosa o bien aparecer de forma aguda con compromiso vital. Un retraso en el diagnóstico puede dar lugar a la aparición de complicaciones, sobre todo digestivas y respiratorias.

PD-036

MASA ABDOMINAL PALPABLE: NO SIEMPRE SU ORIGEN ES TUMORAL

Picáns Leis, R.; Díaz Esteban, B.M.; González Fernández, L.; García Palacios, M.; Rodríguez Barca, P.; Marco Martín, C.; Estévez Martínez, E.; Bautista Casasnovas, A.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,
Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Niña de 5 años que consulta por dolor abdominal cólico de 24 horas de evolución. Un vómito aislado 15 días antes con restos pilosos. No fiebre.

Hábito estreñido con algún pelo en heces. Desde hace 3-4 meses, se arranca pelo del cuero cabelludo y lo ingiere. No problemas domiciliarios, escolares ni alteraciones comportamentales. No otros antecedentes personales de interés.

Exploración clínica: Buen estado general, normocoloreada, normoperfundida. No soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen izquierdo. Se palpa masa (6 centímetros) en región hipogástrica, pétreo, doloroso. No lesiones en piel, ni cambios inflamatorios locales. Región parietal derecha con marcada disminución de folículos pilosos y de la longitud de los mismos. Resto de la exploración sin hallazgos.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Analítica de sangre: hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones.
- Rx abdomen: abundante material fecal en colon.
- Ecografía de abdomen: Contenido en cámara gástrica que se comporta ecográficamente como un arco hiperecogénico con gran sombra acústica posterior, compatible con bezoar. Pequeña cantidad de líquido libre perihepático en vecindad al antro gástrico. Resto sin alteraciones.

Se realiza endoscopia digestiva alta observándose tricobezoar tipo Rapunzel, no obstructivo. Se programa intervención quirúrgica para extracción: laparotomía transversa supraumbilical, gastrotomía y extracción de tricobezoar con prolongación duodeno-yeyunal. Posteriormente, asintomática.

Conclusiones: El tricobezoar es la forma de presentación más frecuente de una alteración psicológica conocida como PICA. Puede provocar obstrucción intestinal completa. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y las pruebas complementarias. El tratamiento debe ser endoscópico o quirúrgico, debiendo asociarse tratamiento psicológico. El objetivo de este último es la modificación de las conductas, evitando de esta forma una posible reaparición de la clínica.

PD-037

ENTEROCOLITIS INDUCIDA POR PROTEÍNAS ALIMENTARIAS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE SEPSIS Y METABOLOPATÍA EN LACTANTE CON VÓMITOS, DECAIMIENTO Y LETARGIA

Fernández Martínez, T.; Ramiro Mateos, L.; Ledesma Albarrán, M.; Rivas Medina, M.; Salas De Miguel, C.; Mangas Marín, I.; Prieto Mayoral, Á.; Cambrón Carmona, M.D.L.Á.; Jiménez Tejada, L.; Alfonso Vaquero, J.

Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España

Introducción: Las alergias alimentarias tienen un espectro de reacciones adversas amplio, principalmente dependiendo de mecanismo inmunológico implicado.

La enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (FPIES), es reacción no mediada por IgE, desencadenada mayoritariamente por leche de vaca. La fisiopatología es desconocida, pudiendo la inflamación aumentar la permeabilidad intestinal, provocando vómitos, diarrea y shock hipovolémico.

Exploración clínica, diagnóstico y terapéutica: Lactante de 6 meses sin antecedentes de interés acude a urgencias por

vómitos recientes con decaimiento marcado posterior. No diarrea ni fiebre.

Esa noche ha introducido cereales sin gluten; previamente lactancia materna exclusiva, complementando al inicio con leche artificial por insuficiente producción. Ganancia ponderoestatural adecuada.

Presenta mal estado general, pálido y ojoso, neurológicamente oscila entre periodos de reactividad con otros de mirada fija, somnolencia, hipoactividad e hipotonía generalizada.

Se realiza analítica con gasometría, hemograma, bioquímica con amonio, láctico y pirúvico, reactantes de fase aguda, ecografía abdominal, tóxicos y sistemático de orina, todas ellas sin hallazgos patológicos. Se extren hemocultivo y urocultivo que resultarán negativos.

Ante sintomatología neurológica y afectación clínica ingresa para observación y completar estudio.

Durante la hospitalización no nuevos episodios, se realizan electroencefalograma y ecografía transfontanelar que son normales.

Al administrar cereales con leche de inicio reinicia vómitos y deterioro de estado general, por lo que ante la sospecha de FPIES se inicia dieta exenta de proteínas de leche de vaca y se extrae IgE a leche de vaca que es negativa. Buena evolución y tolerancia posterior a diversificación alimentaria sin más incidencias.

Conclusiones:

- Es importante una adecuada anamnesis, relacionando alimentos y aparición de síntomas para establecer diagnóstico de sospecha. Como diagnóstico diferencial valorar gastroenteritis, sepsis, metabopatías, trastornos obstructivos y celiaquía.
- Algunas pruebas complementarias ayudan en diagnóstico siendo prescindibles, como determinación IgE, analítica sanguínea y de heces. No deben plantearse pruebas de imagen ni endoscopias por ser inespecíficas.

PD-038

DISFAGIA, REGURGITACIÓN Y PIROSIS... ¿REFLUJO GASTROESOFÁGICO?

López Sánchez, M.L.; Cuadrado Caballero, M.C.; Delgado Duatis, G.; Jiménez Lorente, A.I.; Rivero De La Rosa, M.C.

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla, España

Presentamos el caso de dos pacientes que debutan con esta clínica, llegando finalmente al diagnóstico de acalasia.

Caso 1: Anamnesis: Niño de 9 años con disfagia, regurgitaciones, tos nocturna, vómitos postprandiales y pérdida de peso de 3 meses de evolución.

Antecedentes: Alergias alimentarias múltiples, epilepsia, bronquitis. Padre sordera congénita, hermano epilepsia.

Exploración clínica: Peso 60 kg; Talla 153 cm; IMC 25.63 kg/m². Sin hallazgos.

Procedimientos diagnósticos:

- Analítica: normal.
- pHmetría: reflujo gastroesofágico leve.
- Endoscopia: esofagitis, biopsia cambios mínimos.
- Esofagograma: esófago distal distendido, retención de contraste y contenido alimenticio, estenosis unión gastroesofágica no distensible.

- Manometría: motilidad inadecuada, falta de relajación del esfínter esofágico inferior (EII).

Procedimientos terapéuticos: Miotomía Heller más funduplicatura Nissen.

Evolución: 9 meses tras cirugía comienza clínica de reestenosis confirmada por pruebas complementarias, precisando dilatación neumática endoscópica con mejoría.

Caso 2: Anamnesis: Niña de 9 años con disfagia progresiva, vómitos postprandiales, dolor retroesternal y pérdida de peso de 4 meses de evolución.

Antecedentes sin interés.

Exploración clínica: Peso 40 kg; Talla 145 cm; IMC 19.02 kg/m². Abundante panículo adiposo.

Procedimientos diagnósticos:

- Analítica: normal.
- Esofagograma: esófago medio y distal dilatados, paso de contraste filiforme hacia estómago. Defectos de repleción por contenido alimenticio.
- Endoscopia: estenosis y retención de alimentos en tercio mediodistal esofágico.
- Manometría: presión basal elevada (43 mmHg). Ondas simultáneas cuerpo esofágico >95%. EEI hipertónico.
- Resonancia magnética: descarta causa extrínseca obstructiva.

Procedimientos terapéuticos: Miotomía Heller más funduplicatura Dor.

Evolución: Disfagia y dolor retroesternal esporádicos. Úlcera esofágica y esofagitis que mejoran con omeprazol oral. No precisa nuevas actuaciones.

Conclusiones: La acalasia es una patología poco común, más aún en Pediatría, solamente el 4% de casos se presentan antes de los 15 años.

Sintomatología variante según edad, incluyendo clínica respiratoria/digestiva.

Diagnóstico basado en estudios manométricos/radiológicos.

Tratamiento consistente en corrección quirúrgica y/o dilatación endoscópica. Dada la baja incidencia pediátrica aún no existen consensos definidos.

PD-039

¿QUÉ PUEDE ESCONDER UNA ALOPECIA AREATA?

Picáns Leis, R.; González Fernández, L.; Díaz Esteban, B.M.; García Palacios, M.; Marco Martín, C.; Estévez Martínez, E.; Bautista Casanovas, A.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Niña de 5 años que consulta por placa de alopecia en cuero cabelludo de 3-5 meses de evolución, sin mejoría pese a tratamientos tópicos (antifúngicos, corticoides). Refiere molestias abdominales inespecíficas de 1-2 años de evolución, sin estancamiento pónderoestatural ni retraso en el desarrollo. Hábito deposicional diario, deposiciones tipo 4-5 Bristol. No presenta alergias medicamentosas conocidas. No patologías crónicas ni tratamientos domiciliarios.

Antecedentes familiares: no refiere enfermedades autoinmunes en familiares de primer grado, ni otras patologías relevantes.

Exploración clínica: Buen estado general, normoperfundida. Discreta palidez cutánea. No soplos audibles. Murmullo vesicular conservado. Abdomen discretamente distendido, blando, depresible, no doloroso a la palpación. Placa de alopecia en zona interparietal-occipital con ausencia de folículos pilosos. No otros hallazgos destacables.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Dada la palidez cutánea y síntomas digestivos inespecíficos se realiza analítica con despistaje de enfermedad celíaca, en la que se objetiva anemia microcítica hipocrómica de perfil ferropénico y elevación de anticuerpos antitransglutaminasa y antiendomiso, con recuento de inmunoglobulinas sin alteraciones. Ante los hallazgos, se solicita estudio genético de haplotipo DQ2/DQ8 (positivo) y endoscopia digestiva alta, objetivando alteraciones anatomopatológicas compatibles con clasificación MARSH 3 (atrofia vellositaria, hiperplasia de criptas y aumento de linfocitos intraepiteliales).

Ante los datos de las pruebas complementarias, y la posible relación de la alopecia areata con la enfermedad celíaca, se retiró el gluten de la dieta, con recuperación de la clínica en 3-4 meses.

Conclusiones: La enfermedad celíaca es un desorden sistémico de carácter permanente, inmunomediado, provocado por el gluten y prolamina relacionadas, que se manifiesta en personas genéticamente predispuestas. Puede debutar de diferentes formas clínicas, entre ellas la alopecia areata. Queremos destacar la necesidad de descartar enfermedad celíaca en pacientes pediátricos con alopecia areata, incluso en ausencia de sintomatología gastrointestinal asociada.

PD-040

EVOLUCIÓN DE UNA COHORTE DE NIÑOS TRATADOS CON REUTERI GOTAS EN UN CENTRO DE SALUD DURANTE 6 MESES

Coronel Rodríguez, C.¹; Rayero García, A.²; Rosado Guardiola, R.¹; Begara De La Fuente, M.¹; Guisado Rasco, M.³

¹Centro de Salud "Amante Laffón", Sevilla, España;

²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España; ³Centro de Salud "Mercedes Navarro". Sevilla Distrito Sanitario de AP, Sevilla, España

Objetivo principal del presente estudio realizar un análisis prospectivo descriptivo de la incidencia y prevalencia de problemas digestivos menores y su prevención en recién nacidos de nuestro CS

Material y métodos: Se incluyen niños menores de 1 mes que han sido atendidos en nuestras consultas desde 01-octubre de 2018 a 31 de marzo de 2019 en consulta de programa niño sano. Se excluyen prematuros (<37 semanas de gestación).

Estudio prospectivo aleatorio de niños menores de 1 mes. Seguimiento durante 4 meses. Se asigna al neonato según tabla de números aleatorios prefijada en dos grupos: 1-Se le indica Reuteri® 5 gotas al día y 0- no se le indica.

Se revisan la historia clínica hasta los 4 meses de vida analizando los motivos de consulta, existencia de episodios de Cólicos o no cólicos, APLV, episodios de diarreas, RGE y Estreñimiento.

Resultados: Muestra: 63 pacientes, 24 mujeres (38,09%) y 39 varones (61,91%). N tratados con reuteri: 27 tratados y 36 no tratados. Alimentación con Lactancia Materna exclusiva 30 pacientes (47,61%), Mixta 13 pacientes (20,63%) y formula adaptada 20 (31,7%).

De los tratados con Reuteri presentaron Cólicos 3 pacientes (27,27%), episodios de diarrea 4 niños (44,44%), reflujo 9 (28,12%) y estreñimiento 1 solo paciente (11,11%).

De los no tratados con Reuteri refirieron Cólicos: 8 pacientes (72,72%), diarrea 5 (55,56%), Estreñimiento 8 pacientes (88,89%), reflujo 23 (71,87%) y se describieron dos casos de APLV.

DEFENSA 5 – Jueves 17

PD-041

HEMATOMA ESPINAL EPIDURAL EN LACTANTE DE 4 MESES

Agudo Montore, P.; Hidalgo Cruz, R.D.F.;
Sánchez Romero, M.Á.; Lobo Fernández, V.;
Bermejo Fernández, C.; Gallego Muñoz, M.D.C.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Lactante varón de 4 meses que acude a urgencias por impotencia funcional y llanto con la movilización del cuello hacia el lado derecho desde hace 2 días. Niegan traumatismo previo. Afebril. Sin antecedentes personales ni familiares de interés, salvo administración de vacuna 2 días antes de la clínica.

Exploración clínica: Movilidad pasiva cervical respetada, aunque dolorosa. No tumefacción, eritema ni rubefacción. No adenopatías significativas. Resto de exploración sin alteraciones.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Inicialmente en urgencias se solicita una radiografía lateral de columna cervical, en la que no se detectaron hallazgos patológicos; y una analítica sanguínea con reactantes de fase aguda en rangos de normalidad (PCR 0,5 mg/L, PCT 0,073 ng/dL) y hemograma con valores normales en las tres series. Se decide ingreso en planta donde se solicita una resonancia magnética de columna cervical (RMN) con contraste intravenoso, identificándose un estrechamiento del canal medular a nivel C1-C4, asociado a una probable colección epidural posterior, que puede representar un hematoma subagudo. La posibilidad de una causa infecciosa parece menos probable. Rehistoriando a la madre refiere posible espasmo del sollozo posterior a la vacunación que requirió estimulación física para su resolución. Se decide ampliar estudio de coagulación, velocidad de sedimentación globular, fondo de ojo y mapa óseo; obteniéndose resultados normales.

Al mes se realiza seguimiento en consultas externas de neurocirugía con nueva RMN. En esta, se evidencia una práctica resolución de la imagen del hematoma epidural.

Conclusiones: El hematoma espinal epidural es un evento raro en pediatría que puede ocurrir tras un mecanismo insignificante y con ausencia de lesión vertebral y medular. La presentación suele ser inespecífica: irritabilidad y restricción del movimiento en un niño afebril. Se necesita un diagnóstico precoz y realización de RMN para el diagnóstico diferencial.

El manejo conservador es posible en ausencia de clínica de afectación medular.

PD-042

EL RETO DEL DESODORANTE

Bartoli, D.; Rulo Iglesias, S.; Báñez Martín, C.; Agüera Vilar, B.
CAP LA GAVARRA, Cornellà de Llobregat, España

Las afecciones de la piel son uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria de Pediatría. En ocasiones podemos encontrarnos con causas inesperadas y sobrecogedoras.

Anamnesis: Niña de 12 años, residente en Holanda desde hace 18 meses aproximadamente. Aparición de lesiones cutáneas en extremidad inferior derecha hace 3-4 días estando de vacaciones en nuestro país. Los padres refieren episodios similares en el último año, siempre en la misma extremidad, motivo por el cual han consultado a diferentes dermatólogos con toma de biopsias sin llegar a un diagnóstico definitivo.

Exploración clínica: Presenta varias lesiones circulares de bordes imprecisos, marrónáceas y muy dolorosas que dificultan la deambulación normal. Las lesiones son de diferente tamaño y se encuentran en diferente estadio, algunas de ellas con excoriación. También se aprecian cicatrices de lesiones antiguas en la misma extremidad.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se toman fotografías de las lesiones para control evolutivo y se pauta tratamiento antibiótico tópico y sistémico para cubrir complicación infecciosa. Se cita para control en unos días. Consultan a dermatólogo privado que diagnostica de dermatitis autoinflingida por quemadura química.

Conclusiones: La repetición, la morfología y la localización de las lesiones nos deberían haber hecho sospechar el mecanismo externo. El reto del desodorante es un reto viral, sobre todo extendido por las redes sociales en internet, que consiste en aplicarse a uno mismo spray de desodorante durante el máximo tiempo posible hasta la aparición de quemaduras que en ocasiones pueden llegar a ser de segundo grado. Debemos estar atentos ante cualquier lesión que nos parezca sospechosa de haberse producido por mecanismo exógeno y conocer la existencia de ciertos retos virales que, no por la edad del paciente, no puedan ser posibles.

PD-043

BUSCANDO CAUSA AL DOLOR LUMBAR

García Muñoz, A.I.; Prado Chaves, Á.; Arranz Boned, M.;
Martínez Gómez, A.R.; Del Castillo Velilla, I.; Beraghi, M.;
Zriki Zahinos, N.; Suárez Lascano, A.B.;
González Martín, M.A.; García Cabezas, M.Á.
Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Anamnesis: Niño de 13 años sin antecedentes de interés que presenta dolor lumbar (intensidad 8/10) de tres días de evolución características mecánicas, no irradiado a región púlica ni a miembros inferiores. No despertar nocturno por dolor. Mejoría parcial con analgesia habitual. No traumatismo previo. No fiebre, no síntomas miccionales. No pérdida de peso. No otra sintomatología. Actividad física habitual (atletismo).

Exploración clínica: 43 kg. Buen estado general. No posturas antiálgicas. A la inspección no se aprecian lesiones externas. No presenta dolor a la palpación de cuerpos vertebrales lumbares ni de región sacrococcígea. No dolor a la palpación de musculatura paravertebral. Dolor a la flexión de columna y a la rotación. Maniobra de Lasègue negativa. Maniobra de Adams: giba lumbar izquierda de 10 mm. Fuerza y sensibilidad conservadas. Reflejos rotuliano y aquileo presentes y simétricos. Exploración abdominal normal sin palparse masas ni megalias, puño-percusión renal bilateral negativa.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se una radiografía de columna-lumbosacra donde se aprecia escoliosis lumbar I de 7 grados, además de mínimos acunamientos en porción anterosuperior de cuerpos vertebrales lumbares. Se solicitó resonancia magnética de manera ambulatoria para mejor caracterización de los hallazgos

La resonancia informa de la presencia de nódulos de Schmorl en plataformas dorsales bajas y hasta la superior de L3, sin otras alteraciones.

Conclusiones: Los nódulos de Schmorl son herniaciones del disco intervertebral que pueden producirse ante micro-traumatismos repetidos (como sucede con la actividad física intensa), que en población adolescente suelen estar causados porque todavía no se han fusionado las apófisis con el resto de la vértebra y presentan un núcleo pulposo más hidrófilo que en la edad adulta. No está bien establecida la correlación entre la imagen radiológica y la clínica. Su tratamiento es sintomático y suele tener buena evolución pasados varios meses (12-24 meses).

PD-044

EJERCICIO FÍSICO Y DOLOR BRUSCO DE CADERA. QUÉ BUSCAR

García Muñoz, A.I.; Arranz Boned, M.; Prado Chaves, Á.; Martínez Gómez, A.R.; Del Castillo Velilla, I.; Beraghi, M.; Zriki Zahinos, N.; Torrente Fernández, M.D.L.M.; González Marín, M.A.; García Cabezas, M.Á.

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Anamnesis: Niño de 13 años sin antecedentes de interés que es llevado a urgencias por presentar dolor brusco en cadera izquierda mientras corría, con deambulación posterior dolorosa.

Exploración clínica: Buen estado general. Exploración caderas: A la inspección no se aprecian hematomas ni heridas externas. No posturas antiálgicas. Leve tumefacción de cadera izquierda. Dolor a la palpación de espina ilíaca anterosuperior, no dolor a la palpación inguinal. Limitación de la flexión activa, no dolor a la rotación interna ni externa, la abducción ni la aducción. Movilidad distal de miembro inferior conservada y no dolorosa. No alteraciones sensitivas

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Radiografía de pelvis proyecciones anteroposterior y oblicua: Fractura avulsión de espina ilíaca anterosuperior de pelvis izquierda

Por tratarse de una lesión estable, se decide tratamiento conservador con reposo y descarga del miembro durante 4 semanas, con buena evolución

Conclusiones: Ante dolor súbito en cadera en relación a actividad física en pacientes adolescentes, debemos sospechar

una fractura pélvica por avulsión. Dentro de ellas se encuentran las fracturas de espina ilíaca anterosuperior, anteroinferior, tuberosidad isquiática, sínfisis de pubis y de rama púbica. Se producen ante una contracción brusca de los músculos, que vence la resistencia ofrecida por el cartílago donde se insertan causando el arrancamiento del fragmento óseo implicado. Para su diagnóstico es necesario realizar radiografía con al menos una proyección oblicua que permita valorar el grado de desplazamiento. El tratamiento en la mayoría de los casos es conservador con reposo del miembro afecto entre 2-3 semanas y reincorporación progresiva a la actividad física habitual.

PD-045

“DOCTORA, A MI NIÑA SE LE ABOMBAN LAS CRUCES ÚLTIMAMENTE”

González Carracedo, M.J.; Vaquerizo Vaquerizo, V.; Espejo Díaz, C.; Galiano Ávila, C.; Benegas Vaz, N.; Serrano Zamora, V.; Plácido Paías, R.; Montero Salas, A.; García Reymundo, M.; Silvero Enríquez, V.P.

Hospital de Mérida, Mérida, España

La hidrocefalia externa benigna de la infancia es la causa más frecuente de macrocefalia en Pediatría. Es una entidad benigna y autolimitada consistente en el incremento rápido y progresivo del perímetro craneal en lactantes, con espacio subaracnoideo frontal aumentado en neuroimagen, sin dilatación del sistema ventricular, afectación neurológica ni hipertensión intracraneal. Ha de diferenciarse de la hidrocefalia interna, subsidiaria de derivación quirúrgica cuando progresa o es sintomática.

Lactante de 6 meses con abombamiento progresivo de fontanela anterior de 6 semanas de evolución.

Anamnesis: No refieren antecedentes prenatales, personales ni familiares de interés. Desarrollo psicomotor normal. Se encuentra asintomática. Perímetro craneal (PC) al nacimiento normal. En últimos controles de salud destaca aumento progresivo de mismo, actualmente en percentil 97.

Exploración clínica: Fontanela anterior abierta de unos 2 x 2 cm, abombada, no a tensión y diástasis leve de sutura coronal sin otras alteraciones.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Ante los hallazgos, se solicita ecografía transfontanelar urgente advirtiéndose aumento leve del espacio subaracnoideo frontal sin otras alteraciones. Con el diagnóstico de sospecha de hidrocefalia externa benigna del lactante se remite a consultas de Neurocirugía para valoración y seguimiento. Antes de su valoración, la familia consulta a Neuropediatría privado que amplía estudio con punción lumbar y medición de presión de apertura, siendo ésta normal.

Evolutivamente la niña continúa asintomática, con desarrollo psicomotor adecuado a su edad y ecografías sucesivas estables, sin signos de hidrocefalia interna ni progresión del aumento del LCR subaracnoideo frontal, por lo que se mantiene actitud expectante.

Conclusiones: Como conclusión destacar la importancia de un diagnóstico diferencial adecuado de la macrocefalia del lactante, distinguiendo entidades susceptibles de intervención precoz de aquellas de buen pronóstico evolutivo que permiten una actitud conservadora como en nuestra paciente.

La información adecuada y tranquilizadora a las familias en estos casos, evita estudios innecesarios no exentos de complicaciones.

PD-046

TIROIDISTIS AGUDA SUPURATIVA NO TAN INFRECIENTE

Hernández Pérez, R.; Parera Pinilla, C.L.; Cano Fernández, J.; Flores Pérez, P.; Villalobos Pinto, E.; Vázquez Gómez, J.A.
Hospital del Niño Jesús, Madrid, España

Objetivos: Presentación de dos casos de tiroiditis aguda supurativa (TAS).

Caso 1: Anamnesis: Niña de 3 años con síntomas catarrales de una semana, tortícolis de 4 días y fiebre e inflamación cervical de 24 horas de evolución.

Caso 2: Niña de 11 años con cervicalgia de 12 días, fiebre de una semana y tumoración centrocervical de un día de evolución. Ninguna presenta clínica de hipertiroidismo.

Exploración clínica: Ambas presentan limitación de la movilidad cervical con signos inflamatorios locales.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Ambas presentan aumento de reactantes de fase aguda y anticuerpos antitiroideos negativos, en el Caso 1 se aprecia Leucocitosis y neutrofilia, con función tiroidea normal y en la ecografía marcados cambios inflamatorios en región tiroidea izquierda y áreas en proceso de abscesificación con probable fístula del seno piriforme, en el Caso 2 presenta datos de hipertiroidismo primario y una imagen compatible con absceso tiroideo izquierdo.

En la evolución, tras el inicio de amoxicilina clavulánico intravenosa, en el Caso 1 desaparece la fiebre a las 24 horas, con normalización analítica y clínica sin cirugía, sin embargo, el Caso 2 presenta empeoramiento clínico y ecográfico por lo que se instaura tratamiento con cloxacilina y clindamicina intravenosa, se añade prednisona oral y se realiza drenaje del absceso con buena evolución. Posteriormente continúa tratamiento domiciliario con penicilina y clindamicina oral. Se normaliza la función tiroidea y en la RMN posterior se objetiva un quiste del conducto tirogloso con fistulización hacia tiroides.

Conclusiones: En las TAS el tratamiento de elección es la antibioterapia intravenosa. En caso de mala evolución será necesario realizar estudios complementarios para valorar la presencia de malformaciones anatómicas, como la fístula del seno piriforme, que afecta principalmente al lóbulo izquierdo y se diagnostica mediante resonancia magnética nuclear, esofagograma y/o fibrobroncoscopia siendo su tratamiento la exéresis de la fístula y hemitiroidectomía.

PD-047

DERMATOMIOSITIS JUVENIL. DIAGNÓSTICO A TRAVÉS DE EXANTEMA CUTÁNEO

Pérez González, D.; Santos Lorente, C.; Pérez Gómez, L.; Álvarez Álvarez, C.; Leonardo Cabello, M.T.; González De La Rosa, A.; Justel Rodríguez, M.; Ansó Mota, M.; Gómez Arce, A.; Peiró Callizo, M.E.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Introducción: La dermatomiositis juvenil (DMJ) es una vasculopatía sistémica, de origen autoinmune que tiene como órganos diana la piel y el músculo. Su diagnóstico se basa en una serie de criterios clínico-analíticos, siendo los hallazgos cutáneos característicos un pilar fundamental para el diagnóstico y habitualmente la primera manifestación de la enfermedad.

Anamnesis y exploración clínica: Presentamos el caso de un paciente varón de 3 años sin antecedentes de interés que presenta exantema heliotropo en cara, asociando pápulas violáceas en dorso de manos y codos de dos meses de evolución, rebelde a tratamiento con corticoide y antibiótico tópicos. No presenta debilidad muscular, artralgias, disfagia ni otra sintomatología.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Es valorado por dermatología, se solicita analítica sanguínea, con VSG y CPK normales, ANA 1/320 con patrón homogéneo y se realiza biopsia cutánea con resultado compatible con enfermedad reumatológica. Ante la sospecha de DMJ, ingresa en planta de pediatría para completar estudio (aldolasa y transaminasas normales, auto-anticuerpos negativos, ecocardiograma, radiografía de tórax y fondo de ojo sin alteraciones, resonancia de cinturas musculares no es posible la realización) y se inicia tratamiento con metotrexato, hidroxicloroquina y corticoides sistémicos, con buena respuesta, presentando disminución progresiva de exantema hasta su desaparición tras dos meses de tratamiento. No aparición de debilidad muscular ni otros síntomas de manera posterior.

Conclusiones: Las manifestaciones cutáneas son la base diagnóstica de la DMJ. Debemos sospecharla ante la aparición de un exantema heliotropo en cara y pápulas de Gottron en superficie extensora de manos y codos, recordando que la clínica cutánea puede preceder a los síntomas musculares. El diagnóstico e inicio de tratamiento precoz se relacionan con una evolución más favorable.

PD-048

LA ECOGRAFÍA A PIE DE CAMA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA

López Moreira, O.; Carpio Linde, M.J.; Sánchez Díaz, C.
Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla, España

Objeto del trabajo: El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad de la ecografía torácica a pie de cama y compararla con la radiografía de tórax en el diagnóstico de neumonía en urgencias de pediatría.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio observacional prospectivo, que incluye a 50 pacientes, estableciendo como criterios de inclusión a los menores de 14 años con sospecha clínica de neumonía (fiebre más síntomas respiratorios de más de 48 horas de evolución, afectación del estado general o auscultación sugestiva).

A dichos pacientes se les realizó en primer lugar ecografía parte del pediatra responsable y posteriormente radiografía de tórax que fue informada por el radiólogo de forma independiente. Aquellos que no fueron diagnosticados de neumonía se siguieron hasta quedar afebriles para descartar falsos negativos de las pruebas realizadas.

Resultados y conclusiones: De los 50 pacientes se diagnosticaron 29 neumonías, 26 de ellas mediante ecografía (S=89%). Mediante las radiografías se informaron 22 neumonías (S=75%). En 3 casos se diagnosticó a posteriori por lo que se consideraron como falsos negativos de ambas pruebas. Además se detectó por el radiólogo 5 sospechas de derrame pleural (2 casos positivos y 1 dudoso). De estos 5 casos, 4 se confirmaron con ecografía y 1 se descartó; con lo cual la ecografía resultó una prueba definitiva para establecer la presencia de derrame.

Este estudio muestra la importancia de avanzar en la formación en ecografía a pie de cama, ya que se trata de una prueba no ionizante con la ventaja de su inmediatez, que nos da autonomía y que, en manos de un pediatra bien formado en ello puede tener la misma sensibilidad que la radiografía convencional, con lo cual se podría plantear sustituir una por otra en determinadas circunstancias.

PD-049

REVISIÓN DE CASOS DE GRAVES-BASEDOW PEDIÁTRICO EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (CAUSA) DURANTE EL 2000-2019

Martínez Pereira, A.; García Salamanca, Y.A.; García Romero, C.; Marco Sánchez, J.M.; García Arroyo, R.; Prieto Matos, P.; Martín Alonso, M.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Objeto del trabajo. La enfermedad de Graves-Basedow es la causa más frecuente de hipertiroidismo en niños. Nuestro objetivo fue realizar una revisión de los casos de paciente diagnosticados en el CAUSA entre los años 2000 y 2019, estudiando la prevalencia y características clínicas de la misma.

Material y métodos. Se realizó una búsqueda en la base de datos (Filemaker®) de la Unidad de Endocrinología Pediátrica del CAUSA con las palabras hipertiroidismo y Graves de pacientes nacidos a partir del 2.000 registrados entre enero 2000 y junio 2019. Se recogieron datos de la clínica, exploración física, pruebas de laboratorio, tratamiento y evolución.

Resultados. Se recogen datos acerca de 8 pacientes diagnosticados en el periodo 2000-2019 (del total de 4.250 atendidos por la unidad), 6 niñas y 2 niños. La edad media al diagnóstico fue 11,87 $\pm$ 1,89 años. De los casos, 6 presentaban bocio al diagnóstico y ninguno oftalmopatía. 4 casos fueron derivados por su médico de atención primaria por objetivar clínica de tirotoxicosis, siendo el síntoma más frecuente pérdida de peso. La frecuencia cardiaca al diagnóstico fue de 103 $\pm$ 20,65DE latidos por minuto. El nivel medio de T4 libre fue 4,44 $\pm$ 1,71 nanogramos/dL, con elevación de anticuerpo antireceptor tiroideo (TSI) 6,08 $\pm$ 5,91 UI/dL. La dosis media de Metimazol era de 18,56 $\pm$ 2,44mg totales. El tiempo medio de seguimiento fue de 3,07 $\pm$ 2,47 años, con mediana de seguimiento de 2,65 años (2 años y 8 meses). Solo un caso precisó tratamiento con radioyodo (el de mayor tiempo en seguimiento: 8 años 10 meses).

Conclusiones: La enfermedad de Graves-Basedow es más frecuente en mujeres adolescentes. A pesar de ser la oftalmopatía un síntoma más específico de la enfermedad que el bocio,

es infrecuente encontrarlo. En la edad pediátrica es habitual buen control con metimazol siendo infrecuente la necesidad de radioyodo.

PD-050

TALLA DISARMÓNICA POR UNA MUTACIÓN POCO FRECUENTE DEL GEN SHOX. IMPORTANCIA DE LA CLÍNICA EN LA ORIENTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO GENÉTICO

Escuder Martn, A.¹; Ruiz-Cuevas García, P.²; Nuevo Casals, S.²; Obon Ferrer, M.²

¹Clínica Girona S.A., Girona, España; ²Hospital Josep Trueta, Girona, España

Anamnesis: Niña de 11 años y 7 meses consulta por talla baja. Antecedentes personales sin interés, nacimiento a las 40 semanas con longitud: 48 cm Perecentil (P14,1,0,9 DE) y peso 3.090 g (P31,-0,5DE). Talla diana familiar 156. Menarquia a los 11 años y 5 meses.

Exploración clínica: Talla 148 (P39,-0,34DE) Peso 56,1 (P90,+1,39DE), Talla sentada 84,3 cm, relación talla sentada/talla: 0,57 (P84,+1,02DE). Relación envergadura brazo/altura: 0,98. Discreto cubitus valgus. Hipertrofia muscular extremidades inferiores.

Exploración padre y hermano con hipertrofia de gemelos. Relación talla sentado/altura paterna: 51% (normal<55%) y hermano talla sentado/altura: 55%.

Se orienta como talla disarmónica con posible alteración del gen SHOX.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Radiografía edad ósea practicada a los 8 años y 3 meses, concordante con edad cronológica, no deformidad de Madelung y cariotipo sangre periférica 46XX.

Radiografía huesos carpianos en cuña, deformidad triangular de epífisis radial y 4 metacarpiano corto.

Estudio genético mediante Array no muestra alteración del gen SHOX.

Dados los hallazgos clínico-radiológicos muy sugestivos de alteración del gen SHOX se decide junto con genetista ampliar estudio a análisis genético molecular mediante secuenciación que muestra en heterocigosis la variante c.487-2A en el intrón 3 que se puede considerar patológico y está descrita en 4 pacientes de la Universidad de Leiden asociada a enfermedad de Leri-Well y talla baja idiopática (SHOX-Database.www.shox.uni-hd.de/).

En el control 14 años presenta talla final de 153 (-1,23DE), IMC 26,53 (+1,47DE), talla sentada: 89,3 (+4,97DE) Tanner 5. Hipertrofia gemelar.

Conclusiones:

1. Ante la sospecha alteración gen SHOX, si el estudio Array es normal, aconsejamos realización secuenciación gen.
2. Importancia confirmación diagnóstica para los casos que se puedan beneficiar de tratamiento con hormona de crecimiento y consejo genético.
3. El seguimiento clínico de los pacientes y una buena historia clínica donde no solo consten antecedentes personales, sino también los familiares con exploración auxológica, es primordial para el diagnóstico de las alteraciones del gen SHOX ya que frecuentemente el fenotipo es inespecífico en la etapa prepuberal.

DEFENSA 6 – Jueves 17

PD-051

EPISODIOS REPETIDOS DE HIPOTONÍA-HIPORRESPUESTA EN UN LACTANTE TRAS PRIMERA DOSIS DE PAUTA DE VACUNACIÓN SISTEMÁTICA

Corberó Rivali, C.; Borja Lloret, A.; Cruz Vila, D.; Ortigosa Gómez, S.; Aznar Lain, G.; López Segura, N.
Hospital del Mar, Barcelona, España

Introducción: El episodio de hipotonía-hiporrespuesta (EHH) se define como aparición súbita de hipotonía, disminución de respuesta a estímulos y cambios de coloración (palidez o cianosis), en niño menor de 2 años en las siguientes 48 horas tras vacunación sin otra causa aparente. Generalmente se describe como un episodio único, autolimitado (duración <30 minutos), con bajo riesgo de recurrencia en sucesivas dosis vacunales (0,8-3% casos) y sin secuelas neurológicas ni mortalidad asociada.

Caso clínico: Niño de 2 meses que ingresa por haber presentado 3 episodios de hipotonía generalizada, desconexión del medio y palidez de <5 minutos duración tras administración de primera dosis vacuna hexavalente y antineumocócica 13-valente. El primer episodio ocurre a los 5 minutos de vacunación. El segundo episodio aparece a las 4 horas, coincidiendo con llanto en domicilio. El tercer episodio se presenta a las 7 horas de vacunación, tras llanto intenso por extracción analítica en urgencias. No relación con las tomas. No antecedentes perinatales, patológicos ni familiares de interés. Desarrollo psicomotor normal.

Exploración física: Incluyendo valoración neurológica, tras el episodio en urgencias normal. Constantes correctas. Análisis de sangre muestra leucocitosis (17.060 con 53% neutrófilos), proteína C reactiva 0,1 mg/dL, glucosa, calcio, función renal y hepática normal. Electroencefalograma, electrocardiograma y ecografía transfontanelar normales.

Dada la buena evolución, la normalidad de las exploraciones complementarias y la cronología compatible, se orienta como EHH tras vacunación.

Comentarios: La patogenia del EHH es desconocida, según algunos autores podría estar relacionada con una activación inflamatoria que aumentaría de forma transitoria la reactividad del sistema nervioso autónomo. Se han reportado casos aislados como el nuestro en que se repitió el mismo episodio en 2 ocasiones más dentro del mismo evento post-vacunación. Es importante conocer esta entidad benigna para evitar exploraciones innecesarias e informar a los padres de que no supone una contraindicación para la vacunación.

PD-052

VEO, VEO... ¿QUÉ VES?

Prieto Mayoral, Á.; Núñez Delgado, M.; Arroyo, J.; Mangas Marín, I.; Segura, M.; Ramiro Mateos, L.; Ambrojo López, B.; Gutiérrez González, M.L.; Fernández, T.
Hospital Materno Infantil de Badajoz, Badajoz, España

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad con una incidencia de 17,69 casos/100.000 habitantes-año. Las complicaciones a largo plazo dependen de un control glucémico estricto y de la variabilidad glucémica.

Existe mayor riesgo de presentar alteraciones en el cristalino, debiendo diferenciar la verdadera catarata juvenil de las opacidades cristalinas.

Anamnesis: Niña de 12 años derivada a Urgencias por detectarse hiperglucemia en analítica preoperatoria. Sin antecedentes personales de interés salvo que desde hace 3 meses está en seguimiento por una catarata subcapsular pendiente de intervención. No ha recibido medicación de interés.

Presenta cefalea frontal intermitente sin datos de alarma y poliuria y polifagia desde hace varias semanas; sin otra clínica.

Exploración física: normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Pruebas complementarias (PPCC) solicitadas al ingreso: gasometría pH 7,4; pCO₂ 32 mmol/l; HCO₃-20 mmol/l; EB-3,7 mmol/l; glucemia 450 mg/dl. Cetonemia 1,7.

PPCC durante la hospitalización: Hemograma normal. Bioquímica: glucemia 453 mg/dl, urato 6,3 mg/dl, TG 541 mg/dl, HDL 48 mg/dl, resto normal. Perfil tiroideo, férrico e inmunoglobulinas normales. HbA1c 12,7%. Insulina < 2 uUI/ml. Péptico C normal. Inmunidad: celiaquía negativo, DM1 pendiente.

Ecografía abdominal: sospecha de cuerpo lúteo hemorrágico en ovario izquierdo (pendiente de nuevo control). Valorada por Oftalmología: catarata leve subcapsular bilateral.

Con el diagnóstico de DM1 fue ingresada. Recibió tratamiento con insulino terapia subcutánea y dieta por raciones realizando diariamente sesiones de educación diabetológica. Mejoría progresiva con normalización de controles tras 7 días de hospitalización.

Actualmente en seguimiento por Endocrinología y Oftalmología.

Conclusiones:

- La catarata diabética juvenil es una afectación infrecuente en la edad pediátrica y es preciso diferenciarla de las opacidades cristalinas.
- Ante la presencia de este hallazgo es importante realizar una adecuada anamnesis y exploración que nos ayuden a orientar el diagnóstico y debe alertarnos sobre la posibilidad de una DM en la infancia.

PD-053

EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ASMA EN PROFESORES

Fierro Urturi, A.¹; Acebes Puertas, R.²; Sanz Fernández, M.¹; Del Amo Ramos, S.¹; Córdoba Romero, A.¹; Gutiérrez Montes, Y.¹; Valverde Gregorio, M.D.¹; Evangelista, F.¹; Vaquero Gajate, C.¹; Arroyo Romo, M.T.³

¹Pisuerga, Arroyo de la Encomienda, España; ²Hospital Río Hortega, Valladolid, España; ³Simancas/Valladolid Rural II, Valladolid, España

Objeto del trabajo: Determinar el impacto de una intervención educativa en el nivel de conocimientos, actitudes y creencias sobre el asma y su manejo en profesores de centros escolares de una Zona Básica de Salud.

Material y métodos: Estudio cuasiexperimental, de tipo antes y después, de una intervención educativa (IE) dirigida a mejorar el grado de conocimientos sobre el asma infantil en profesores de centros escolares de una zona básica de salud semiurbana. Se realizó un cuestionario autocumplimentado

previo a la intervención educativa, inmediatamente después y a los 6 meses.

Resultados y conclusiones: Participaron 100 docentes (69,93%) de 5 centros escolares. Edad media $44,2 \pm 8$ años (rango: 28-59 años). Mujeres (82%).

El nivel de conocimientos sobre el asma y su manejo en el profesorado es bajo. Identifican los principales síntomas del asma (65%), los principales desencadenantes de una crisis (59%). El 30% no sabe si los asmáticos pueden hacer deporte de competición. Cree que no se puede prevenir un ataque de asma durante el ejercicio el 26%. Conoce que el tratamiento inhalado es el más eficaz (79%). El 7% afirma que los antibióticos son una parte del tratamiento, un 26% refiere no saberlo. El 5% cree que el salbutamol daña el corazón, un 54% no lo sabe.

Al analizar el porcentaje de respuestas inmediatamente tras la intervención educativa observamos un incremento significativo en la mejora de los conocimientos sobre el asma y su manejo en todas las preguntas ($p < 0,001$). A los 6 meses después se mantiene el nivel de conocimientos alcanzado tras la intervención.

Conclusiones: Una intervención educativa dirigida a los profesores aumenta significativamente el nivel de conocimientos sobre el asma, manteniéndose elevados durante al menos 6 meses.

PD-054

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y EJERCICIO FÍSICO EN ALUMNOS DE 5 DE PRIMARIA

Fierro Urturi, A.¹; Sanz Fernández, M.¹; Acebes Puertas, R.²; Córdoba Romero, A.¹; Del Amo Ramos, S.¹; Vaquero Gajate, C.¹; Evangelista, F.¹; Gutiérrez De Montes, Y.¹; Valverde Gregorio, M.D.¹; Arroyo Romo, M.T.³

¹Pisuerga, Arroyo de la Encomienda, España; ²Hospital Río Hortega, Valladolid, España; ³Simancas /Valladolid Rural II, Valladolid, España

Objeto del trabajo: Evaluar la efectividad de una intervención educativa sobre alimentación saludable y ejercicio físico en alumnos de 5 de primaria de una Zona Básica de Salud semiurbana

Material y métodos: Estudio cuasiexperimental, de tipo antes y después, de una intervención educativa (IE) dirigida a mejorar el grado de conocimientos y hábitos en materia de nutrición y actividad física en alumnos de 5 de primaria de una zona básica de salud semiurbana. Se realizó un encuesta autocumplimentada previa a la intervención educativa, inmediatamente después y a los 6 meses.

Resultados y conclusiones: Participaron 216 alumnos (10-12 años) de 5 Centros escolares. Chicos (49,5%), chicas (50,5%). Referían realizar 5 comidas diarias (96,1%), desayuno diario (100%), almuerzo (93,5%) y merienda (91,2%). Consumen bollería industrial en el desayuno (43,5%) aunque el 94,4% conocía que era el desayuno menos saludable. Leche (89,8%), cereales (55,6%), fruta (30,6%), pan (38%), embutido (7,4%) y huevos (3,7%). Conocían que el consumo aconsejable de fruta diaria debería ser 4-5 piezas de fruta el 65,3%. El 10% refería que no era necesario tomar lácteos a diario. El 89,8% considera el ejercicio físico tan importante para la salud

como la alimentación, y el sedentarismo excesivo perjudicial (81,5%). No hacía actividad deportiva extraescolar el 7,9%.

Al analizar el porcentaje de respuestas inmediatamente tras la intervención educativa observamos un incremento en la mejora de los conocimientos de alimentación saludable. A los 6 meses después se mantiene el nivel de conocimientos y hábitos alcanzados tras la intervención.

Conclusiones: Los alumnos parten de hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico. En cuanto al nivel de conocimientos, la intervención educativa consiguió mejorarlos de forma significativa ($p < 0,001$), manteniéndose a los 6 meses.

Se deberían hacer intervenciones educativas periódicas para mantener los resultados a largo plazo.

PD-055

VULVITIS INFANTIL RECURRENTE: IMPORTANCIA DE LAS MEDIDAS Y HÁBITOS DE HIGIENE

Castellares González, C.¹; Gil Díaz, M.J.¹; Cuevas Lobato, O.²; Maco Vázquez, K.¹; Muñoz Parra, C.¹; Gómez Alonso, R.¹; Peláez De Salazar, M.J.³; Puente Barral, M.J.¹

¹CS Santa Monica, Rivas Vaciamadrid, España;

²Hospital De Getafe, Getafe, España; ³CS La Paz, Rivas, España

Objetivos: Conocer la etiología inflamatorio/microbiológica de las VV sintomáticas consultadas en el periodo de estudio en nuestras consultas. Analizar si son principalmente de origen no infeccioso, contaminación entero fecal, relacionadas con la mala higiene, mediante la relación con el resultado del exudado vulvar (EV). Además de vulvitis recurrentes (VVR).

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo, se analizaron todos los casos de niñas y adolescentes que acudieron a nuestra consulta por sintomatología inflamatoria vulvar y que tenían recogida una muestra de EV, desde el 1 de diciembre del 2015 al 31 de enero del 2019.

Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico clínico de vulvitis, se registró los siguientes casos con sintomatología de afecciones inflamatorias de vulva: disuria, prurito, ardor, mal olor, secreción vulvar o varios de estos problemas. Más de 2 años de edad. Tener una muestra y un resultado de un EV (recogido en nuestra consulta). No usar pañal diurno ni antecedente de parásitos/prurito anal.

Criterios de exclusión: Uso de antibióticos dentro de los diez días previos a la fecha al EV.

VVR: tener mínimo 2 diagnósticos de VV en el periodo de estudio

Resultados: Un total de 177 muestras. La media de edad del grupo es 4,7 años (2 a 12 años de edad). Se dividió en 3 grupos dependiendo del resultado del EV: los que tenían solo leucocitos, los que presentaban CF + leucocitos y en los que identificó algún microorganismo. Análisis las VVR más de 2 episodios en el periodo de estudio.

Conclusiones: La etiología más importante asociada a la VV es la contaminación EF, la cual está asociada principalmente a malos hábitos de limpieza y afecta la franja de edad entre 2 y 6 años. De las 35 pacientes que presentaron VVR, 88% tenían en más CEF, 28% en todas las muestras con CEF, a pesar de haber indicado post muestra la adecuada higiene. Debemos hacer hincapié y preguntar hábitos higiénicos en las diferentes revisiones, tanto a las niñas como a los padres.

PD-056 HEMATOMAS...Y ALGO MÁS

Gómez-Limón, M.C.¹; Mayoralas Gómez-Limón, A.²

¹C.S. Barajas, Madrid, España;

²Complejo hospitalario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Anamnesis: Paciente de 6 meses de edad, que en revisión rutinaria por su pediatra en la escuela infantil se observan dos lesiones violáceas tipo hematoma, una en el 1/3 superior del brazo derecho de 2 centímetros y otra en el 1/3 inferior del brazo izquierdo de u 1,5 centímetros aproximadamente. Lactante con buen estado general. Buen desarrollo estaturponderal, así como psicomotriz. Acude a sus revisiones de niño sano en su centro de salud, con vacunación correcta. No antecedente personal ni familiar de interés. Se le preguntan a los padres y a las cuidadoras de la guardería sobre caídas o traumatismos que lo pudieran justificar siendo negativa la respuesta. Se hace seguimiento.

Exploración clínica: Peso: 7.800 kilos y talla 66 centímetros. Exploración por aparatos normal, excepto lesiones anteriormente descritas, y equimosis en costado izquierdo.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Sigue persistencia de las lesiones y se realiza estudio analítico: HEMOGRAMA: Hematocrito: 30,7%; Hemoglobina: 9,4 g/dL; Hematíes: 4,16 x 10⁹/L; VCM: 73,8fl; HCM: 22,5 pg; CHCM: 30,5 g/dL; Plaquetas: 873 x 10⁹/L; Leucocitos: 14,060/mm con fórmula leucocitaria normal: coagulación: Tiempo de Protrombina: 10,3 seg; Actividad de protrombina: 109%; Fibrinógeno: 332 mg/dL; Tiempo de Cefalina: 81,4 s; Ratio de tiempo de cefalia: 3,12; Perfil férrico: Hierro: 22 microg/dL; Transferrina: 244 mg/dL, CTTH: 344 microg/dL; IST: 6% Ferritina: 43 ng/mL; Factores de coagulación: Factor VIII: C: 0,4%; Factor de Von-Willebrand (FVW): 89%; FVW: RCo: 88,6.

Diagnóstico: Hemofilia A grave.

Tratamiento: Profilaxis con Factor VIII de ensayo (N8-GP).

Conclusiones: Caso clínico de hemofilia A sin antecedentes familiares conocidos, por lo que no se realizó diagnóstico prenatal. Coagulopatía hereditaria por déficit del factor VIII. Diagnóstico de sospecha por sangrados anormales, aunque hasta la deambulación no suelen ser importantes.

PD-057 CUANDO UNA ADENOPATÍA DA LA CLAVE

Pérez García, C.¹; López Mármol, A.B.²; Camacho Lozano, L.³;

Gómez Chaparro, J.L.²

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España;

²Centro de salud Carlos Castilla del Pino, Córdoba, España;

³Centro de Salud Don Benito Este, Badajoz, España

Introducción: El neuroblastoma (NB) es uno de los tumores sólidos más frecuentes en la edad pediátrica. Al contrario que en otras neoplasias, su diagnóstico en lactantes menores de un año, presenta buen pronóstico y respuesta a tratamiento. Las adenopatías son un hallazgo muy común en pediatría y uno de los motivos de consulta más frecuentes. Aunque en su mayoría son secundarias a procesos benignos, en ocasiones subyacen cuadros de más gravedad.

Anamnesis: Lactante de 8 meses que consulta en Atención Primaria por adenopatía laterocervical de aparición reciente.

Se encuentra afebril, sin afectación del estado general ni otra sintomatología.

Exploración clínica: A la exploración física presenta adenopatía laterocervical izquierda de características inflamatorias de unos 2 x 2 cm, junto con varias otras de las mismas características y diámetro máximo 0,5 cm.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se inicia tratamiento antiinflamatorio y antibiótico con nula mejoría, por lo que se decide continuar estudio con ecografía, radiografía y analítica, diagnosticándose como adenopatías reactivas a infección viral inespecífica. Por crecimiento progresivo de la adenopatía en los meses sucesivos (5 x 3 cm), se decide biopsia diagnóstica, informándose el estudio anatomopatológico como metástasis ganglionar de NB. Se realiza estudio de extensión según protocolo y se inicia tratamiento quimioterápico con buena respuesta hasta el día de hoy.

Conclusiones: La evaluación de adenopatías es frecuente en la consulta del pediatra Atención Primaria. La mayoría de éstas tienen un origen benigno y curso autolimitado. Sin embargo, podrían ser el reflejo de enfermedades sistémicas o neoplásicas. Entre estas últimas destaca el NB, tercer tumor sólido más frecuente en la edad pediátrica y el primero en menores de un año. En estos últimos, suele cursar con buen pronóstico, sobre todo en estadios precoces. Por ello es esencial, ya desde la consulta de Atención Primaria realizar una buena aproximación diagnóstica diferencial que evite demoras en el tratamiento.

PD-058 ICTERICIA TRAS UN DÍA DE CAMPO

Vaquerizo Vaquerizo, V.; González Carracedo, M.J.;

Plácido Paías, R.; García Vázquez, J.; Galiano Ávila, C.;

Serrano Zamora, V.; Espejo Díaz, C.; Benegas Vaz, N.;

Fernández Burriel, M.; Portillo Márquez, M.

Hospital de Mérida, Mérida, España

Varón de dos años cuyos padres consultan a su pediatra por observarle coloración amarilla generalizada y orinas oscuras. Refiere prurito. Presenta catarro, sin fiebre, desde hace cuatro días. No ha tomado medicamentos.

No padece enfermedades ni alergias. Bien vacunado. Padres sanos, hijo único. Tío materno con episodios de anemia.

A la exploración observamos ictericia generalizada y palidez. Buen estado general con constantes vitales estables. Consciente, orientado y colaborador. Sin megalias ni masas abdominales. No exantemas. Auscultación cardiopulmonar normal. No adenopatías patológicas.

Sospechando anemia hemolítica, se solicita hemograma y bioquímica. Presenta anemia microcítica (Hemoglobina de 6,7 g/dl) y reticulocitosis; elevación de lactato deshidrogenasa, haptoglobina baja e hiperbilirrubinemia indirecta. Se deriva al Hospital. Al rehistoriar a la familia, comentan que recientemente habían estado en el campo y habían comido habas crudas. Se indaga sobre la enfermedad del tío materno, padece déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa (G6PD). Con esto, solicitamos test de actividad de G6PD en eritrocitos, demostrándose baja; por lo que solicitamos estudio genético, que nos confirma la enfermedad.

Evolución favorable con recuperación de cifras de hemoglobina en dos meses.

El déficit de G6PD es la alteración enzimática más común del eritrocito. Existen variaciones geográficas de su distribución siendo más frecuente en las zonas endémicas de Malaria. Es un trastorno genético ligado al cromosoma X, con afectación clínica variable dependiendo del porcentaje basal de actividad enzimática. Cursa con anemia hemolítica de severidad variable, típicamente desencadenada ante situaciones con aumento de estrés oxidativo (fármacos, infecciones, ingesta de habas) junto con ictericia, palidez y coluria.

Ante la sospecha, se realiza test semicuantitativo (actividad basal de G6PD) y, ante su positividad, test cuantitativo (Nicotinamida-Adenina-Dinucleótido-Fosfato (NADPH) formado) o estudio genético.

El tratamiento agudo dependerá de la severidad de la anemia. La prevención con evitación de agentes precipitantes de las crisis, es esencial. Debe hacerse consejo genético.

PD-059

COMPLICACIONES EN EL PACIENTE CON DREPANOCITOSIS

Pedrosa García, I.; Benítez Muñoz, H.; García Aldana, D.; León Carretero, S.; Fernández-Teijeiro Álvarez, A.
Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla, España

Anamnesis: Adolescente varón de 18 años de origen senegalés con diagnóstico de drepanocitosis con tratamiento profiláctico con hidroxiurea. En 2016, tras realizar un viaje a Senegal y cesar el tratamiento, presenta un episodio de crisis hemolítica con anemización aguda y crisis vasooclusiva ósea que precisa varias transfusiones de concentrado de hemáties. En 2018, tras un segundo viaje a Senegal, presenta un episodio de crisis vasooclusiva ósea seguido de un cuadro de pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho por lo que se sospecha un ACV y se solicita una RM cerebro-espinal con contraste que resulta normal. La evolución es favorable y el paciente presenta mejoría sintomática espontánea. Una semana más tarde reingresa por crisis hemolítica y dolor en hipocondrio derecho.

Exploración clínica: Ictericia de piel y mucosas incluidas palmas y plantas. Dolor a la palpación de hipocondrio derecho.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: En ecografía abdominal colelitiasis sin colecistitis. Controles analíticos seriados demuestran elevación de PCR (> 300 mg/l), transaminasas (> 100 mg/dl), bilirrubina directa (> 30 mg/dl) y D dímeros (> 18.000). La ecografía doppler abdominal y el angioTC de abdomen y tórax descartan fenómenos trombóticos planteándose como primera posibilidad diagnóstica la colestasis intrahepática. El cuadro se resuelve tras la realización de una eritroaféresis.

Conclusiones: La drepanocitosis constituye la primera causa de anemia hemolítica a nivel mundial y ha aumentado su frecuencia en nuestro país debido a la inmigración. Estos pacientes presentan una menor calidad y esperanza de vida debido a las complicaciones de la enfermedad derivadas de la afectación multisistémica por fenómenos de hemólisis y oclusión vascular con hipoxia tisular. En esta presentación describiremos el manejo de distintas complicaciones agudas y crónicas multisistémicas del paciente con drepanocitosis,

algunas de ellas, como la colestasis intrahepática, de gran complejidad diagnóstica y terapéutica si no es reconocida.

PD-060

ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN EN UNA PACIENTE CON ADENOPATÍA CERVICAL PERSISTENTE

Cardelo Autero, N.; Carazo Gallego, B.; Pueyo Agudo, E.; Moreno Pérez, D.; Urda Cardona, A.L.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

Anamnesis: Niña de 2 años, sin antecedentes de interés, que presenta una adenopatía laterocervical derecha de varias semanas de evolución. No se ha modificado desde su aparición. No presenta fiebre, datos inflamatorios locales ni sintomatología constitucional. No afectación a otros niveles.

Exploración clínica: Se palpa una adenopatía a nivel laterocervical de 6 cm de diámetro, dura, no dolorosa a la palpación y no adherida a planos profundos. No adenopatías a otros niveles. No organomegalias. Resto de la exploración física normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Inicialmente se pauta una tanda de antiinflamatorios, sin mejoría, seguidos de tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico (50 mg/kg/día), también sin resultados.

Se solicita una analítica sanguínea que muestra una elevación leve de la ferritina y de la velocidad de sedimentación globular, así como hipergammaglobulinemia (IgG). Dada la persistencia de la adenopatía, se realiza ecografía cervical y abdominal revelando adenopatías múltiples a esos niveles sin características de malignidad. Se realiza prueba de tuberculina, con resultado negativo, y radiografía torácica que es normal. Finalmente, se biopsia la adenopatía, siendo diagnóstica de histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva o enfermedad de Rosai-Dorfman.

Se valora extensión de la enfermedad con una resonancia magnética nuclear completa, mostrando exclusivamente enfermedad nodal, sin afectación de órganos vitales.

Actualmente, un año tras el diagnóstico, la paciente se encuentra en seguimiento clínico-radiológico, sin necesidad de tratamiento.

Conclusiones: Ante una adenopatía atípica y persistente debe realizarse un amplio diagnóstico diferencial, que incluirá una biopsia en la mayoría de casos.

La enfermedad de Rosai-Dorfman es una rara patología de etiología desconocida donde hay una proliferación histiocítica, fundamentalmente a nivel ganglionar cervical, aunque puede afectar a nivel extranodal. La biopsia es la única prueba diagnóstica confirmatoria. El tratamiento dependerá de la extensión de la enfermedad, aunque en los casos leves con afectación nodal exclusiva el seguimiento suele ser suficiente.

PD-061

FACTORES ASOCIADOS A PATOLOGÍA ORAL EN LA INFANCIA

Fornes Vivas, R.; Pérez Feito, C.E.; Navarro Juanes, A.; Carvajal Roca, E.; Robledo Díaz, L.
Casa de Salud -Hospital Católico, Valencia, España

Objeto del trabajo: La leche materna posee numerosos beneficios para el desarrollo físico e intelectual del niño y par-

ticipa de forma activa en la prevención de patologías comunes como el asma, las infecciones o el síndrome de muerte súbita del lactante. Sin embargo, es todavía controvertido su papel en la patología oral. Este estudio se centró en determinar los factores de riesgos implicados en la génesis de la maloclusión y los efectos de la lactancia materna.

Material y métodos: Estudio caso-control sobre un total de 80 pacientes entre tres y ocho años de edad, 23 con maloclusión y 56 controles sanos, procedentes de la provincia de Valencia, España, seleccionados bajo un modelo no probabilístico. Se analizaron variables relacionadas con lactancia materna y variables vinculadas a características sociodemográficas y hábitos de alimentación e higiene. Para el análisis de las variables cuantitativas se utilizó la media aritmética y la desviación estándar como medidas de centralidad. Las variables cualitativas se describieron por sus frecuencias absolutas y relativas. Para el estudio de factores asociados al desarrollo de la maloclusión se utilizó la prueba de chi-cuadrado de person.

Resultados y conclusiones: El 60% de los pacientes sin maloclusión fueron alimentados con lactancia materna exclusiva frente a un 43% de quienes sí la padecían. Sin embargo, no se encontró significación estadística ($p < 0,05$) en dicha diferencia. Tampoco pudieron establecerse relación estadísticamente significativa con variables sociodemográficas y relacionadas con los hábitos de alimentación e higiene.

Conclusiones: No ha podido establecerse ningún factor predecible asociado al desarrollo de la maloclusión en la población estudiada. Aunque en el estudio, la lactancia materna no ha sido un factor protector en la aparición de maloclusión, si se ha evidenciado una mayor proporción de niños amantados sanos frente a una mayor proporción de niños enfermos alimentados con leche artificial.

PD-062

SÍNDROME DE HINMAN: CAUSA INFRECIENTE DE REFLUJO VESICoureTERAL E INFECCIONES URINARIAS DE REPETICIÓN

Gómez Martín, M.I.¹; Redondo Granado, M.J.²; María Guerrero, R.³; Martínez Sierra, M.J.¹; Alonso Gómez, C.I.⁴

¹C.S. Tudela, Tudela de Duero, España; ²C.S. Plaza del Ejército, Valladolid, España; ³C.S. Aranda Norte, Aranda de Duero, España;

⁴Facultad de Medicina Valladolid, Valladolid, España

Anamnesis: Niña de 5 años sin antecedentes patológicos de interés que comienza con infecciones urinarias de repetición afebriles. Presenta enuresis nocturna y ocasionalmente escapes urinarios diurnos.

La exploración física es normal. Padres separados 12 meses antes.

Se realiza ECO renovesical con resultado normal. Ante la persistencia de las infecciones se decide realizar CUMS detectándose un reflujo vesicoureteral grado II y se pauta profilaxis antibiótica con fosfomicina.

Persisten los episodios de infección por lo que se realiza un estudio de uroflujometría siendo diagnosticada de vejiga inestable, se comienza tratamiento con 5 mg de oxibutinina cada 12 horas y uroterapia estándar. La clínica no mejora presentando infecciones cada vez más frecuentes por gérmenes resistentes a la antibioterapia habitual y algún episodio

de retención urinaria. Se realiza nueva flujometría en la que se evidencia una micción completamente disfuncional con residuo postmiccional abundante (132 ml) y gran actividad del esfínter vesical externo premiccional y durante la micción, RNM de región lumbosacra, función renal y gammagrafía renal normales. Se diagnostica de Síndrome de Hinman y se inicia tratamiento rehabilitador mediante *biofeed-back* sin mejora. Es derivada a un hospital de referencia en nefrología pediátrica donde se realizó cirugía en dos ocasiones con inyección de botox en el esfínter vesical externo y posteriormente nueva rehabilitación mediante *biofeed-back*. La paciente mejoró a partir de la segunda intervención y permanece asintomática hasta el momento actual.

Conclusiones: El Síndrome de la vejiga neurógena o síndrome de Hinman es una rara entidad caracterizada por una disfunción vesical miccional sin patología neurológica. En su etiología influyen factores de presión psicológica en el paciente y puede producir daño renal por reflujo secundario a la obstrucción funcional. Por ello, es importante el diagnóstico precoz y descartarlo ante un paciente con infecciones urinarias recurrentes y de comienzo tardío.

PD-063

HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Marín Andrés, M.; Martínez De Morentin Navarcorena, A.L.; Sala Fernández, L.; Gutiérrez Sánchez, A.M.; Romero Salas, Y.; Justa Roldán, M.L.; Ferrer Aliaga, N.; Alcón Grases, M.; Campos Calleja, C.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Objeto del trabajo: El objetivo es realizar un análisis descriptivo de los pacientes con hipertensión arterial (HTA) que son atendidos en urgencias de pediatría de un hospital terciario.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los casos atendidos en urgencias de pediatría entre enero 2015 y octubre 2018 que hubieran sido codificados como "hipertensión".

Resultados y conclusiones: Se incluyeron 25 casos (56% varones). Edad media 10 años (rango 2-14). Lugar de origen: domicilio (56%), otro hospital (24%) y centro de salud (20%). El 12% habían sido diagnosticados previamente de HTA. Se registraron los percentiles de presión arterial (PA) en el 32% de los informes de alta de urgencias. El 16% presentaba un percentil de PA mayor al p99, el 12% entre el p95 y 99 y el 4% entre el p90 y 95. El 76% presentaba clínica asociada. Sintomatología más frecuente: cefalea (24%), mareo (24%) y dolor abdominal (24%). Síntomas menos frecuentes: vómitos (8%), hematuria (8%), astenia (4%) y parálisis facial (4%). Pruebas complementarias realizadas en urgencias: tira de orina (68%), analítica sanguínea (36%), consulta a Oftalmología (32%), electrocardiograma (16%) y ecografía abdominal (8%). Ingresaron 15 pacientes (60%) precisando 2 ingresos en UCI. Se remitieron a 7 pacientes a consulta de Nefrología desde urgencias. Se inició tratamiento farmacológico de forma urgente en 2 pacientes (8%). La estancia media hospitalaria fue 3,6 días. Durante el ingreso se realizó: analítica sanguínea con estudio de la función renal (100%), ecografía doppler abdominal (80%), interconsulta a Cardiología (53%), inter-

consulta a Oftalmología (46%) y monitorización ambulatoria de la presión arterial (33%).

La incidencia de casos de HTA en urgencias es menor a la esperada, probablemente porque no se codifica "hipertensión" en contexto de glomerulopatía aguda. Aunque el 76% de los pacientes presentan clínica, la mayoría no precisan tratamiento farmacológico urgente al no ser considerada urgencia/emergencia hipertensiva.

PD-064

ECTÁSIA PIÉLICA. FACTORES PRENATALES Y EVOLUCIÓN POSTNATAL

Pérez Feito, C.E.; Carvajal Roca, E.; Fornes Vivas, R.;
Navarro Juanes, A.; Robledo Díaz, L.
Casa de Salud -Hospital Católico, Valencia, España

Objeto del trabajo: La ectásia piélica es una malformación renal que es diagnosticada en el 1% de los embarazos. Debido a su frecuencia sería de importancia detectar los posibles factores de riesgos ambientales, maternos y antecedentes de patología renal familiar, así como conocer la evolución clínica a corto plazo de la dilatación pielocalicial según la gravedad.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal, descriptivo y retrospectivo. En él se incluyeron 42 pacientes diagnosticados de ectásia piélica, los cuales presentaban en la ecografía prenatal una dilatación de la pelvis renal mayor de 7mm, se clasificaron según el diámetro anteroposterior de la dilatación piélica renal y según el grado de hidronefrosis que presentaban ecográficamente. Se recogieron datos acerca de la evolución clínica de los recién nacidos durante el primer año de vida teniendo en cuenta si, ingresaron debido a patología renal consecuencia de la malformación o incluso si, requirieron cirugía reparadora.

Resultados y conclusiones: De los 42 lactantes (35 varones y 7 mujeres), 22 sufrían dilatación pielocalicial leve, 9 moderadas y 11 grave, siendo de predominio unilateral e izquierda. Se obtuvo significación positiva en las variables de edad materna y en la secuencia de gestación respecto a padecer ectásia piélica bilateral ($p < 0.05$). No se obtuvo significación estadística respecto a factores de riesgo y clínica renal postnatal.

Conclusiones: Se encontraron asociaciones positivas entre la edad materna y el número secuencial de gestación con la probabilidad de diagnosticar ectásia piélica bilateral. La ectásia piélica prenatal es más frecuente en varones, unilateral e izquierda.

Se han encontrado asociaciones positivas entre la bilateralidad de la ectásia renal, con la edad de la madre y la secuencia de la gestación.

PD-065

EXPLICARLE TODO BIEN A LOS PADRES SI QUE ES IMPORTANTE...

Alonso Gamo López De La Cámara, L.; Rodríguez Mesa, M.D.;
De Cos Igartua, M.; García Gozalo, M.; Furones García, M.
Hospital Infanta Cristina, Parla, España

Introducción: Paciente de 2 años que acude a consultas de Dermatología para curetaje de lesiones de molluscum contagiosum con afectación torácica y abdominal extensa. Durante

su estancia en sala de espera presenta somnolencia intensa, ataxia de la marcha y caída al suelo trasladándose a Urgencias.

Anamnesis: En anamnesis a los padres, estos refieren que habían administrado anestésico local EMLA en toda la superficie corporal donde la paciente presentaba lesiones (tórax, cuello y abdomen), y que posteriormente habían recubierto la zona con film transparente durante una hora.

Exploración clínica: Destaca cianosis perioral con saturación de oxígeno de 78%. Exploración neurológica con tendencia a la somnolencia, pares craneales normales, no signos meníngeos pero sí ataxia marcada de la marcha. Tono adecuado en sedestación y ROT presentes.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: En Urgencias se solicita ECG (que resulta normal) y gasometrías seriadas con metahemoglobinemia máxima de 14%. Ante desaturación de hasta 78%, se inicia oxigenoterapia con mascarilla reservorio y además se administra azul de metileno a 2 mg/kg, objetivándose entonces mejoría de la clínica neurológica y de la saturación de oxígeno. Se estabiliza a la paciente y se deriva a hospital terciario para ingreso en UCI pediátrica. No precisa tratamiento con lípidos por mejoría clínica.

Conclusiones: La metahemoglobinemia por EMLA está descrita dentro de las intoxicaciones por anestésicos locales. Hay que dejar claro a todos los padres que deben de aplicar el anestésico únicamente sobre las lesiones, no sobre toda la superficie de la piel. Además, en pacientes con dermatitis atópica debemos reducir la dosis a utilizar, ya que la superficie de absorción esta aumentada, aumentando por tanto el riesgo de intoxicación, que también aumenta cuando se ocluye la superficie a tratar (con film transparente).

Es de vital importancia dar indicaciones claras a los padres para evitar intoxicaciones y efectos secundarios no deseados.

PD-066

IMPOTENCIA FUNCIONAL DE MIEMBROS INFERIORES: ¿ORGANICIDAD O SÍNDROME CONVERSIVO?

Asenjo Ponce De León, S.; Valero Martín, L.
Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat, España

Anamnesis: Niño de 7 años derivado por dolor e impotencia funcional progresiva de miembros inferiores de tres días de evolución. Retención urinaria que requiere sondaje en centro emisor las últimas horas. Hace seis días inicia dolor glúteo de progresión a miembros inferiores e hipogastrio añadiéndose febrícula por lo que se orienta como virasis. Asocia estreñimiento y enuresis de nueva aparición.

Controlado en centro de salud mental por ansiedad, trastorno negativista-desafiante e importante distocia familiar.

Exploración física: Destaca ansiedad marcada. Dolores corporales inespecíficos que ceden con maniobras de distracción. Fuerza, tono, sensibilidad y reflejos conservados en extremidades. Tono del esfínter anal conservado. Babinski bilateral y negación a la marcha. Abdomen con defensa y peritonismo.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: La analítica inicial muestra elevación de parámetros inflamatorios con enzimas musculares normales. Se descarta apendicitis al ceder el dolor con placebo y ecografía abdominal normal. Se orienta como probable síndrome conversivo e ingresa para descartar organicidad.

Mantiene gran labilidad emocional, alteraciones sensitivo-motoras discordantes y dolores inespecíficos con incapacidad para la marcha. Inicia dolor ocular detectándose neuritis óptica derecha. Electromiograma normal y resonancia magnética con hallazgo de encefalomiелitis desmielinizante aguda multifocal. Los potenciales evocados sensitivomotores muestran afectación de cordones y vía corticoespinal bilaterales. Se estudia líquido cefalorraquídeo con positividad para anticuerpos contra la glucoproteína del oligodendrocito asociada a la mielina (anti-MOG). Se administran gammaglobulinas y tres bolus de corticoides endovenosos con buena respuesta y reinicio de la deambulación.

Conclusiones: La patología psiquiátrica es un factor de confusión que retrasa el diagnóstico, siendo importante detectar los signos de alarma que esconde. La enuresis secundaria asociada a estreñimiento y dolor o disfunción de extremidades inferiores indica patología medular.

La encefalomiелitis aguda diseminada es una enfermedad autoinmune infrecuente desencadenada post-vacunación o por infecciones. La positividad de anti-MOG se asocia a un amplio espectro de enfermedades desmielinizantes.

PD-067

CRISIS FOCAL COMO RESULTADO DE SANGRADO AGUDO DE CAVERNOMA

De Cos Igartua, M.; Alonso-Gamo López De La Cámara, L.; Rodríguez Mesa, M.; Furones García, M.; García Gozalo, M.
Hospital Infanta Cristina, Parla, España

Anamnesis: Niño de 4 años que es traído a Urgencias Pediátricas por un episodio de movimientos involuntarios de mano y párpado derechos de media hora de evolución. Al interrogarles, niegan traumatismos o procesos infecciosos previos, ni tampoco antecedentes personales de interés.

Exploración clínica: El paciente presenta movimientos clónicos de muñeca derecha asociados a movimientos rítmicos de cierre palpebral derecho. El resto de la exploración neurológica es normal, así como la frecuencia cardíaca y la tensión arterial.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se le administra midazolam bucal 5 mg y se le extrae una analítica (con resultado normal). Tras 10 minutos y por persistencia de la crisis, se administra midazolam intravenoso a 0,2 mg/kg, con cese inmediato de la misma. Se realiza entonces un TAC, que muestra un sangrado intraparenquimatoso temporal izquierdo, por lo que se estabiliza y se deriva a hospital terciario para ingreso en Neurocirugía, donde se diagnostica de cavernoma frontal izquierdo.

Conclusiones: Las lesiones cavernomatosas son malformaciones congénitas de los vasos del sistema nervioso central constituidos por espacios vasculares sinusoidales sin parénquima cerebral entre ellos. Aunque no se conoce su incidencia exacta, se estima que se encuentran en un 0,5-1% de la población adulta. En torno al 50-70% de estos llega a dar síntomas, pero la mayoría suele manifestarse en la edad adulta (tercera-cuarta década de la vida), y lo hacen en forma de cefalea, debilidad, trastornos de la memoria/atención, alteraciones visuales o convulsiones. Solo un 10-25% de los cavernomas sintomáticos se manifiestan a través de una hemorragia intra-

craneal, como fue el caso de nuestro paciente. A pesar de que el sangrado de un cavernoma rara vez es mortal, el tratamiento de elección en estos casos suele ser la cirugía, mientras que los cavernomas asintomáticos solo requieren seguimiento.

PD-068

REGRESIÓN PSICOMOTRIZ CAUSADA POR DÉFICIT DE VITAMINA B12

Prado Chaves, Á.; Arranz Boned, M.; García Muñoz, A.I.; Del Castillo Velilla, I.; Martínez Gómez, A.R.; Suárez Lascano, A.B.; Pareja Grande, J.; García Cabezas, M.Á.
Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Anamnesis:

- Enfermedad actual: Lactante de 6 meses que consulta por presentar desde hace un mes, somnolencia, hipotonía y menor reactividad.
- Antecedentes: Desarrollo psicomotor: Sonrisa social al mes de vida. Fijaba mirada. Hipotonía axial desde el nacimiento con control cervical durante pocos segundos. No sedestación. Coge objetos con las manos y se los cambia y los lleva a la boca. Lactancia materna y alimentación complementaria. Madre con dieta mediterránea; anemia megaloblástica en analítica sanguínea

Exploración clínica:

- Fija mirada ocasionalmente y no sigue objetos. No contacta con observador. No sonrisa social. Hipotonía axial. Sedestación inestable incluso con apoyo. Coge objetos con ambas manos, pero hay que aproximárselos.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Analítica: Hemoglobina 7.8 g/dl, Vitamina B12 100 pg/ml (N > 200 pg/ml), Homocisteína en plasma 165 mcmol/L.
- Estudio metabólico: Pendiente.
- RMN: Atrofia cortical. Sustancia blanca inexistente.

Tras objetivar anemia megaloblástica por déficit de Vitamina B12, se administran suplementos de hierro, vitamina B12 y ácido fólico, presentando mejoría en la exploración, consiguiendo sonrisa social, seguimiento de objetos, balbuceo.

Conclusiones: La pérdida de habilidades del desarrollo obtenidos previamente, suelen atribuirse a las llamadas encefalopatías heredodegenerativas, cuyo curso es progresivo y, eventualmente incapacitante o letal. Una encefalopatía progresiva, generalmente es una enfermedad genética, aunque puede ser confundida con enfermedades como tumores, metabólicas, infecciones, neuromusculares, autoinmunes, neurocutáneas, hidrocefalias o trastornos vasculares si estas siguen un curso progresivo.

La causa más frecuente de déficit de vitamina B12 en la infancia es el déficit materno. Su carencia, condiciona la aparición de anemia megaloblástica, manifestaciones neurológicas y alteración de parámetros antropométricos. Aportes deficitarios en la infancia temprana, etapa de rápido desarrollo neurológico, pueden producir a alteraciones en el sistema nervioso, pudiendo evolucionar a secuelas irreversibles si no se corrige. Se debe sospechar un déficit de vitamina B12 ante un lactante con clínica neurológica o afectación del desarrollo psicomotor.

PD-069

NEUROFIBROMATOSIS TIPO I: DERIVAR A ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN BUSCA DE QUE APAREZCAN CRITERIOS NO ES SUFICIENTE. EL PAPEL DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Ximénez Verresen, E.¹; Olalla Nadal, F.²; Mateo, G.A.²;
Ríos Tello, J.A.¹; Gálvez, J.A.²; Arriola Pereda, G.²;
Andrés Bartolomé, A.²

¹Centro de Salud Alamin, Guadalajara, España;

²Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

Anamnesis: Exponemos serie de dos pacientes con neurofibromatosis tipo 1 (NFI), ambos del mismo centro de salud, derivados a Neuropediatría a los 9 meses por manchas café con leche (MCCL) sospechosas. A pesar de aparentemente recibir seguimiento, ambos han presentado complicaciones graves, diagnosticadas desde la consulta de Atención Primaria.

Exploración clínica:

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- El caso 1 se diagnosticó de un glioma de quiasma inoperable, con grave disminución de agudeza visual (AV) secundario, a los 7 años. Aun no cumplía criterios de NFI, solo tenía un criterio (no tenía realizada resonancia magnética cerebral -RMN- ni genética). La baja AV se detectó en la revisión de los 6 años (aunque estaban derivados a Oftalmología, realmente llevaban años sin verla porque no era colaboradora y la madre no valoraba la importancia del seguimiento). Tenía macrocefalia.
- El caso 2 de un glioma en tronco del encéfalo, con 3 años. Tenía hecha RMN previa (con lesiones displásicas de sustancia blanca generalizadas incluyendo tronco) y ya cumplía criterios de NF1. El diagnóstico de complicación se hizo desde primaria por debilidad, ptosis y tendencia al sueño. Tenía macrocefalia.

Conclusiones:

- El seguimiento en especializada de niños con NF1 no excluye el seguimiento estrecho en Atención Primaria, en particular de la AV en las revisiones de salud, puesto que los gliomas de vía óptica aparecen en menores de 6 años.
- El pediatra debe informar a los padres de la importancia del seguimiento, incluso sin cumplir aún criterios de NFI.
- Planteamos la posibilidad de que niños pequeños con MCCL muy sospechosas, o MCCL sospechosas y macrocefalia, se realicen estudio genético de NFI, pues de confirmarse conllevaría un seguimiento más estrecho y con mayor adherencia de los padres, evitando así diagnósticos tardíos de complicaciones asociadas.

PD-070

LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE PATOLOGÍA TRATABLE EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Gutiérrez Agujetas, M.; García-Navas Núñez, D.; Cabello Anaya, M.D.C.; Álvarez Mateos, M.C.; Acosta Hurtado, C.; Sánchez Conejero, M.; Basso Abad, B.; Chamorro Vera, A.;
Fernández Smersu, N.; Roncero Mailló, M.

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

Anamnesis: Niña de 8 años, consulta en atención primaria por pérdida visual completa de ojo derecho, no dolorosa,

de 12 horas de evolución. Refiere cefalea desde cuatro días previos, localización frontoparietal y características pulsátiles. Inestabilidad. Afebril, no procesos intercurrentes previos ni actuales. No vacunación reciente. Es derivada a urgencias hospitalarias.

Antecedentes: Crisis febriles típicas. Madre migraña. Abuelo materno epilepsia.

Exploración clínica: Endotropía ojo derecho habitual, resto anodina salvo fondo ojo derecho papila congestiva con edema incipiente.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- TAC craneal-órbita: normal.
- Analítica sanguínea con perfiles, inmunidad y serologías: sin hallazgos.
- Punción lumbar: líquido claro, normotenso. Microbiología negativa.
- Estudio Inmunológico en suero y LCR: anti-MOG y BOC positivos.
- Potenciales evocados: compromiso de nervio óptico derecho.
- Resonancia Magnética: engrosamiento cordón medular cervical posterior de C3-C7, sin realce tras gadolinio.
- Interconsulta a Oftalmología: compatible con neuritis óptica ojo derecho. Agudeza visual ojo derecho 0.4, ojo izquierdo 0.9. No defecto pupilar aferente relativo.

Recibe tratamiento con bolos de metilprednisolona iv, sin efectos adversos, recuperando visión. Alta domiciliaria con pauta descendente.

Evolución clínica favorable. Pruebas neurofisiológicas, neuroimagen y controles oftalmológicos normales. Persistencia en suero de anti-MOG positivos.

Conclusiones: Ante la presencia de cefalea y pérdida de visión en pacientes pediátricos debe realizarse amplio diagnóstico diferencial desde atención primaria, con objetivo de realizar abordaje precoz. Deben incluirse patologías infecciosas, hipertensión intracraneal idiopática, lesiones ocupantes de espacio intracraneales, tumores de nervio óptico y patologías desmielinizantes del sistema nervioso central (SNC), entre otras.

Presentamos un caso de Neuromielitis Óptica (Enfermedad de Devic), patología inflamatoria aguda del SNC, con desmielinización y daño axonal inmunomediados, especialmente en nervio óptico y médula espinal. La sospecha diagnóstica y abordaje precoces mejoran la evolución y pronóstico de estos pacientes, y, su seguimiento desde atención primaria y hospitalaria, es fundamental para la detección de posibles recaídas.

PD-071

OSTEOCONDROMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Calles Ledezma, M.; Artigas, S.; Salvá, R.; Fernández, C.;
Finestres, A.

CAP Sagrada Familia, Barcelona, España

Anamnesis: Niña de 11 años, consulta por tumoración en cara medial de rodilla izquierda a nivel de cóndilo femoral, que le ha notado el padre hace 48 h. Niega antecedente de traumatismo. No dolor. No fiebre.

Hace deporte con normalidad. Ella no lo había notado nunca. No antecedentes médicos personales ni familiares de interés.

Exploración clínica: BEG. Se observa tumoración a nivel de cóndilo medial de fémur izquierdo de consistencia ósea a la palpación, no móvil, no dolorosa, no signos inflamatorios. No limitación funcional. No alteraciones neurovasculares.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: RX: lesión sénil en metafisis distal medial de fémur.

Conclusiones: DX: osteocondroma. El Osteocondroma o exostosis ósea es el tumor óseo benigno más frecuente en las primeras dos décadas de la vida. Puede ser solitario o múltiple formando parte de la Exostosis Hereditaria Múltiple. Habitualmente es asintomático y se diagnostica como un hallazgo casual. Pueden producir compresión de estructuras vecinas, pero la complicación más importante es su posible transformación maligna a condrosarcoma, que ocurre en el 1% de los tumores solitarios y en el 1-5% de los múltiples y que se debe sospechar cuando continúa creciendo tras el periodo de crecimiento óseo o cuando produce dolor. El diagnóstico diferencial debe hacerse principalmente con la exostosis cartilaginosa múltiple y el osteosarcoma parosteal. El tratamiento es conservador en los casos asintomáticos y quirúrgicos en las sintomáticas o con sospecha de malignización. El pronóstico generalmente es favorable en los niños, pues cesan con el crecimiento y la madurez ósea.

PD-072

GONALGIA DE LARGA EVOLUCIÓN; NO SIEMPRE DE CAUSA OSTEO-MUSCULAR

Calzada, C.; Álvarez Triano, M.; Pérez Hernández, A.; Márquez Mira, P.; García Barrionuevo, C.
Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

Introducción: El dolor musculoesquelético es frecuente en Pediatría (3-6% de las consultas). En la mayoría de los casos suele tener una causa benigna, pero debemos hacer un diagnóstico diferencial con aquellas patologías graves en las que no se debe demorar su diagnóstico.

El sarcoma de Ewing es el segundo tumor óseo maligno más frecuente en la edad pediátrica, siendo más frecuente en la segunda década de la vida.

Anamnesis: Niña de 9 años que consulta a su Pediatra de AP por gonalgia izquierda de larga evolución sin otros síntomas ni antecedentes traumáticos. A la exploración no presenta alteraciones y se decide solicitar radiografía de rodilla izquierda. Finalmente se diagnostica de Enfermedad de Osgood-Schlatter iniciándose tratamiento con AINES.

Reconsulta por persistencia del dolor irradiado a hueso poplíteo. A la exploración destaca dolor a la palpación del gemelo izquierdo y a la movilización activa y pasiva de la rodilla izquierda sin afectación de la cadera. Se cataloga de tendinitis continuando tratamiento con antiinflamatorios.

Vuelve a consultar por intensificación del dolor, de predominio nocturno, interrumpiendo el descanso y que no cede con analgesia. En la exploración destaca signo de Lasègue positivo y alteración en la marcha. Ante síntomas y signos de alarma se deriva a Rehabilitación-Infantil realizándose RMN de columna lumbar y pelvis identificándose tumoración de 6 x 4,7 cm con afectación del hueso iliaco izquierdo sugestiva de tumoración de estirpe sarcomatosa.

Se deriva a Oncología Pediátrica del hospital de referencia para completar estudio con biopsia de la lesión, PET y TAC de tórax; llegando al diagnóstico definitivo de sarcoma de Ewing en hueso iliaco izquierdo con metástasis pulmonares.

Conclusiones:

- Una buena anamnesis y exploración física es fundamental a la hora de enfrentarnos ante un dolor músculo-esquelético.
- Ante persistencia de un dolor que se acompaña de signos de alarma debemos pensar y descartar una causa neoplásica.

PD-073

DIAGNÓSTICO DE MENISCO DISCOIDEO COMO HALLAZGO CASUAL EN TRAUMATISMO DE RODILLA

Pérez González, D.; Rubio Lorenzo, M.; Rodríguez Fernández, J.; Aguado Antón, R.; Fernández Calderón, L.; López Fernández, C.; Gómez Arce, A.; Santos Lorente, C.; Ansó Mota, M.; Justel Rodríguez, M.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Introducción: El menisco discoideo es una anomalía morfológica del menisco (habitualmente externo) de la rodilla, en la que este presenta una forma de “plato cerrado” en lugar de la forma de “semiluna” habitual. Generalmente se trata de una alteración asintomática, diagnosticada como hallazgo casual tras realizar pruebas de imagen por otros motivos. Cuando es sintomático, produce clínica de dolor, chasquido audible o bloqueo articular.

Anamnesis y exploración clínica: Presentamos el caso de un paciente varón de 12 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias de pediatría por dolor en rodilla derecha tras torsión de la misma y traumatismo posterior contra el suelo. A la exploración, presenta una rodilla estable, con ligero edema sin hematoma y dolor a palpación en cara interna, con maniobras meniscales y cajones negativos.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza radiografía (dos proyecciones) en la que no se objetivan signos de fractura; sin embargo, llama la atención la presencia de hipoplasia en cóndilo externo femoral junto con convexidad en meseta tibial lateral, por lo que se decide ampliar estudio de imagen de manera ambulatoria con resonancia magnética nuclear, en la que se objetiva un menisco externo de morfología displásica, en relación con morfología discoide, sin signos de rotura ni desinserción, sin otros hallazgos de interés.

Conclusiones: El menisco discoideo es una anomalía morfológica generalmente asintomática que se suele diagnosticar como hallazgo casual. Su tratamiento debe ser conservador salvo la existencia de sintomatología, donde se valorará tratamiento rehabilitador frente a intervención artroscópica, según grado de afectación.

PD-074

DOLOR DE ESPALDA EN PEDIATRÍA: UNA CAUSA POCO FRECUENTE

Quesada Colloto, P.; Carnicero Ramos, S.; Fernández Castiñeira, S.; Hernández Peláez, L.; Díaz Anadón, L.R.; González López, C.; González Molejón, J.A.; García González, N.
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

Anamnesis: Niña de 5 años sin antecedentes de interés, que presentaba dolor interescapular de dos semanas de evolución. Consultó al inicio del cuadro en atención primaria por dicho motivo, se pautó tratamiento sintomático con calor local e ibuprofeno, con mejoría de la clínica. Tras 5 días asintomática, consulta de nuevo por reaparición del dolor pero con mayor intensidad y predominio vespertino, llegando a interrumpir en descanso nocturno y sin buen control con analgesia previamente pautada; motivo por el que se decide derivar al servicio de urgencias pediátricas (SUP) del hospital de referencia para ampliar estudios. Afebril en todo momento. No antecedentes infecciosos recientes. No antecedente traumático.

Exploración clínica: Destaca una discreta postura antiálgica con flexión del tronco, así como dolor selectivo a la palpación de apófisis espinosas a nivel interescapular (columna dorsal). El resto de la exploración física y neurológica no presentaba alteraciones.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: En urgencias se realiza analítica con hemograma y bioquímica con parámetros dentro de la normalidad salvo mínima elevación de PCR (1,3 mg/dl). Se realiza además una radiografía de columna dorso-lumbar con hallazgo de calcificación de disco intervertebral a nivel de T4-T5.

Es dada de alta del SUP con tratamiento con ibuprofeno a dosis antiinflamatorias. Consulta de nuevo a las 48 horas por mal control del dolor, pautándose además metamizol de rescate. Un mes más tarde es valorada en consultas externas de Traumatología, encontrándose asintomática.

Conclusiones: La calcificación de los discos intervertebrales es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica. Su incidencia es difícil de estimar debido a que a menudo cursa de manera asintomática, siendo generalmente un hallazgo casual. No obstante, aunque en más de un 90% de casos el dolor de espalda en pediatría se considera inespecífico, ante un dolor persistente es recomendable ampliar estudios para valorar las posibles causas del mismo.

PD-075

NO TODA TROMBOPENIA AISLADA ES PURPURA INMUNE PRIMARIA

Marín Andrés, M.; Gutiérrez Sánchez, A.M.;
Sala Fernández, L.; Alcón Grases, M.; Ferrer Aliaga, N.;
Miralbés Terraza, S.; Medrano San Ildefonso, M.
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Anamnesis: Paciente de 13 años, previamente sana, que ingresa a los 11 años por hallazgo de trombopenia ($16000/\text{mm}^3$) en analítica realizada por presentar hematomas y epistaxis de repetición desde hacía dos meses. Afebril. No presenta otros sangrado ni sintomatología respiratoria ni digestiva asociada. No antecedentes de vacunación en las últimas semanas ni ingesta de fármacos. No astenia.

Exploración clínica: A la exploración presenta micropequeñas en tórax, dorso y cara así como equimosis en ambas regiones pretibiales y antebrazo derecho.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Durante su ingreso se solicitan serologías de virus (hepatitis B, hepatitis C, VIH, citomegalovirus, virus Epstein Barr, varicela zos-

ter, parvovirus, herpes virus tipo 6 y rubeola), estudio de coagulación, poblaciones linfocitarias y complemento (C3 y C4) siendo anodino. Ante la sospecha de purpura inmune primaria se inicia tratamiento con corticoides con normalización de cifras plaquetarias. Es controlada posteriormente en consulta de Hematología pediátrica recibiendo al año del debut tratamiento con inmunoglobulinas por mantener a lo largo de la evolución trombopenia sin sangrados ni equimosis importantes. Posteriormente es remitida a Reumatología por positividad de datos autoinmunes en analítica (positividad para ANA, anti Sm, anti RNP y descenso de C4). En anamnesis dirigida refiere artralgias de carpos y tobillos sin signos inflamatorios, Raynaud, alopecia y astenia. No aftas, no fiebre, ni fotosensibilidad. Se realiza diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) cumpliendo criterios clínicos (artralgias, trombopenia y alopecia) y analíticos (positividad de ANA, Anti Sm e hipocomplementemia) y se inicia tratamiento con hidroxicloroquina.

Conclusiones: Ante la presencia de trombopenia aislada se debe considerar la etiología autoinmune en el diagnóstico diferencial. La trombopenia aislada es una forma poco frecuente de presentación de LES que puede preceder al resto de manifestaciones. Por ello, es fundamental realizar una historia clínica exhaustiva en la búsqueda de criterios diagnósticos y reevaluar los estudios de inmunidad.

PD-076

DERMATOSIS TERRA FIRMA-FORME... UNA ENTIDAD FRECUENTE Y DESCONOCIDA

Bobillo De Lamo, H.R.¹; Marcos Andrés, H.²;
Núñez Reynoso, M.H.¹; Álvarez Colinas, S.¹;
Domínguez Hernández, N.M.¹; López Pérez, R.¹;
Rojas Castellanos, R.¹; González Gallego, M.¹;
Ramos Carbajo, M.J.¹; Álvarez Díez, R.M.¹

¹Centro Salud Ponferrada II, Ponferrada, España; ²Centro Salud Villafranca, Villafranca Del Bierzo, España

Introducción: La dermatosis terra firma-forme (DTFF) es una enfermedad dermatológica benigna de etiología desconocida y caracterizada por la presencia de placas hiperpigmentadas y papilomatosas de aspecto sucio y resistente a la higiene habitual. Su principal característica es la desaparición total de las lesiones tras friccionarlas enérgicamente con una gasa impregnada en alcohol de 70.

Frecuente en la infancia tardía y adolescencia, se localiza predominantemente en cuello, tronco, tobillo y cara. Hablamos de Dermatitis Neglecta cuando las lesiones afectan a cualquier edad y están relacionadas con malos hábitos higiénicos y/o zonas hiperestésicas.

El estudio anatomopatológico revela acantosis epidérmica, hiperqueratosis, papilomatosis y ortoqueratosis con acúmulo de melanina y sin infiltrados inflamatorios.

Anamnesis: Niñas de 12 y 13 años sin antecedentes de interés que consultan por manchas marronáceas en cuello y tórax de semanas de evolución sin desaparecer con la higiene habitual.

Exploración clínica: Placas hiperpigmentadas, difusas y marronáceas de aspecto sucio, asintomáticas, localizadas en parte anterosuperior de tórax y base de cuello.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: El diagnóstico diferencial incluye: acantosis nigricans, papilomatosis reticular y confluyente de Gougerot y Carteaud, queratosis seborreicas, nevus epidérmicos, hiperpigmentaciones postinflamatorias, psoriasis, dermatitis artefacta y enfermedad de Dowling Degos.

La maniobra de fricción energética con alcohol en las lesiones y su desaparición confirma el diagnóstico y trata la enfermedad. Se reevalúan al mes con exploración normal.

Conclusiones:

- La DTFF es una enfermedad frecuente en la práctica pediátrica pero infradiagnosticada por su desconocimiento. Descrita en 1987 debemos pensar en ella ante placas hiperpigmentadas de aspecto sucio en la adolescencia resistentes al lavado habitual.
- De etiología desconocida, los estudios histopatológicos revelan trastornos de la queratinización y de la pigmentación.
- La prueba diagnóstica-terapéutica de friccionar energéticamente las lesiones con alcohol es barata, rápida y fácil de realizar confirmando el diagnóstico y evitando pruebas complementarias y tratamientos innecesarios.

PD-077

SÍNDROME DEL CODO PILOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Bobillo De Lamo, H.R.¹; Marcos Andrés, H.²; Arias Consuegra, M.Á.³; Álvarez Colinas, S.¹; Núñez Reynoso, M.H.¹; Domínguez Hernández, N.M.¹; Rojas Castellanos, R.¹; López Pérez, R.¹; González Gallego, M.¹; Ramos Carbajo, M.J.¹
¹Centro Salud Ponferrada II, Ponferrada, España; ²Centro Salud Villafranca, Villafranca Del Bierzo, España; ³Hospital El Bierzo, Ponferrada, España

Introducción: El Síndrome del Codo Piloso (SCP) o hipertrichosis Cubital es una forma poco frecuente de hipertrichosis congénita circunscrita que consiste en un aumento del pelo largo y fino que asentándose sobre piel sana se distribuye en torno al codo de forma bilateral y simétrica. Más frecuente en mujeres, presenta su máxima expresividad en torno a los 5 años y suele regresar en la adolescencia. Sin patrón hereditario conocido, en la mitad de los casos se puede asociar a otras anomalías.

Anamnesis: Niña de 6 años que acude para revisión anual y vacunación y como hallazgo se observa gran cantidad de pelo cercano a ambos codos. Antecedentes de interés: tía materna carnal con la misma anomalía, a los 3 años se realiza estudio hormonal, edad ósea y ecografía abdominal por sospecha de hirsutismo siendo todo normal manteniendo revisiones en endocrinología. Frenectomía realizada a los 4 años.

Exploración clínica: Crecimiento excesivo de pelo terminal en cantidad y grosor oscuro sobre piel sana distribuido simétricamente entorno a ambos codos. Fusión de incisivo temporal superior central, nevus de Jadackson en vertex revisado por dermatología resto de exploración física normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: En la actualidad no realizamos ninguna prueba complementaria, el diagnóstico clínico fue de síndrome del codo piloso. El diagnóstico diferencial se debe realizar con el hamartoma de músculo

liso y con la hipertrichosis nevoide ambas entidades unilaterales. Se ofrece consejo cosmético a los padres con revisiones periódicas.

Conclusiones: El Pediatra debe familiarizarse con las hipertrichosis en la infancia para evitar pruebas innecesarias que deben realizarse ante la sospecha de hirsutismo. La etiopatogenia del SCP es desconocida.

Es interesante reconocer la Hipertrichosis cubital, así como las anomalías que se pueden asociar: talla baja, dismorfia facial y alteraciones del desarrollo, pudiendo formar parte de un síndrome complejo de expresividad variable.

PD-078

NEUTROPENIA Y FALLO DE MEDRO ASOCIADOS A POSIBLE CUADRO GENÉTICO DE BASE A PROPÓSITO DE UN CASO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Barahona Rondon, L.

Centro de Salud Valleaguado, Coslada, Madrid, España

Anamnesis: Lactante de 5 meses, cesárea programada por retraso de crecimiento intrauterino II y parto podálico. Peso al nacer 2.380 g, talla 48 cm, perímetro craneal 32 cm. Apgar 9/10. REA tipo I.

Consulta por persistencia de bajo peso, reflujo, afonía y episodios de laringitis diagnosticados previamente.

Exploración clínica: En consulta, se observó facie con escasa implantación de cabello, uñas de pies y manos normales. Epicanto, retrognatia leve, orejas de implantación baja con pabellones levemente despegados, boca en carpa y palidez de piel de cara con adecuado relleno capilar. Frente levemente abombada, puente nasal ligeramente aplanado y nariz pequeña. Intolerancia al calor, ausencia de lágrimas en el llanto y voz ronca. En forma global, poca cantidad de tejido adiposo, buen estado general, abdomen blando depresible. No se palpan masas ni visceromegalias. Resto normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se pauta Ranitidina oral a 15mg/ml con mejoría parcial. Se le realizan urocultivo positivo a E. coli y hemograma con neutrófilos en 583. Este último valor coincide con un episodio vírico febril asociado. Se derivó a urgencias por lactante febril con sospecha de cuadro genético de base. En urgencias se decidió hospitalización. Al alta se le diagnosticó neutropenia de posible origen infeccioso.

En evolución se añaden episodios febriles intermitentes (la mayoría por cuadros respiratorios altos tipo laringitis e infecciones urinarias intercurrentes). Ecografía abdominal, radiografía de tórax y ecografía cerebral normales.

Se diagnosticó de neutropenia persistente de origen autoinmune por anticuerpos antineutrófilos, estudio de médula ósea sin alteraciones significativas.

Por fenotipo asociado, se realizó exoma con mutación W274X compatible con displasia ectodérmica hipohidrótica (DEH).

Conclusiones: La DE es muy rara (1/10,000) pero variedad hipohidrótica es la más prevalente. Mutación encontrada es patogénica y las manifestaciones (pelo escaso, dificultades respiratorias, retrognatia, nariz pequeña, hipohidrosis, voz ronca, mucosa laríngea seca, intolerancia al calor); pertenecen a la clínica de DEH.

PD-079

SÍNDROME DE GRISEL: COMPLICACIÓN GRAVE TRAS UNA INFECCIÓN BANAL

Álvarez Mateos, M.C.¹; Fernández De La Cruz, O.¹;
Araujo García, T.²; Acosta Hurtado, C.¹; Sánchez Conejero, M.¹;
Basso Abad, B.¹; Gutiérrez Agujetas, M.¹; Cabello
Anaya, M.D.C.¹; Chamorro Vera, A.¹; Fernández Smersu, N.¹

¹Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España;

²Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

Anamnesis: Paciente de 6 años remitido por su pediatra por presentar insuficiencia respiratoria nasal con ronquidos nocturnos desde los tres años de edad. Antecedente de prematuridad de 36 semanas. Desarrollo ponderoestatural y psicomotor normal. Seguimiento en Nefrología por doble sistema pieloureteral bilateral, intervenido del derecho. Seguimiento en Neumología por episodios de broncoespasmo y rinoconjuntivitis alérgica, en tratamiento con budesonida y montelukast. Intervenido de adenoidectomía en dos ocasiones, junto con amigdalectomía y miringotomía bilateral, persistiendo roncopatía y apneas nocturnas. Realizada polisomnografía patológica con diagnóstico de Síndrome de Apnea Hipoapnea del sueño grave, con inicio de CPAP domiciliaria. Seguimiento en Rehabilitación por contractura cervical persistente, tras adenitis cervical de evolución tórpida, que precisó ingreso hospitalario para tratamiento intravenoso con estudio complementario normal. Desde el episodio persiste desviación cefálica, con dolor cervical y cefalea occipital que precisa analgesia casi a diario.

Exploración clínica: Buen estado general. Normocoloración mucocutánea. Tortícolis y contractura cervical derecha. Ruidos nasales y ronquido audible sin fonendo. No signos de dificultad respiratoria. Auscultación pulmonar: ruidos transmitidos de vías altas. Resto de exploración física y neurológica normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Radiografía de tórax sin hallazgos patológicos.
- Analítica completa sin alteraciones relevantes.
- Espirometría forzada (con escasa colaboración): FVC 87%, FEV1 72%.
- Resonancia magnética: descenso de amígdalas cerebelosas acompañado de alteración de charnela occipitocervical.
- TC de cráneo y unión craneocervical: subluxación C1-C2 izquierda con rotación del arco de C2.

Evolución: Ante la sospecha de Síndrome de Grisel se deriva a Neurocirugía para tratamiento quirúrgico, realizando fijación cervical a nivel de C1-C2 con evolución posterior favorable.

Conclusiones: El síndrome de Grisel es una causa infrecuente de tortícolis dolorosa persistente en pediatría. Consiste en una subluxación rotatoria no traumática de la unión atloaxoidea secundaria a infecciones del área otorrinolaringológica. Su diagnóstico precoz permitirá llevar a cabo un tratamiento corrector para evitar secuelas graves.

PD-080

TUMORACIÓN SUPRACLAVICULAR... ¿QUÉ MÁS PENSAR?

Serrano Zamora, V.; Plácido Paías, R.; Galiano Ávila, C.;
Espejo Díaz, C.; Benegas Vaz, N.; Portillo Márquez, M.
Hospital de Mérida, Mérida, España

Anamnesis: Niña de 2 años que deriva su pediatra porque, en una exploración rutinaria, le palpa una tumoración de 1 cm de diámetro de consistencia dura en región supraclavicular derecha. Niega síntomas B, tosedores en domicilio, traumatismo previo, proceso infeccioso reciente u otra sintomatología asociada.

Exploración clínica: Destaca tumoración de 1 cm supraclavicular derecha, dura, no dolorosa, sin signos de inflamación local junto con adenopatías cervicales bilaterales de tamaño no significativo, elásticas y no dolorosas. Resto de la exploración normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Analítica con perfil férrico, hepático, tiroideo y lipídico, con serología vírica y celiaca dentro de la normalidad. Se amplía estudio con Test de Mantoux (negativo a las 72 horas) y radiografía de tórax que es normal, sin poder visualizar correctamente la región clavicular, por lo que se solicita ecografía de cuello, donde no se consigue concretar las características de la tumoración. Ante la duda diagnóstica se decide realizar RM donde se visualiza costilla cervical izquierda supernumeraria.

Conclusiones: La tumoración supraclavicular suele ser un signo de alarma en pediatría, que requiere un amplio estudio buscando el origen que lo justifique. Destacamos la importancia de nuestro caso porque debe contemplarse en el diagnóstico diferencial de masa supraclavicular, aparte de los procesos congénitos, malignos e infecciosos.

La costilla cervical es una costilla supernumeraria que surge de la séptima vértebra cervical. Es la malformación costal más frecuente y suele ser asintomática. La clínica más frecuente suele ser masa sin signos inflamatorios y dolor. La principal complicación, rara en pediatría, es el síndrome del desfiladero torácico debido a la compresión o irritación del plexo braquial y/o vasos subclavculares.

Puede diagnosticarse con una radiografía simple de cuello, pero en algunos casos se necesita recurrir al TAC para confirmar dicha entidad.

El tratamiento suele ser conservador. Si fracasa, se plantea la resección quirúrgica.

DEFENSA 7 – Jueves 17

PD-081

DETECCIÓN PRECOZ DEL TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA MEDIANTE M-CHAT DE RUTINA EN EL PROGRAMA DEL NIÑO SANO A LOS 18 MESES

Gamarra Maza, S.; López Expósito, R.
Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, España

Objeto del trabajo: Nos hemos planteado como objetivo principal conocer la enfermedad de Trastorno Espectro Autista pasando de manera rutinaria el test M-Chat a todos los niños de 18 meses asignados a nuestra Unidad Básica Asistencial (UBA) y valorar si es efectivo el cribado para una detección precoz en aquellos niños que presenten un M-Chat alterado y su respectiva derivación. El M-CHAT es un test altamente fiable en la detección de síntomas relacionados con el Trastorno Espectro Autista. Este test puede ayudar a una primera detección y por lo tanto a encaminar a padres y profesionales hacia la búsqueda de un diagnóstico especializado.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio cualitativo transversal, basado en realizar el test M-Chat en niños de 18 meses de manera rutinaria en la revisión del programa del niño sano. Se ha realizado de octubre del 2017 a junio 2019 con un total de 130 niños/as evaluados.

Resultados y conclusiones: El estudio se realizó a 130 niños/as de 18 a 30 meses de edad, donde se detectó 5 casos con M-Chat anormal con derivación inmediata a Centro estimulación precoz (CDIAP).

Se ha valorado que haciendo un cribado con M-Chat a niños de 18 meses se consigue una detección más precoz que evoca a un tratamiento más efectivo a largo plazo permitiendo al menor tener mejores habilidades sociales e integrarse más fácilmente en su entorno.

PD-082

TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS: UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA

Navarro Maín, L.; Garnier Rodríguez, B.; Caparrós Nieto, A.B.; Ternero Asenjo, R.; Del Pino García, M.; Sánchez Pavesi, A.L.
Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, España

Anamnesis: Niña de 12 años, que reacciona a Urgencias, tras múltiples visitas a su Pediatra en la última semana. Refiere cuadro de 15 días que se inicia con dolor epigástrico, generalizándose progresivamente. Asocia vómitos tras las ingestas. Afebril y sin otra sintomatología. Valorada recientemente en las Consultas de Digestivo por vómitos mensuales en el último año sin causa aparente. Pendiente de resultados.

Es hija única, con padres separados. Reside con la madre y el padre a días alternos. Su madre convive con una pareja desde hace 8 años, con múltiples rupturas y reconciliaciones. El padre está sin pareja, pero la niña ha conocido tres. Cuenta múltiples estresores como discusiones con amigas y varios conflictos familiares.

Exploración clínica: La exploración física resulta normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Durante su ingreso se completa estudio digestivo, sin hallazgos patológicos, descartándose celiaquía, con estudio de heces y ecografía, normales. Presenta una analítica sanguínea y bioquímica de orina sin alteraciones.

Recibe tratamiento endovenoso con sueroterapia, omeprazol y ondansetrón, sin clara mejoría.

Se realiza interconsulta al Servicio de Psiquiatría Infantil, y tras ser valorada presenta una clara mejoría, con cese de la sintomatología, por lo que recibe el alta con seguimiento en Consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

Conclusiones: La somatización engloba síntomas físicos no explicados por los hallazgos patológicos que implican sufrimiento psicológico. El seguimiento de estos pacientes puede llevarse a cabo por el pediatra de atención primaria y la derivación a Salud Mental deberá hacerse en función de la comorbilidad psicopatológica, la gravedad, la relación familiar, y la dificultad para el manejo. El ingreso debe evitarse, ya que supone una situación de alarma familiar ante la gravedad que le supone el síntoma físico. No obstante también tiene algunas ventajas, pues permite observar el síntoma en diferentes situaciones y el funcionamiento familiar, así como un abordaje multidisciplinar.

PD-083

MANIFESTACIONES EXTRAPULMONARES DE LA INFECCIÓN POR *CHLAMYDIA PNEUMONIAE*. A PROPÓSITO DE UN CASO

Álvarez Triano, M.; Pérez Hernández, A.; Calzada García-Mora, C.; Jiménez Crespo, B.; Carrasco Zalvide, M.
Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

Anamnesis: Niña de 5 años, que consulta por erupción purpúrica palpable en MMII de reciente aparición. No dolor articular ni abdominalgia. Fiebre de hasta 40°C los días previos, acompañada de exudado faringoamigdalario con Streptococcus negativo. Comenta episodios previos de erupción purpúrica desde hace 3 meses, sin otra clínica, catalogados de Púrpura de Schönlein-Henoch.

Exploración clínica: Buen estado general. TA: 118/67. Lesiones papulosas purpúricas de base eritematosa, no dolorosas, que no desaparecen a la digitopresión en región anterior tibial bilateral, más llamativas en pierna derecha. ORL: faringe con exudado en resolución. ACP: corazón rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado con estertores subcrepitantes espiratorios dispersos más acentuados en plano anterior de hemitórax izquierdo. Tos húmeda, productiva. Resto de la exploración normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Radiografía de tórax: opacidad en campo medio izquierdo compatible con neumonía. Mantoux negativo (0mm). Sistemático de orina: proteínas 600 mg/dL y 30-40 hematíes por campo. Hemograma y bioquímica: proteínas totales en 5 g/dL con una albúmina de 3,14 g/dL.

Ante la sospecha de que el desencadene del cuadro fuera una bacteria atípica se solicita serología para gérmenes atípicos. Se objetiva como resultado positivo infección por *Chlamydia pneumoniae* (IgM positivo con IgG negativo).

El tratamiento con macrólidos condujo a la remisión de la enfermedad con desapareciendo de las lesiones y reducción de la proteinuria y hematuria.

Conclusiones:

- Las bacterias atípicas constituyen la primera causa de neumonía en la población adolescente.
- Es importante pensar en una infección por gérmenes atípicos en aquellos cuadros con manifestaciones inespecíficas asociadas a un proceso respiratorio.
- *Mycoplasma Pneumoniae* y en menor medida, *C. Pneumoniae*, pueden producir manifestaciones extrapulmonares hasta en 25% de los casos (neurológicas, dermatológicas, hematológicas, cardíacas, renales...).
- La serología es el método más empleado en el diagnóstico, siendo el gold estándar la seroconversión entre muestras de suero en fase aguda y de convalecencia.

PD-084

NO SIEMPRE ES DERMATITIS ATÓPICA

Fernández Peregrina, S.¹; Ramos Martín, J.L.²; Pulido Esteban, R.³; Bueno Rebollo, C.³

¹Centro de Salud Almerimar, Almerimar, España; ²Hospital de Poniente, El Ejido, España; ³Hospital Torrecárdenas, Almería, España

Anamnesis: Lactante de 6 meses que acude a revisión del programa "Niño Sano".

Antecedentes personales: Nacido a término con peso adecuado a su edad gestacional. Toma lactancia materna de forma

exclusiva, con buena ganancia ponderoestatural. Antecedentes familiares: tío y abuelo paterno, psoriasis. Correctamente vacunado según el calendario vacunal.

Presenta desde hace una semana erupción en ambos codos pruriginosa. Afebril. No otra sintomatología asociada. Han tratado previamente con crema hidratante específica para pieles atópicas sin encontrar mejoría.

Exploración clínica: Buen estado general. Bien hidratado, nutrido y coloreado. Placas con bordes bien delimitados y superficie queratósica con descamación blanquecina brillante sobre ambos codos. Prurito asociado. No otras lesiones añadidas. Resto de exploración por aparatos, anodina.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Diagnóstico de sospecha basado en la exploración física y la historia clínica. Interconsulta mediante Tele-Dermatología al especialista quien confirma el diagnóstico de psoriasis en placas del lactante. Tras tratamiento tópico con corticoides durante 48 horas mejora la clínica y resuelve por completo en 1 semana.

Conclusiones: En comparación con la dermatitis atópica, la psoriasis es menos frecuente en niños por lo que su diagnóstico constituye un reto para el pediatra de atención primaria. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque en algunos casos en los que existan dudas, se puede realizar un estudio anatomopatológico. Es importante hacer un buen diagnóstico diferencial con otras lesiones frecuentes en esta edad como son la dermatitis atópica, la tiña o la pitiriasis rubra pilaris. El manejo terapéutico se realiza con corticoides tópicos fundamentalmente, aunque también se usan análogos de la vitamina D como coadyuvantes o inhibidores de la calcineurina como segunda opción. Cuando existen formas extensas, resistentes al tratamiento tópico o localizaciones atípicas, se recomienda la derivación al especialista para optimizar el tratamiento de forma sistémica o bien mediante fototerapia.

PD-085

“¿MI BEBÉ TIENE PELOS EN LA LENGUA?, LENGUA NEGRA VELLOSA: A PROPÓSITO DE UN CASO”

Gavilán Calmaestra, M.D.C.; Villarejo Romero, V.;
Monés Verdiell, S.; Pérez González, S.
ABS Apenins Montigalà, Badalona, España

Doctora, ¿qué tiene mi bebé en la lengua?

Anamnesis: Lactante de sexo femenino de un mes de vida, sin antecedentes personales ni familiares relevantes, que acude a control de salud. Alimentada con lactancia materna exclusiva. No medicación pre ni postnatal.

Exploración clínica: Se evidencia lesión marronácea en región posterior de la lengua. Lesión macular en línea media facial. Resto de la exploración por aparatos normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Cultivos bacterianos y micológicos de frotis lingual negativos.

Orientación diagnóstica: Lengua negra vellosa.

Tratamiento: Se pautan normas higiénicas y cepillado suave de la lengua. A las tres semanas reconsulta por aparición de una capa blanquecina compatible con muguet oral; se pauta tratamiento con clotrimazol tópico, con mejora clínica en pocos días. Resolución espontánea del cuadro en 2 meses.

Conclusiones: La lengua negra vellosa es una entidad clínica benigna muy poco frecuente en pediatría; se trata de una

hipertrofia de las papilas filiformes linguales, lo que le da el aspecto aterciopelado. El color no siempre es negro, puede ser grisáceo, blanquecino, amarillento o verdoso. En adultos se relaciona con la mala higiene oral, así como la exposición a alcohol, tabaco, algunos fármacos (antibióticos), radioterapia y situaciones que condicionan la sequedad oral (por ejemplo la hiposalivación o la respiración oral). En lactantes se han observado algunos casos relacionados con la toma de preparados para cólicos de origen vegetal.

Es importante realizar el diagnóstico diferencial con otras causas de pigmentación lingual, como el muguet o la leucoplasia oral vellosa.

Es una entidad con buen pronóstico y tendencia a la auto-resolución, por lo que habitualmente se suelen indicar medidas higiénicas (cepillado suave de la lengua). No obstante, en algunos casos se pueden recomendar soluciones queratolíticas con urea al 5-10% o antifúngicos en caso de sobreinfección.

PD-086

PERO ¿ESTO QUÉ ES...? 1ª DESDE RUSIA CON... ZELIONKA. 2ª AMPOLLA EN CARA, DEBUT DE LEUCEMIA

Redondo Granado, M.J.; Sánchez Sierra, N.²;
Gómez Martín, I.³

¹CS Rondilla I, Valladolid, España;

²Hospital Clínico Universitario. CS Rondilla 1, Valladolid, España;

³CS Tudela De Duero, Tudela De Duero, Valladolid, España

1. Desde Rusia con... zelionka.

Imagen 1a. Niño de 10 años nacido en España de madre rusa, acude por síntomas catarrales, a la exploración se aprecia herida leve en tronco rodeada de una mancha de un intenso color artificial azulverdoso.

Imagen 1b. Niña escolar que acude para cura tras un viaje de vacaciones a Rumanía, país de origen familiar, donde le han realizado cirugía de uña encarnada. Se aprecia herida en buen estado rodeada de una mancha azulverdosa.

Se trata del “zelionka” o verde brillante es un antiséptico muy popular en Rusia. Eficaz contra bacterias gram positivas. Puede producir quemaduras en el ojo. Se caracteriza por una prolongada duración en la piel, por lo que se ha usado para “marcar” a los disidentes rusos (Imagen 1c). Conclusiones: Cada cultura tiene sus propios remedios sanitarios, que deben ser reconocidos.

2. Ampolla en cara, debut de leucemia.

Niño de 7 años nacido en España de padres asiáticos, antecedente de dermatitis atópica, acude por aparición en la frente, en zona de implantación de cabello, de una extraña ampolla de 2,5 x 2,5 cm, con contenido líquido claro, con pelos incluidos (Imagen 2). Mal comedor habitual. No refiere picaduras, fiebre ni síntomas infecciosos. Se hace cura con disecado de la ampolla. Una semana después acude para revisión de la cura. El padre insiste en la pérdida de apetito y la palidez. Se realiza exploración general constatándose color pálido cetrino, adenopatías cervicales la mayor de un cm, y hepatoesplenomegalia de 2-3 cm. Se deriva al hospital por sospecha de síndrome linfoproliferativo, confirmándose con detección de blastos, linfocitosis y trombopenia, así como anemia de 3,2 g/dl de Hb y

1,2 x 10⁶/microl de hematíes. El diagnóstico definitivo fue de LLA-B.

Conclusiones: Aunque la sintomatología cutánea constituye una forma infrecuente de debut de leucemia, una lesión poco común debe de ponernos en alerta ya que puede constituir una manifestación de enfermedad sistémica.

PD-087

LUPUS ERITEMATOSO NEONATAL: DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Orellano Sierra, L.; Ristic, G.; Otero Giordano, A.;

Del Carpio, J.; Fernández, L.

Instituto USP Dexeus S.A., Barcelona, España

Introducción: El lupus eritematoso neonatal es una enfermedad infrecuente producida por el paso transplacentario de los anticuerpos maternos. Las dos formas clínicas más frecuentes son el bloqueo auriculoventricular completo y la dermatosis. Las formas raras cursan con alteraciones hematológicas, hepáticas, neurológicas, oftalmológicas, respiratorias y digestivas. Aproximadamente, la mitad de las madres son asintomáticas al diagnóstico y solo presentan anticuerpos positivos.

Objetivo: Insistir en la necesidad de un seguimiento adecuado en atención primaria del recién nacido de madre con anticuerpos positivos.

Caso clínico: Lactante 45 días que consulta por irritabilidad y erupción cutánea. Segunda gestación a término, madre de 28 años con enfermedad autoinmune en estudio, con anticuerpos anti Ro y anti La positivos, sin manifestaciones clínicas, gestación controlada normal, estudio cardiológico (electrocardiograma y ecocardiograma) en periodo prenatal y postnatal inmediato normal. Evolución postalta normal.

Exploración física: Buen aspecto general, piel: lesiones eritematosas, anulares en tronco y extremidades, eritema en cuero cabelludo, cara, periocular de predominio derecho, no se realiza biopsia. Valoración oftalmología: descarta uveítis. Analítica sanguínea: anticuerpo anti Ro positivos, resto normal. Se indica fotoprotección, corticoides tópicos.

Discusión y conclusión: La forma de presentación cutánea puede estar presente desde el nacimiento aunque suelen aparecer con más frecuencia en las primeras semanas de vida tras la exposición solar. Se manifiesta como eritema periocular en máscara con apariencia de "ojos de mapache". Es de buen pronóstico y suele resolver antes del año de vida, no siendo necesaria de manera rutinaria la realización de biopsia para confirmar el diagnóstico. Es importante conocer los antecedentes maternos para un adecuado diagnóstico diferencial, pero muchas veces no contamos con un diagnóstico materno previo. El seguimiento del lactante, sobre todo, durante el primer año de vida es imprescindible por el riesgo de aparición de otras manifestaciones no dermatológicas.

PD-089

MASA VULVOVAGINAL GENITAL EN RECIÉN NACIDOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

García Lorente, M.; Vacas Del Arco, B.; Sanz Rueda, L.; San

Feliciano Pérez, L.; Mateos Polo, M.; Garrido Pedraz, J.M.;

García Sánchez, R.; Remesal Escalero, A.; Gutiérrez González, E.P.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Anamnesis: Recién nacida de 16 horas de vida.

Antecedentes: Embarazo controlado de curso normal, con ecografías y serologías normales. Parto eutócico a la 39+6^a semanas. No factores de riesgo perinatales. No precisó reanimación. Peso al nacimiento: 3350 g. Talla: 50,5 cm. Perímetro cefálico: 34 cm.

Exploración clínica: Recién nacido mujer normosómico y armónico. No malformaciones visibles. Genitales externos femeninos normoconfigurados, con masa interlabial de 3 x 1 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.

Conclusiones: 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.

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.

PD-090

MI HIJO TIENE DOS CABEZAS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Pavón López, T.; Romero García, C.; Polo De Dios, M.; Arévalo

Martín, N.; Sanz Rueda, L.; Benito Clap, E.; Arroyo Ruiz, R.;

Domínguez Cendal, G.; García Lorente, M.; García Sánchez, R.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Anamnesis y exploración física:

- **Caso 1:** Neonato de 24 días de vida que ingresa procedente de Urgencias por sospecha de osteomielitis. Afebril, sin otra sintomatología. En la exploración física destaca un cefalohematoma de 5 x 5 cm, de consistencia blanda, bien delimitado, con resto de la exploración normal.
- **Caso 2:** Neonato de 8 días de vida que ingresa procedente de Urgencias por cefalohematoma que había aumentado de tamaño. Afebril. No otra sintomatología. En la exploración física presenta gran cefalohematoma parietal derecho con edema. Resto de la exploración física y neurológica normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- **Caso 1:** Se realiza ecografía cerebral y TAC de urgencia, objetivándose cefalohematoma de 7 x 4 x 2 cm, hueso parietal adyacente con patrón permeativo, compatible con osteomielitis de bóveda craneal. Se inicia antibioterapia

con cefotaxima y vancomicina. En la resonancia magnética, se objetiva colección subperióstica compatible con cefalohematoma, con septos en su interior y componente hemático en diferentes estadios. Se mantiene antibioterapia durante 4 semanas. Al alta, tratamiento domiciliario con amoxicilina-clavulánico durante 2 semanas.

- **Caso 2:** Se inicia tratamiento empírico con gentamicina y cloxacilina. Tras 4 días, se sustituye gentamicina por cefotaxima, tras elevación de PCR. Se realiza TAC cerebral, donde se describe cefalohematoma de 78 x 36 x 59 mm adyacente a hueso parietal derecho, con patrón permeativo en la superficie de contacto con el cefalohematoma, sin otras lesiones. Completa 31 días de cloxacilina y 27 de cefotaxima. Al alta, tratamiento domiciliario con amoxicilina-clavulánico durante 2 semanas.

Conclusiones: El cefalohematoma es una hemorragia traumática subperióstica, que afecta más frecuentemente al hueso parietal. Generalmente está asociada a parto traumático, y en la mayoría de los casos se resuelve espontáneamente. Sin embargo, hay que vigilar la posible aparición de complicaciones, como la osteomielitis. En nuestros casos, ambos fueron partos eutócicos no instrumentados.

DEFENSA 8 – Jueves 17

PD-091

LESIONES QUERATÓSICAS CONGÉNITAS: ¿VERRUGA O NEVUS?

Sánchez Rodríguez, L.; Castro Tabuenca, E.V.;
Rey Noriega, C.; Dacosta Urbieto, A.I.; López Suárez, O.;
Pérez Muñuzuri, A.; Couce Pico, M.L.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela,
Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Recién nacida pretérmino de 36+2 semanas ingresada por distrés respiratorio en probable relación con taquipnea transitoria del recién nacido. En la exploración física se observan lesiones queratósicas en abdomen y hombro derecho.

Antecedentes personales: Estudio de tóxicos positivo durante la gestación a cocaína y anfetaminas. Serologías y ecografías antenatales normales, salvo arteria umbilical única. No antecedente materno de herpes genital y resultados de citologías previas negativas para virus del papiloma humano (VPH), última realizada en 2018.

Exploración clínica: Lesiones papulares queratósicas de distribución lineal y Nikolsky negativo localizadas en flanco izquierdo, hombro derecho y cuello. Resto de la exploración por sistemas y aparatos dentro de la normalidad.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: El diagnóstico diferencial inicial incluye dos entidades, nevus epidérmico o papilomatosis. Por ello, para establecer el diagnóstico definitivo se realiza biopsia de una de las lesiones cutáneas y ante la posibilidad diagnóstica de nevus epidérmico, se completa estudio con serie ósea y fondo de ojo sin alteraciones y ecografía transfontanelar en la que se observa imagen compatible con vasculopatía lenticuloestriada. Finalmente, el resultado de la biopsia refleja una hiperplasia epitelial con rasgos sugestivos

de verruga vírica, pendiente de resultado definitivo de estudio de VPH en la lesión cutánea.

Ante la ausencia de clínica relacionada con las lesiones se decide mantener actitud expectante, no iniciando tratamiento tópico ni quirúrgico de las mismas.

Conclusiones: Detectar una lesión cutánea congénita de características queratósicas nos plantea inicialmente su relación con el VPH. Aun así, no debemos olvidar los nevus epidérmicos que son disembrionoplasias cutáneas congénitas o de aparición en los primeros años de vida caracterizadas por ser lesiones hiperqueratósicas y verrucosas que pueden asociarse a manifestaciones esqueléticas, neurológicas y oftalmológicas, conformando el síndrome del nevus epidérmico. El conocimiento de ambas etiologías es fundamental para una valoración precoz e integral del paciente.

PD-092

ENCUESTA SOBRE TABACO EN LA ADOLESCENCIA: ¿QUÉ SABEN, QUÉ PIENSAN Y QUÉ HACEN?

Gargallo García, L.¹; Arroyo Herrera, C.²; Gargallo Vaamonde, G.¹; Moraleda Velasco, P.¹; Cerro Guzmán, J.Á.¹; Ramírez Piedrabuena, V.²; Antona García, M.S.²; Moya Díaz-Pintado, M.T.²; Arroyo Molina, L.¹

¹Centro de Salud de Almagro, Almagro. Ciudad Real, España;

²Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares, España

Objetivos: Validar una encuesta que permita medir los conocimientos y actitudes de los adolescentes frente al tabaco y describir los resultados.

Sujetos y métodos: Participaron 173 jóvenes (88 mujeres / 85 varones) de 2 y 3 curso de ESO de los dos IES de nuestra ZBS. Cumplimentaron una encuesta de 25 ítems con una escala de valoración tipo Likert. Se describen los resultados y las diferencias asociadas a la edad y sexo. Medida de fiabilidad: Alfa de Cronbach.

Resultados:

1. A través de un estudio de consistencia interna hemos encontrado un valor alfa de Cronbach de 0,65, que se considera un valor aceptable aunque con margen de mejora.
2. Validez de contenido: la encuesta se ha elaborado con los principales efectos adversos que tiene el tabaco y mitos relacionados con el hábito, utilizados también en otros cuestionarios.
3. Más del 90% reconocen que el tabaco produce daño pulmonar, mata y es una droga.
4. El 85% lo relacionan con daño cardíaco y limitador del ejercicio.
5. Los tópicos tienen escaso valor: atractivo (<5%), estimulante (8%), amistad (18%), adelgazamiento (25%) y disminución del apetito (28%) o tranquilizante (43%).
6. Para 55% es molesto; desagradable (70%) y no huele bien (90%).
7. Los más mayores muestran más tolerancia hacia el hábito tabáquico: relacionan menos la enfermedad con el tabaco ($p=0,014$), que fumar mata ($p<0,001$), es menos molesto ($p=0,002$) y menos restrictivo de libertad ($p=0,02$); le reconocen efecto calmante ($p=0,02$) y anoréctico ($p=0,029$).

8. Hay diferencias por sexo en la vinculación del tabaco con moda (mujeres > varones, $p=0,047$) y mayor atribución de efecto calmante para las chicas ($p=0,041$).

Conclusiones: Presentamos una encuesta con validez suficiente contrastada y fiabilidad aceptable que nos ha permitido conocer las opiniones de nuestra población adolescente sobre el tabaco.

PD-093

EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL ADOLESCENTE FRENTE AL TABACO: ¿ES ÚTIL? EFECTOS A CORTO Y MEDIO PLAZO

Gargallo García, L.¹; Herrera Arroyo, C.²; Gargallo Vaamonde, G.¹; Moraleda Velasco, P.¹; Ramírez Piedrabuena, V.²; Pérez Sánchez, Á.F.¹; Ramírez Martínez, N.²; Cardalda Corpas, A.C.²

¹Centro de Salud de Almagro, Almagro. Ciudad Real, España; ²Hospital Virgen de Altagracia, Manzanares, España

Objetivos: La Educación para la Salud es importante en la adolescencia, época en la que se forman y modelan hábitos que perdurarán en la vida adulta. Planteamos medir la influencia a corto y medio plazo de una intervención encaminada a prevenir el consumo de tabaco.

Material y métodos: Participaron en el estudio 179 adolescentes de 2 y 3 ESO de dos IES de nuestra ZBS. La intervención consistió en un taller-concurso en el que se abordaron conocimientos sobre el hábito tabáquico. Autocumplimentaron tres encuestas: diez días antes de la intervención, la semana siguiente y 6 meses después. Se compararon las tres etapas mediante chi cuadrado.

Resultados:

1. Tras la intervención se incrementa un 12% la opinión de que el tabaco limita la libertad ($p=0,02$).
2. El tabaco se va desvinculando de la moda: 6% a corto plazo y otro 6% a medio plazo ($p=0,03$).
3. Tras la intervención aumentan en un 4% los que afirman conocer a alguien enfermo por el tabaco; este incremento se refuerza hasta el 19% a medio plazo ($p=0,026$).
4. Aunque no se mencionó en el taller, el tabaco se percibe como perjudicial para la piel ($p=0,0005$) y el olfato ($p=0,0014$) con un incremento mantenido de 15-19%.
5. La relación del tabaco con hacer amigos se ha incrementado en un 15% a medio plazo ($p<0,01$) (¿efecto adverso o evolución natural?).
6. La variación en las frecuencias en los otros 16 ítems oscila entre 1,5-6,6%.

Conclusiones: Los programas de Educación para la Salud en la adolescencia plantean dudas sobre su eficacia. Hemos encontrado efectos positivos en conocimientos y actitudes frente al tabaco a corto y a medio plazo, aunque algún cambio es negativo, probablemente por la evolución natural del adolescente en su medio.

PD-094

RECONSULTAS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS, ¿UTILIZAMOS BIEN LOS RECURSOS SANITARIOS?

Serrano Aguado, C.; Balseiro Campoamor, M.; Galindo Doncel, G.; Barchino Muñoz, L.; Otones Campos, S.; Mesa Del Castillo Payá, M.; Reques Cosme, R.; Blumenfeld Olivares, J.A.; Ruiz Díaz, A.I.; Gallego Fernández, C.S.

Hospital de El Escorial, San Lorenzo de El Escorial, España

Objeto del trabajo: Ante el alto porcentaje de revisitas en nuestro servicio de urgencias (7,5%), planteamos la necesidad de analizar diferentes variables que pudieran influir, así como detectar la existencia de posibles malas prácticas del personal sanitario que condicionaran la reconsulta.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo del 21 de marzo al 14 junio de 2019. Del porcentaje total de revisitas se revisaron 82 pacientes.

Se proporcionó una encuesta sobre su centro de salud, el motivo de acudir a urgencias y una encuesta de satisfacción. Se revisó la historia clínica, incluyendo distancia al hospital, nivel de triage, realización de pruebas complementarias, necesidad de tratamiento hospitalario e ingreso.

Resultados: Aunque el 84% de los pacientes tienen pediatra en su centro de salud, solo 8 niños fueron antes de la primera visita, y 10 acudieron entre ambas visitas. El 62% no intentaron pedir cita.

El motivo de revisita fue el mismo en el 85%, siendo los niveles de triage semejantes entre los distintos procesos. La tasa de ingreso tras la revisita no varió, pero sí aumentaron las pruebas complementarias.

El diagnóstico fue el mismo en el 71%. El día de revisitas fue laborable en el 69%, y el 64% vivían a <8 km del hospital.

Además se incluyó una encuesta de satisfacción: el 80% contestaron estar muy satisfechos y el 93% recomendarían nuestro servicio. El acompañante fue la madre en el 61%.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes tienen pediatra pero solo un bajo porcentaje acude al mismo tanto antes como durante el episodio.

Consultan más de manera muy significativa aquellos pacientes que viven más cerca.

Entre los motivos para acudir directamente a urgencias destacaron la confianza en este servicio, los bajos tiempos de espera y la ausencia de pediatra. No se detectaron prácticas inadecuadas por parte del personal sanitario.

PD-095

HIPOTIROIDISMO DE LARGA EVOLUCIÓN EN NIÑO CON TALLA BAJA

Serrano Zamora, V.; González Carracedo, M.J.; Montero Salas, A.; Galiano Ávila, C.; Benegas Vaz, N.; Espejo Díaz, C.

Hospital de Mérida, Mérida, España

Anamnesis: Niño de 8 años en estudio por su pediatra por talla baja y fenotipo dismórfico. Residente en nuestra comunidad desde hacía un año, sin referir patologías previas. Es derivado al hospital para completar estudio tras advertir en estudio analítico inicial TSH muy elevada (663 mcUI/ml) con T4 suprimida (0,033 ng/dl), sugestivos de hipotiroidismo primario severo. Cierta cansancio en los últimos 6 meses, sin otros síntomas. Antecedentes familiares de interés: padre con agenesia tiroidea, tía paterna con hipotiroidismo no filiado, tía materna con hipotiroidismo autoinmune y tío paterno con talla baja por la que recibió GHR.

Exploración clínica: Talla baja ($<p1$, - 2,4 DE), peso e IMC normales para su edad, leve palidez cutánea y fenotipo peculiar, sin signos de cretinismo. No se palpa bocio y el resto de la exploración es normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se amplía el estudio de hipotiroidismo primario y talla baja, advirtiéndose Tiroglobulina baja (< 1 ng/ml) con anticuerpos antitiroideos muy elevados (Ac anti-tiroglobulina 117 UI/ml, anticuerpos antiperoxidasa 200 UI/ml). Dislipemia significativa asociada (Colesterol total 309,5 mg/dl (LDL 213 mg/dl), triglicéridos 327 mg/dl) y déficit moderado de vitamina D (16 ng/ml). Edad ósea 1,5-2 años retrasada respecto a edad cronológica. En ecografía cervical el tiroides es algo pequeño y muestra signos de tiroiditis crónica. Los niveles de GH, Somatomedina C, IGFBP3 y el resto del estudio fueron normales.

Con los diagnósticos definitivos de hipotiroidismo primario autoinmune, dislipemia y talla baja secundarias y déficit de vitamina D, se inicia tratamiento sustitutivo con Levotiroxina oral 125 mcg/día, vitamina D y dieta baja en grasas.

Conclusiones: Como conclusiones destacar el cribado del hipotiroidismo como causa poco frecuente de talla baja del niño mayor y la importancia de los antecedentes familiares en la orientación diagnóstica del hipotiroidismo autoinmune.

PD-096

PUBERTAD PRECOZ: ABORDAJE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Acebes Puertas, R.¹; Fierro Urturi, A.M.²;

Arroyo Romo, M.T.³; Sanz Fernández, M.²

¹Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España;

²Centro de Salud Pisuega, Valladolid, España;

³Centro de Salud Valladolid Rural II, Valladolid, España

Anamnesis: Paciente de 6 años 3 meses que presenta botón mamario bilateral desde hace 2 meses. No pubarquia, axilarquia ni olor apocrino. Estirón en talla en los últimos 2 meses. No patologías previas. Buen desarrollo ponderoestatural. Talla diana: 159,4 +/- 5 cm.

Exploración física: Peso: 20,3 kg (Pc 36. -0,36 DS). Talla: 125,4 cm (Pc 97, 1,93 DS). Armónica. Fenotipo normal. Auscultación cardiopulmonar y abdomen normales. No vello púbico ni axilar. Pequeño botón mamario bilateral. Genitales externos femeninos de aspecto normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Exploraciones complementarias: Diagnóstico de Pubertad precoz central
 - Radiografía de mano/muñeca izquierdas: Edad ósea (según atlas de Greulich & Pyle).
 - 11 años 6 meses para edad cronológica de 6 años 3 meses.
 - Pronóstico de talla final 140,7 +/- 5 cm.
 - Analítica sanguínea: Hemograma, perfil renal, hepático, lipídico y de anemias normales. Hormonas tiroideas normales. FSH 6,37 UI/L. LH 9,39 UI/L. Estradiol 3,6 pg/ml.
 - Se deberá completar el estudio con RNM craneal.
- Tratamiento: Triptorelina 0,08 mg/kg/dosis cada 28 días intramuscular.

Conclusiones: El pediatra de Atención Primaria es quien mejor conoce y controla el crecimiento y desarrollo infantil. Esto le pone en una posición privilegiada para detectar patologías en el desarrollo puberal que podrían suponer una pérdida importante de talla final y un serio problema psicológico.

Tenemos las herramientas básicas para realizar el diagnóstico precoz y el oportuno tratamiento de gran número de pubertades precoces. Otros casos requerirán la ayuda del endocrinólogo infantil, pero debemos implicarnos y realizar las pruebas necesarias para derivar solo cuando hayamos completado nuestro estudio y precisemos pruebas complementarias de uso hospitalario.

Será precisa una correcta coordinación entre Primaria y Especializada en todos los casos, pero podemos realizar el seguimiento desde Atención Primaria, donde controlaremos la desaparición de los caracteres sexuales secundarios y el adecuado ritmo de crecimiento.

PD-097

FORMA TARDÍA DE HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA: UN RETO PARA EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Acebes Puertas, R.¹; Fierro Urturi, A.M.²;

Sanz Fernández, M.²; Arroyo Romo, M.T.³

¹Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España;

²Centro de Salud Pisuega, Valladolid, España;

³Centro de Salud Valladolid Rural II, Valladolid, España

Anamnesis: Paciente de 6 años 1 mes que acude a revisión escolar. Se objetiva pubarquia estadio II de Tanner. No axilarquia ni clitoromegalia pero sí olor apocrino. No estirón en talla ni telarquia. No patologías previas. Buen desarrollo ponderoestatural. Talla diana: 163,4 +/- 5 cm.

Exploración física: Peso: 23,2 kg (Pc 73, 0,63 DS). Talla: 124,8 cm (Pc 98, 2,24 DS). IMC: 14,9 kg/m² (Pc 28, - 0,61 DS). Armónica. No telarquia (S1). Pubarquia 2 (vello fino y escaso entre labios mayores). No axilarquia. Auscultación cardiopulmonar y abdomen normales. Fenotipo normal. No hirsutismo. Genitales externos femeninos de aspecto normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Exploraciones complementarias:
 - Radiografía de mano/muñeca izquierdas: Edad ósea (según atlas de Greulich & Pyle).
 - 8 años 4 meses para edad cronológica de 6 años 3 meses.
 - Pronóstico de talla final acorde a talla diana.
 - Analítica sanguínea: Hemograma, perfil renal, hepático, lipídico y de anemias normales. Hormonas tiroideas normales. Testosterona 2 ng/dl. Delta-4-androstendiona 68 ng/dl. DHEA 49 mcg/dl. 17-OH-progesterona 9,4 ng/ml.
 - Ecografía suprarrenal: no hallazgos patológicos.
- Diagnóstico: Sospecha de hiperplasia suprarrenal congénita.
 - Para su confirmación se realizó test de ACTH en Endocrinología infantil. A los 60 minutos tras el estímulo, 17-OH-progesterona 39 ng/ml.
 - Se realizó estudio molecular de confirmación para CYP21A2 que fue positivo.

Conclusiones: Las formas tardías de patología suprarrenal congénita suponen un desafío para el pediatra de Atención Primaria. Las revisiones escolares son clave para descubrir los signos de sospecha (pubarquia y/o axilarquia precoz, olor apocrino, hirsutismo...) y permiten iniciar las pruebas diagnósticas necesarias. Estas serán realizadas en la consulta, y

se requerirá coordinación con Atención Especializada para realizar pruebas de confirmación.

Es el pediatra en su consulta quien puede realizar el diagnóstico de sospecha y el seguimiento de estos niños, asegurándose de que tengan un desarrollo puberal adecuado.

PD-098

PUBARQUIA PRECOZ COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA NO CLÁSICA

Cardelo Autero, N.; López Siguero, J.P.; Delicado Calderón, I.; Martínez Aedo, M.J.; Urda Cardona, A.L.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

Anamnesis: Niña de 6 años y 2 meses de edad, sin antecedentes personales de interés, que consulta por pubarquia y olor apocrino de reciente aparición. No otra sintomatología asociada. Talla diana $159,75 \pm 5$ cm. Menarquia materna a los 16 años.

Exploración clínica: Se evidencia una pubarquia en estadio II de Tanner, sin telarquia ni axilarquia y genitales externos femeninos normales. Peso 23,2 kg (p46, -0,11 DE). Talla 116,2 cm (p22, -0,78 DE). IMC 17,18% (p64, 0,36 DE). Resto de la exploración física normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza una ecografía abdominal, que resulta normal. Edad ósea acorde a edad cronológica. Analítica sanguínea con ligera elevación de 17-hidroxiprogesterona (5,3 ng/mL), con perfil lipídico, tiroideo y gonadal normal. En el test de estímulo con hormona adrenocorticotropa (ACTH) se objetiva un valor elevado de 17-hidroxiprogesterona a los 60 minutos (44,88 ng/mL), que confirma el diagnóstico de hiperplasia suprarrenal congénita no clásica. El estudio genético confirma una homocigosis para la mutación p.Val281Leu, una de las mutaciones puntuales leves más frecuentes propia de las formas tardías de esta enfermedad.

Dado que la paciente tenía manifestaciones clínicas escasas y no presentaba aceleración de la edad ósea, con buen pronóstico de talla adulta, se decidió no iniciar tratamiento con hidrocortisona. Actualmente se encuentra en seguimiento con controles antropométricos y de edad ósea.

Conclusiones: Ante datos de adrenarquia prematura debemos plantearnos la posibilidad de estar ante una hiperplasia suprarrenal congénita no clásica, debida habitualmente a un déficit de 21-hidroxilasa. La elevación plasmática basal de 17-hidroxiprogesterona debe hacernos sospecharla, mientras que el diagnóstico de confirmación se hará tras un test de ACTH. En general, no se iniciará tratamiento con glucocorticoides en estos pacientes, salvo casos muy sintomáticos con mal pronóstico de talla adulta.

PD-099

HIPOTIROIDISMO Y PUBERTAD PRECOZ: SÍNDROME DE VAN WYK GRUMBACH

Díaz Esteban, B.M.¹; González Fernández, L.¹; Prieto Gómez, I.¹; Picáns Leis, R.¹; Castro Feijoo, L.¹; Santamaría, A.¹; Pena Nieto, J.2; Cabanas Rodríguez, P.¹; Barreiro Conde, J.¹

¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España; ²Centro de Saúde de Vite, Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Introducción: La pubertad precoz isosexual secundaria a hipotiroidismo primario grave es compatible con el síndrome de Van Wyk Grumbach.

Anamnesis: Niña de siete años y cuatro meses que en control de salud se detecta telarquia sin estirón de talla.

Antecedentes personales: Embarazo gemelar, 28+1 semanas, peso: 990 g (-0,42SDS), longitud 34 cm (-2,41SDS). Crecimiento en percentil 25 hasta los 5 años. Buen desarrollo psicomotor y rendimiento escolar. No medicación. No sal yodada. De siempre astenia y tendencia al sueño. No estreñimiento.

Antecedentes familiares: Talla media parental 168,4 cm, 0,81SDS. Madre menarquia 15 años, hipotiroidismo, vitíligo y sarcoidosis. Diabetes tipo 1 por línea materna.

Exploración clínica: 22 kg (-0,85SDS), 110,8 cm (-2,48SDS). Facies edematosa, labios gruesos, piel seca, fría y pálida. Tendencia a bradicardia. Desarrollo P1M2, no galactorrea. No lesiones cutáneas. Abdomen globuloso. Palpación tiroidea Ia.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Hemograma y VSG normal. Bioquímica: leve hipertransaminasemia. Colesterol 539 mg/dl, HDL 93 mg/dl, LDL 432 mg/dl, Triglicéridos 71 mg/dl. FSH 3,7 UI/L, LH 0,1 UI/L, estradiol 38,1 pg/mL. TSH >750 mUI/L, T4L 0,22 ng/dl, AcTPO 1.391UI/mL. Edad ósea de 5 años y 9 meses (Greulich y Pyle). Ecografía abdominal: útero puberal, ovarios aumentados de tamaño (derecho 12 cc, izquierdo 9 cc, normalidad: 3,6 cc+/-0,6). Exploración cardiológica: derrame pericárdico. Ecografía cervical: glándula tiroidea de parénquima heterogéneo ligeramente aumentada de tamaño (lóbulo derecho 2,5 cc, lóbulo izquierdo 1,85 cc, istmo 3,7 cc).

Se inicia tratamiento sustitutivo con Levotiroxina revirtiendo los síntomas de pubertad precoz, los quistes de ovario, se normaliza la velocidad de crecimiento y las alteraciones bioquímicas. A los 3 meses presenta debut de diabetes mellitus 1.

Conclusiones:

- Ante una pubertad precoz sin estirón de talla deberíamos sospechar un hipotiroidismo.
- El tratamiento sustitutivo con hormona tiroidea revierte el cuadro y evita la iatrogenia.
- Es importante el seguimiento por la posible aparición de otras enfermedades autoinmunes.

PD-100

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LAS LESIONES DEL CUERO CABELLUDO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Delicado Calderón, I.; Ríos Segura, S.; De Santiago García-Caro, E.; García-Caro García, E.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

Anamnesis: Lactante de 8 meses que acude a su pediatra por aparición de tumoración en cuero cabelludo de 2 días de evolución, junto con lesión equimótica compatible con arañazo. Se diagnostica de adenopatía reactiva secundaria a herida resuelta, pautándose ibuprofeno. Consulta nuevamente 10 días después por no mejoría de la tumoración.

Exploración clínica: Buen estado general, tumoración de <1 cm frontoparietal derecha, no dolorosa, móvil, elástica, pequeño arañazo adyacente sin eritema circundante.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Ante la sospecha clínica, se solicita ecografía, donde se aprecia en región supraciliar frontal derecha una formación quística de bordes bien definidos, contenido heterogéneo y sombra acústica posterior, localizada en el espesor de diploe y que levanta cortical externa de 6 x 3 mm, hallazgo compatible con quiste dermoide/epidermoide. Se deriva a neurocirugía para evaluación y exéresis, durante la cual se objetiva infiltración de tabla interna, sin afectación meníngea, con resultado histológico de tumor dermoide.

Conclusiones: La presencia de nódulos o quistes en cuero cabelludo puede confundirse habitualmente con adenopatías

reactivas o lesiones postraumáticas, muy habituales en población infantil, tal y como sucedió en primera instancia en nuestro caso. No obstante, estos nódulos podrían penetrar el hueso y afectar al sistema nervioso central, dando lugar a lo que conocemos como quistes dermoides, que son la causa más frecuente de nódulos en el cuero cabelludo, y se deben a una alteración en el desarrollo embrionario que da lugar a un defecto de la línea media. Estos nódulos a veces no son detectados hasta que se produce infección local o meningitis, de ahí la importancia del diagnóstico precoz desde la consulta de atención primaria y la extirpación quirúrgica para evitar complicaciones neurológicas.

SIN DEFENSA

P-001

VARICELA EN MENOR DE 1 AÑO ¿SE LES ESTÁ VACUNANDO A LOS 15 MESES? REVISIÓN DESDE 2010 HASTA 2019. EN UN MUNICIPIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Castellares González, C.¹; Gil Díaz, M.J.¹; Maco Vázquez, K.¹; Cuevas Lobato, O.²; Muñoz Parra, C.¹; Peláez Gómez Salazar, M.J.³; Morales, M.T.³; Gómez Alonso, R.¹; Puente Barral, M.J.¹

¹CS Santa Mónica, Rivas - Madrid, España; ²Hospital De Getafe, Rivas - Madrid, España; ³CS La Paz, Rivas- Madrid, España

Introducción: Durante los últimos años se han producido distintos hechos influyen en variaciones en los casos detectados de varicela. Entre ellos: los diferentes cambios en las políticas de vacunación, la no existencia de un calendario único en España, además de la controversia con respecto a la retirada de la vacuna de varicela en nuestra Comunidad y la imposibilidad de acceder a ella en toda España. Hemos evaluado la tendencia de varicela en nuestro municipio. En Madrid se vacunó frente a varicela a los 15 meses desde octubre de 2006 a diciembre de 2013, suspendiéndose en esta fecha, reintroduciendo la vacuna en diciembre del 2014.

Material y métodos: De forma retrospectiva, se recogieron datos de pacientes menores de 14 años, con diagnóstico de varicela en los 3 Centros de Salud de la Seguridad Social (Rivas-Vaciamadrid), se evaluó a los menores de 1 año. Periodo de estudio: 1 de enero de 2010 al 15 de marzo del 2019.

Resultados: La prevalencia en menores de 1 año en nuestra población es del 7% (48/700) de los casos de varicela. Desde 2014 se observó un importante incremento de casos de varicela, siendo mayor en el 2015, siendo 0 el año 2018, 6 tenían algún hermano con varicela. Lo curioso es que solo se vacunaron a los 15 meses de edad 18/38% de los niños, cuando se comentó con enfermería, ellos refieren que si el niño pasó varicela después de los 6 meses, no estaban vacunando. Los niños que pasaron varicela, no presentaron ninguna complicación, solo en 8 (17%) pasaron otitis externa.

Conclusiones: Observamos un claro aumento de prevalencia de varicela en menores de 1 años en el 2015, se correlaciona con la retirada de la vacuna de varicela en nuestra Comunidad, que es similar al año 2010, que coincidió con un brote, existiendo una importante disminución de la misma con la reintroducción de la vacuna. Solo se vacunaron al 38% de estos pacientes, aunque tenían indicación de vacunar por haber pasado varicela antes de cumplir 1 año de vida.

P-002

FACTORES DE RIESGO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS

Ortiz Batanero, J.A.¹; Pérez Fernández, M.D.P.²; Pino Campos, A.³

¹AGS Sevilla Sur (Servicio Andaluz de Salud), Sevilla, España;

²CS San Antonio - N Cáceres (Servicio Extremeño de Salud), Cáceres, España;

³AGS Córdoba Sur (Servicio Andaluz de Salud), Lucena, España

Objeto del trabajo: Analizar los factores de riesgo de la enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años en una consulta de atención primaria para orientar el consejo médico eficazmente.

Material y métodos: Cuestionario semiestructurado (probada consistencia interna y confirmado sus componentes principales) en muestra incidental de acompañantes de menores de 5 años a una consulta pediátrica de Cáceres (N=311): datos epidemiológicos, recomendaciones OMS sobre la lactancia materna, vacunación de rotavirus y aspectos específicos de higiene personal y alimentaria en ámbito doméstico mediante Análisis Importancia - Valoración (IPA).

Resultados y conclusiones: La edad inferior a 24 meses (OR: 1,659; 1,025 - 2,684), tener dos o más hermanos (OR: 2,557; 1,300 - 5,030), no iniciar la vacunación de rotavirus (OR: 1,704; 1,037 - 2,798), estancia en centro de acogida y en guarderías con comedor (OR: 1,857; 1,064 - 3,242) y la prevalencia de síntomas respiratorios agudos (OR: 3,399; 1,936 - 5,969), estuvieron epidemiológicamente asociados a una mayor incidencia de diarreas agudas. Los cuidadores identifican la importancia de la higiene personal y alimentaria en la prevención de las diarreas agudas en los niños ($\bar{X}=9,15$; escala 0-10), pero con diferencias significativas sobre la autoevaluación de sus prácticas de higiene ($\bar{X}=6,97$; escala 0-10), ($p<0,01$). Las mayores discrepancias Importancia - Valoración, se encuentran en las frecuencias del lavado de manos de niños y manipuladores de alimentos. Perciben de menor importancia la correcta separación de las zonas de preparación de biberones que eviten contaminaciones cruzadas y la correcta descongelación de alimentos.

La herramienta es útil para orientar el consejo pediátrico: afianzar las coberturas de vacunación de rotavirus, insistir en mejorar las frecuencias de lavado de manos, especialmente con varios hermanos, institucionalización, en guarderías o con procesos respiratorios agudos, así como en los aspectos específicos de higiene alimentaria que eviten contaminaciones cruzadas y la correcta descongelación de alimentos.

P-003

¿VERRUGA?

Marcos Andrés, H.¹; Serrano Crespo, N.²; Blanco Franco, M.P.³; López Ufano, L.¹; Bobillo Del Amo, H.⁴; López Pacios, D.²; De Las Heras Díaz Varela, C.⁵

¹Centro de Salud Villafranca del Bierzo, Villafranca del Bierzo, España;

²Centro de Salud Flores del Sil, Ponferrada, España;

³Centro de salud de Cacabelos, Cacabelos, España; ⁴Centro salud Pico Tuerto, Ponferrada, España; ⁵Ponferrada IV, Ponferrada, España

Anamnesis: Niña con lesiones papulares desde nacimiento 3-4 amarillentas claras de unos 2-3 mm a nivel de antebrazo zona dorsal cerca del codo.

A los 15 meses hiperqueratosis sobre una de ella que fue vista por dermatólogo y aconsejó tratamiento queratolítico pautado dos ciclos seguidos en lesión. Posteriormente ha aumentado de tamaño aspecto rosado y menos queratósico una

grande 12 mm X 10 mm, otra más pequeña de 5 mm X 5 mm y otra lesión mínima intermedia, visto por otro dermatólogo que refiere posible nevus epidermoide con opción de esperar hasta 7 años de edad aproximadamente. Posteriormente ante el crecimiento progresivo de la lesión se realiza otra interconsulta a servicio de cirugía infantil que refiere posibilidad de granuloma piogénico y se inicia protocolo preoperatorio para servicio de cirugía.

Exploración clínica: Actual niña de 2 años con lesiones papulares planas rosadas que aumentan de tamaño de 3 cm y 0,5 cm que se superponen

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se decide exéresis ante crecimiento y mala evolución con tratamiento local y diferentes diagnósticos de sospecha.

Conclusiones: La sospecha de Nevus Epidermoide fue por su presentación desde el nacimiento, la sospecha de verruga fue por su componente hiperqueratósico, la sospecha de granuloma piogénico por su comportamiento de crecimiento, su aspecto rosado y sangrado esporádico. La exéresis de la lesión y el análisis anatomopatológico son frecuentemente definitivos para diagnóstico diferencial.

P-004

¿SIEMPRE PAPERAS?

Parera Pinilla, C.L.; Hernández Pérez, R.; Leoz Gordillo, I.
Hospital del Niño Jesús, Madrid, España

Anamnesis: Paciente de 10 años que acude al servicio de urgencias por inflamación en región preauricular y mandibular izquierda y fiebre máximo 39°C de 24 horas de evolución. En seguimiento en consultas externas de cirugía plástica por sospecha de parotiditis recurrente juvenil, habiendo presentado previamente 10 episodios similares al descrito. Vacunas al día.

Exploración clínica: Buen estado general, bien nutrida y perfundida. No trismus pero dificultad para la apertura de la boca. Se palpa empastamiento a nivel supra y retro parotídeo, borrando el ángulo mandibular izquierdo, sin fluctuación. Eritema y calor en región preauricular y mandibular. Pares craneales normales.

Procedimientos diagnósticos: Se realiza ecografía de partes blandas que es sugestiva de parotiditis aguda, con probable miositis de músculo masetero izquierdo. Analítica de sangre: Leucocitos 5,75 x 1.000/μL; Neutrófilos% 58,6; Hemoglobina 11,6 g/dl; Plaquetas 298 x 1.000/μL; VSG 81 mm; PCR 15,3 mg/dl. Se incluye estudio de inmunoglobulinas y estudio de autoinmunidad ya que la parotiditis recurrente juvenil es una entidad de etiología desconocida y hay que descartar otros procesos que produzcan parotiditis recurrente como el síndrome de Sjögren, sarcoidosis y déficit de IgA, entre otros.

Procedimientos terapéuticos: Ante la sospecha de una sobreinfección bacteriana se decide ingreso con amoxicilina-ácido clavulánico intravenoso. Dada la mejoría clínica junto con el descenso de reactantes de fase recibe 5 días de tratamiento antibiótico intravenoso cambiando posteriormente a vía oral, con buena resolución de la lesión.

Conclusiones:

- Ante la sospecha de parotiditis aguda se debe revisar el calendario vacunal.

- Solo se debe tratar con antibiótico si se sospecha de sobreinfección bacteriana.
- La evolución de la parotiditis recurrente juvenil es hacia la remisión espontánea, en general en la adolescencia. Se repite 3 o 4 veces al año con intervalos asintomáticos.

P-005

ALGO MÁS QUE UN DOLOR TORÁCICO

Parera Pinilla, C.L.; Hernández Pérez, R.; Gutiérrez Priego, S.
Hospital del Niño Jesús, Madrid, España

Anamnesis: Varón de 14 años que acude a urgencias por dolor torácico no irradiado, punzante, inicialmente intermitente, después continuo, de 1 mes. Disminución del apetito y restricción importante, cuali de alimentos. Pérdida de 9 kilos. No vómitos. Astenia. Crisis de ansiedad diarias. Precisa ingreso en hospital de referencia, donde se realiza: endoscopia, ECG, placa de tórax, analítica de sangre; siendo normal. Ha recibido tratamientos con antiinflamatorios, codeína, antitusígenos y corticoides, sin respuesta. No enfermedades previas. No traumatismos. Calendario vacunal correcto.

Exploración clínica: TA: 111/80 mmHg, FC: 60 lpm, IMC: 15.3. Buen estado general. Aspecto cansado. No exantemas, ni petequias. Mucosas húmedas, labios secos. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: Buena ventilación bilateral. Abdomen blando y depresible, no visceromegalias. Exploración neurológica normal.

Exploración psicopatológica: Consciente, orientado. Atento. Hipotímico con llanto frecuente. Síntomas somáticos de ansiedad en forma de falta de aire, pinchazos, disnea. Falta de hambre y sed. Niega miedo a engordar. Ausencia de distorsión de la imagen corporal. No alteración sensorio-perceptivas. No alteración del curso del pensamiento. Insomnio de conciliación y de mantenimiento. Nula conciencia de enfermedad y de necesitar ayuda.

Procedimientos diagnósticos: Se realiza electrocardiograma que es normal. Valoración conjunta por pediatría y psiquiatría con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y de trastorno de la conducta alimentaria.

Procedimientos terapéuticos: Se procede al ingreso en la unidad de hospitalización de trastornos de la conducta alimentaria ante la importante pérdida de peso, las dificultades en la alimentación; se procede a su renutrición (siguiendo el programa específico de tipo cognitivo conductual), regulación de su nivel de ansiedad, mediante intervenciones psicoterapéuticas y psicofarmacológicas.

Conclusiones:

- Los trastornos de la conducta alimentaria puede estar precedidos de síntomas muy dispares e inespecíficos, que confundan en la orientación del caso.
- Ante una pérdida de peso y síntomas constitucionales siempre debemos descartar patología orgánica.

P-006

CUERPO EXTRAÑO: SIGUIENDO LA SOSPECHA DIAGNOSTICA

Pérez Feito, C.E.; Fornes Vivas, R.M.; Maragat Idariaga, U.; Carvajal Roca, E.; Torres Palomino, D.; Alcayde Blat, T.
Casa de Salud - Hospital Católico, Valencia, España

Anamnesis: Niño de 2 años que acude a urgencias tras atragantamiento con rueda de goma de un coche de juguete (aproximadamente 2 cm). El padre intenta maniobras de expulsión en domicilio sin éxito con sangrado oral secundario. Antecedentes Patológicos: Prematuridad 32 SG. Hiperreactividad bronquial

Exploración clínica: Normal por aparatos, excepto hipermia orofaríngea. TEP estable. Se ingresa en observación dado el antecedente.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: RX Tórax AP y lateral apreciándose borramiento de silueta cardiaca derecha.

Permanece asintomático en planta. No hipersalivación. A las 24 h inicia clínica respiratoria con distrés y tos persistente presentando hipoventilación derecha, tiraje y sibilancias. Precisa oxígeno y nebulizaciones con salbutamol. Ante inestabilidad se solicita TAC donde se aprecia CE en esófago distal y pequeña lámina de aire mediastínico por posible perforación esofágica alta. Presenta pico febril iniciando tratamiento con Vancomicina + Meropenem. En la endoscopia se aprecia cuerpo extraño que abarca toda la luz extrayéndose con asa sin dificultad. Afebril a las 12 h. Permanece a dieta con fluidos y al 3 día se realiza estudio de tránsito intestinal (TIS) con contraste hidrosoluble sin hallazgos patológicos, reiniciando alimentación con buena evolución posterior.

Conclusiones: Si bien la ingesta de un CE es común en niños presentando típicamente sialorrea, odinofagia y disfagia, los pediatras debemos tener alto índice de sospecha de su localización en esófago, aunque existan síntomas atípicos simulando asma, crup o bronquitis, principalmente en niños pequeños.

Es fundamental el diagnóstico precoz, mediante sospecha clínica y técnicas radiológicas, incluido TAC para cuerpos radiolúcidos, evitando así complicaciones y realizar endoscopia como método de elección para su extracción.

Debemos alertar a los padres de los síntomas y posibles riesgos de la ingestión de cuerpos extraños y de la necesidad de atención médica rápida.

P-007

EDEMA AGUDO HEMORRÁGICO DEL LACTANTE

Serrano Crespo, N.¹; Riola Blanco, A.M.¹; Pérez Morán, A.²; López González, M.I.²; Jáñez Suárez, M.P.²; Ballesteros Vega, M.I.²; Marcos Andrés, H.³; Blanco Franco, M.P.⁴; López Pacios, D.⁵

¹Centro de Salud Ponferrada; ²Ponferrada, España; ³Hospital el Bierzo, Ponferrada, España; ⁴Centro de Salud de Villafranca del Bierzo, Villafranca del Bierzo (León), España; ⁵Real Fundación Hospital de la Reina, Ponferrada, España

Anamnesis: Varón de 15 meses, sin antecedentes de interés y calendario vacunal completo. Diez días antes episodio de otitis a tratamiento con Amoxicilina. Acude al Centro de Salud por fiebre de 48 horas de evolución y aparición súbita de exantema en tronco, extremidades y pabellón auricular

Exploración clínica: Buen estado general, con exploración normal, sin petequias ni signos meníngeos. Fiebre y lesiones maculopapulosas, redondeadas, eritematosas, bien delimitadas en extremidades inferiores, pabellón auricular izquierdo,

confluentes en tronco. A la palpación sobreelevadas. Ante la sospecha de vasculitis se envía a Urgencias Hospitalarias.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Analítica con leucocitosis, elevación de Proteína C reactiva y velocidad de sedimentación. Resto de analítica normal. Se sospecha que se trata de un Edema Agudo Hemorrágico del lactante (EAHL). Es dado de alta y remitido al pediatra de Atención Primaria para seguimiento con tratamiento sintomático. A las 48 horas presenta maculo-pápulas con ligera equimosis y coloración morada, sin edemas. La evolución fue favorable sin complicaciones, ni recurrencias.

Conclusiones: El EAHL, fue descrito por primera vez en 1913 por Snow. Presenta características similares a la Púrpura de Schonlein-Henoch (PSH). La etiología es desconocida, si bien se conoce su relación con infecciones (víricas y bacterianas), fármacos y vacunas, que podrían actuar como fármacos desencadenantes. La presentación consiste en lesiones cutáneas de 1-3 cm, sobreelevadas, púrpúricas y con forma de diana. Las localizaciones más frecuentes son mejillas y extremidades inferiores, considerándose típica la afectación de pabellones auriculares. Su diagnóstico es clínico, pero se puede completar con estudios de laboratorio y biopsia. El diagnóstico diferencial es con las vasculitis, fundamentalmente con PSH. El tratamiento de elección son los antiinflamatorios no esteroideos. Los corticoides y antihistamínicos no han demostrado ser beneficiosos. El pronóstico de la enfermedad es excelente, remitiendo de forma espontánea en 1-3 semanas, sin complicaciones, siendo raras las recurrencias.

P-008

INFLUENCIA DE LOS CAMBIOS VACUNALES EN LA PREVALENCIA DE VARICELA EN UN MUNICIPIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID. REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 9 AÑOS (2010-2019)

Castellares González, C.¹; Gil Díaz, M.J.¹; Cuevas Lobato, O.²; Muñoz Parra, C.¹; Maco Vázquez, K.¹; Peláez Gómez De Salazar, M.J.³; Gómez Alonso, R.¹; Morales San José, M.J.³; Puente Barral, M.J.¹

¹CS Santa Mónica, Rivas Vaciamadrid, España; ²Hospital de Getafe, Getafe, España; ³CS La Paz, Rivas Vaciamadrid, España.

Introducción: En nuestras consultas hemos detectado un aumento de casos de varicela coincidiendo con la retirada de la vacuna del calendario vacunal en la Comunidad de Madrid y la falta de acceso en España. En Madrid se vacunó a los 15 meses, desde octubre de 2006 a diciembre de 2013, suspendiéndose en esta fecha y volviéndose a reintroducir en diciembre del 2015, incrementando la dosis de 1 a 2.

Objetivos: Evaluar los casos de varicela registrados en los 3 Centros de Salud de nuestro municipio durante los últimos 9 años.

Material y métodos: De forma retrospectiva se recogieron datos de pacientes <15 años con diagnóstico de varicela en los 3 Centros de Salud de Rivas-Vaciamadrid (Madrid). El periodo de estudio: 1 de enero de 2010 al 30 de marzo de 2019.

Resultados: Se registraron 700 casos de varicela. Se descartaron 14 por ser diagnosticados entre 2-16 días post-vacuna. El total de casos fue 686 (55% varones, 68% entre 1y 6 años

de edad). En 404 (59%) no tenían ninguna dosis de varicela o no estaba registrada en la historia (Tablas I y II).

Tabla I. Distribución de varicela por grupo etario	
Edad (años)	N (%)
<1	48 (7%)
1-3	197 (29%)
4-6	224 (32%)
7-11	199 (29%)
12-14	18 (3%)
Total	686

Tabla II. Distribución/prevalencia de varicela por años	
Año	N (%)
2019 (marzo)	15 (2%)
2018	29 (4%)
2017	28 (4%)
2016	103 (15%)
2015	91 (13%)
2014	61 (9%)
2013	85 (12%)
2012	71 (10%)
2011	75 (11%)
2010	128 (19%)

Conclusiones: Desde la retirada de la vacuna se observó un aumento de la prevalencia en 2015, que perduró hasta 2016, llegando a cifras similares a 2010 cuando existió un brote en nuestra Comunidad. El aumento de prevalencia en 2016, a pesar de ser reintroducida la vacuna, puede explicarse por un efecto “arrastré” hasta que se consigue revacunar a un porcentaje significativo de la población que alcance tasas de inmunización protectoras. La importancia de mantener un calendario vacunal con el número óptimo de dosis y de manera continua en el tiempo favorece a un control adecuado de la enfermedad.

P-009

HIPERCALCEMIA SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR VITAMINA D, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

González De La Rosa, A.; Aguado Antón, R.; Gutiérrez Buendía, D.; Llorente Pelayo, S.; Pastor Tudela, A.I.; Pérez González, D.; Leonardo Cabello, M.T.; Caldeiro Díaz, M.J.; Abreut Olsen, E.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Anamnesis: Presentamos dos casos de lactantes ingresadas por hipercalcemia secundaria a intoxicación por vitamina D. La primera es una lactante de 3 meses que consulta por vómitos iniciados hace 3 días, afebril sin otros síntomas asociados. La segunda, una lactante de 45 días de vida que acude por referir la familia haber estado administrando dos goteros de vitamina D (10.000 IU/ml) desde hace un mes, 50 veces la dosis recomendada. Se ha mantenido asintomática.

Exploración clínica: Ambas lactantes presentan constantes normales con una exploración física anodina.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: La alteración inicial detectada en ambos casos es un aumento del calcio iónico en la gasometría capilar, de 1,96 y 1,4 mmol/L, confirmados en analítica venosa valores de calcio total de 14,8 y 11,8 mg/dl respectivamente. En el primer caso, rehistoriando a la familia, refieren haber estado administrando también dos goteros al día de vitamina D 10.000UI/ml. Como tratamiento, se administra sueroterapia con suero salino fisiológico, en el primer caso se añade furosemida durante 24 horas. Descenso progresivo de calcemia manteniéndose ambas estables en todo momento. Se completa estudio con PTH (disminuida), 25-OH-vitamina D (aumentada) y analítica completa (normal) así como ecografía que descarta nefrocalcinosis y electrocardiograma (normal).

Conclusiones: La hipercalcemia secundaria a hipervitaminosis D es rara en Pediatría y normalmente por errores de dosificación. Se ha reportado un aumento de casos asociados a la introducción de un nuevo formato de vitamina D concentrada, así como los asociados a suplementos vitamínicos. Puede ser asintomática o dar lugar a síntomas renales, neuromusculares o arritmias entre otros. En función del grado y de si asocia síntomas, el tratamiento es sueroterapia y diuréticos de asa siendo rara la necesidad de otras terapias. Es obligado en las revisiones pediátricas asegurarse de la correcta administración en domicilio de los tratamientos pautados, especialmente de aquellos que tengan una duración prolongada

P-010

MEDULOBLASTOMA INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Serrano Crespo, N.¹; López González, M.I.²; Robles González, M.P.¹; Marcos Andrés, H.³; Blanco Franco, M.P.⁴; Jáñez Suárez, M.P.²; Ballesteros Vega, M.I.²; Pérez Morán, A.²; López Pacios, D.⁵
¹Centro de Salud Ponferrada; Ponferrada, España;
²Hospital el Bierzo, Ponferrada, España;
³Centro de Salud de Villafranca del Bierzo, Villafranca del Bierzo, España;
⁴Centro de Salud de Cacabelos, Cacabelos, España;
⁵Real Fundación Hospital de la Reina, Ponferrada, España

Anamnesis: Niña de 28 meses, segundo embarazo de madre de 26 años, sana, bien controlado, que acude al centro de salud por abdominalgia sin otra clínica, sospechándose adenitis mesentérica confirmada por eco abdominal. A los tres días dolor en cadera derecha y abdominalgia. Se pauta antiinflamatorio mejorando a los dos días la deambulación.

A la semana comienza con miedo a la deambulación e inestabilidad en la marcha. Un vómito aislado. Se deriva al Hospital para valoración.

Exploración clínica: Buen estado general, activa, reactiva, bien perfundida, Glasgow normal, movilidad espontánea de las 4 extremidades, no paresias ni alteración de los pares craneales, pupilas normales y marcha con aumento de la base de sustentación. Resto de exploración normal

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Hemograma, coagulación y bioquímica normal. Tóxicos en orina normal, serologías negativas. Tac craneal: masa ligeramente hiperdensa de 29 x 40 x 30 mm, en el cuarto ventrículo suges-

tiva de meduloblastoma, que condiciona hidrocefalia tetra-ventricular muy significativa con exudado transependimario. Se traslada a Hospital de Madrid, realizándose resección, con implante DVE, quimioterapia y autotransplante de médula espinal autólogo. Presenta evolución favorable.

Conclusiones: Los tumores del sistema nervioso central, son los tumores sólidos más frecuentes en niños, siendo el meduloblastoma el más frecuente, prevalencia en varones y antes de 10 años. La clínica incluye cefalea, náuseas y vómitos, irritabilidad (por hipertensión intracraneal) y relacionados con la localización del tumor: alteraciones del equilibrio, ataxia, dismetría, etc.

En la exploración de nuestra paciente destacamos el miedo a la deambulación y la inestabilidad en la marcha.

El pronóstico está relacionado con tres factores clínicos: edad del paciente, presencia de metástasis al diagnóstico y existencia de tumor residual tras cirugía. Peor pronóstico en menores de 3 años, metástasis o resto tumoral mayor de 1.5 cm.

El tratamiento son la cirugía, radioterapia y quimioterapia, según diferentes factores de riesgo.

P-011

ÚLCERAS DE LIPSCHÜTZ EN PEDIATRÍA

López Sanz, E.; Ramos Frías, M.A.

¹CS Azuqueca II, Villanueva de la Torre, España;

²CS Azuqueca II, Azuqueca de Henares, España

Anamnesis: Paciente de 13 años con DM-1, que presenta de forma súbita tres úlceras vulvares dolorosas, en el contexto de un cuadro infeccioso de origen respiratorio, febril, iniciado en días previos, que requirió tratamiento antibiótico.

Exploración clínica: Tres úlceras en labios menores (dos el labio menor derecho y una de menor tamaño en labio menor izquierdo), con importante edema, muy dolorosas, secreción lechosa-marronácea y eritema perilesional (se aportan imágenes).

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Revisada por servicio de Ginecología, y tras descartar el posible origen venéreo (niega relaciones sexuales previas), refieren diagnóstico de úlceras de Lipschütz. Precisa tratamiento sintomático, que consiste en analgesia para control del dolor, y lavados de la zona vulvar con septomida cada 12 horas, llegando al mes a la resolución completa del proceso sin secuelas residuales, lo que confirma el diagnóstico de sospecha.

Conclusiones: Se trata de una entidad de etiología desconocida, que genera gran ansiedad en los pacientes y sus familias, posiblemente infradiagnosticada, que se debería tener siempre en cuenta en el diagnóstico diferencial de las úlceras genitales en pediatría. Es fundamental la realización de una buena anamnesis, así como un correcto diagnóstico diferencial con otras entidades con clínica de úlceras genitales tales como chancroide, infección por virus herpes simple o aftosis orogenital, para evitar la realización de pruebas diagnósticas innecesarias, ya que se trata de un proceso con resolución espontánea y sin secuelas. Es también muy importante, tranquilizar a las familias, sobre el origen no venéreo de dichas lesiones, así como su resolución completa.

P-012

ASOCIACIÓN ENTRE ENZIMAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA Y MARCADORES DE DISFUNCIÓN ENDOTELIAL EN NIÑOS OBESOS PREPÚBERES

Valle Martos, R.¹; Cañete Vázquez, M.D.²; Martos Estepa, R.³; Valle Jiménez, M.⁴; Cañete Estrada, R.⁵; Jiménez Reina, L.⁶

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, España;

²IMIBIC, Córdoba, Córdoba, España; ³Centro de Salud Pozoblanco, IMIBIC, Córdoba, Córdoba, España; ⁴Hospital Valle de los Pedroches. IMIBIC, Córdoba, Córdoba, España; ⁵Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. IMIBIC. Ciberobn, Córdoba, Córdoba, España; ⁶Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. IMIBIC, Córdoba., Córdoba, España

Objeto del trabajo: Enzimas de función hepática se han descrito asociadas a un mayor riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular. La alanina aminotransferasa (ALT) se ha correlacionado con varios componentes del síndrome metabólico, siendo considerada como un indicador de futuros trastornos metabólicos. La disfunción endotelial es considerada como uno de los primeros trastornos en el proceso de aterosclerosis. Niveles elevados de la molécula de adhesión intercelular soluble-1 (sICAM-1) son indicativos de disfunción endotelial y se considera un marcador bioquímico asociado a la progresión aterosclerótica.

Pretendemos valorar si ya a edades tempranas existen diferencias en los niveles de enzimas de función hepática y marcadores de disfunción endotelial y determinar si existe asociación entre ambas.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en niños obesos prepúberes (6-9 años). Se incluyeron 45 niños obesos y 46 no obesos. Se les determinó peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia de la cintura, sICAM-1, AST y ALT.

Resultados y conclusiones: Ambos grupos fueron similares, no mostrando diferencias por motivo de edad ni sexo.

Medidas antropométricas: IMC ($23,38 \pm 0,34$ vs $16,78 \pm 0,22$ kg/m²; $p < 0,0001$), circunferencia cintura ($73,07 \pm 1,02$ vs $57,72 \pm 1,27$ cm; $p < 0,0001$) Z-scoreIMC ($3,30 \pm 0,17$ vs $0,05 \pm 0,01$; $p < 0,0001$).

Los valores de ALT (media $\pm$ EEM; $19,45 \pm 0,78$ vs $17,1 \pm 0,53$ U/l; $p = 0,0152$) y sICAM-1 ($284,37 \pm 10,01$ vs $247,1 \pm 6,43$ ng/ml; $p = 0,0024$) fueron superiores en los niños obesos, no encontrando diferencias significativas en la AST ($25,09 \pm 0,43$ vs $24,97 \pm 0,38$ U/l; $p = 0,8369$).

En un análisis de correlación lineal simple, para el grupo de niños obesos, la ALT se correlacionó significativamente con los valores de sICAM-1 ($p = 0,0286$), el IMC ($p = 0,0173$) y circunferencia de la cintura ($p = 0,0154$).

Corregido para edad y sexo la ALT es factor de predicción independiente para sICAM-1 ($p = 0,0236$).

Los niños obesos muestran niveles superiores de alanina aminotransferasa y sICAM-1 desde edades prepúberes. Existe asociación significativa entre los niveles de ALT y marcadores de disfunción endotelial.

P-013

RELACIÓN ENTRE ALANINA AMINOTRANSFERASA Y VARIABLES ASOCIADAS AL SÍNDROME METABÓLICO EN NIÑOS OBESOS PREPÚBERES

Valle Martos, R.¹; Cañete Vázquez, M.D.²; Martos Estepa, R.³; Cañete Estrada, R.⁴; Jiménez Reina, L.⁵

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, España; ²IMIBIC, Córdoba, Córdoba, España; ³Centro de Salud Pozoblanco, IMIBIC, Córdoba, Pozoblanco, España; ⁴Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. IMIBIC. Ciberobn, Córdoba, Córdoba, España; ⁵Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba. IMIBIC, Córdoba, Córdoba, España

Objeto del trabajo: La alanina aminotransferasa (ALT) se ha descrito asociada a valores elevados de triglicéridos, descenso de HDL colesterol, marcadores de resistencia a la insulina y adiposidad visceral, características del síndrome metabólico (SM). La ALT se ha considerado un factor de riesgo relacionado con el SM y podría ser un biomarcador temprano del mismo.

Pretendemos valorar si, a edades prepúberes, existen diferencias en los valores de ALT, triglicéridos, HDL colesterol, insulina y HOMA-IR, entre niños obesos y no obesos y determinar si existe correlación entre estas variables y los niveles de ALT.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en niños obesos prepúberes (6-9 años). Se incluyeron 48 niños obesos y 46 no obesos. A todos se les determinó peso, talla, IMC, ALT, insulina, HOMA-IR, triglicéridos y HDL colesterol.

Resultados y conclusiones: Ambos grupos fueron similares, no se encontraron diferencias en cuanto a la edad o sexo.

Los valores de ALT (media $\pm$ EEM; $19,47 \pm 0,77$ vs $17,1 \pm 0,46$ U/l; $p=0,0118$), insulina ($6,84 \pm 0,42$ vs $5,40 \pm 0,32$ U/l; $p=0,0109$) HOMA-IR ($1,554 \pm 0,107$ vs $1,165 \pm 0,068$; $p=0,0037$) y triglicéridos ($66,78 \pm 3,97$ vs $51,98 \pm 1,83$ mg/dl; $p=0,0118$) fueron superiores en los niños obesos respecto a los no obesos, al contrario que el HDL colesterol ($51,02 \pm 1,28$ vs $56,80 \pm 1,34$ mg/dl; $p=0,0036$). El IMC fue $23,35 \pm 0,33$ vs $16,78 \pm 0,22$ kg/m²; $p<0,0001$.

En un análisis de correlación lineal simple, para el grupo de niños obesos, la ALT se correlacionó significativamente con los valores de triglicéridos ($p=0,0238$), insulina ($p=0,0220$), HOMA-IR ($p=0,0095$) e IMC ($p=0,0401$) y negativamente con HDLcolesterl ($p=0,0430$).

Los niños obesos muestran niveles superiores de ALT, triglicéridos, insulina y HOMA-IR e inferiores de HDLc desde edades muy tempranas.

Existe asociación significativa entre los niveles de ALT, marcadores de resistencia a la insulina y trastornos lipídicos característicos del SM. Los valores elevados de ALT podrían llegar a ser considerados como biomarcadores tempranos de SM.

P-014

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

González Gallego, M.D.M.¹; Marcos Andrés, H.²; Bobillo De Lamo, H.¹; Serrano Crespo, N.³; López Ufano, L.²; Becerra González, E.⁴; Blanco Franco, M.P.⁴; Ramos Carbajo, M.J.¹; García De La Fuente, J.F.⁵; Ángeles Pérez, M.⁶

¹Centro de salud Picotuerto, Ponferrada, España;

²Centro de salud de Villafranca del Bierzo, Villafranca del Bierzo, España;

³Centro de salud Flores del Sil, Ponferrada, España;

⁴Centro de salud Cacabelos, Cacabelos, España;

⁵Centro de salud de Fabero, Fabero, España;

⁶Centro de salud Ponferrada IV, Ponferrada, España

Objeto del trabajo: Elaborar un documento claro y sencillo que aporte a las familias las recomendaciones generales sobre la introducción de la alimentación complementaria

Material y métodos: Creación de un grupo de trabajo compuesto pediatras y enfermería de atención primaria y hospital.

Revisión por parte de los componentes del grupo de la bibliografía existente sobre las últimas recomendaciones en alimentación.

Analizar los documentos existentes en el área, modificar y/o elaborar nuevos para entregar a los padres en las distintas revisiones de salud.

Resultados y conclusiones: Las limitaciones de la investigación en el campo de la alimentación dan lugar a recomendaciones cambiantes o controvertidas que pueden confundir a los profesionales sanitarios y a la población en general. Cualquier intervención en salud debe partir de la mejor evidencia disponible.

Las recomendaciones deben establecerse con la mayor prudencia y rigor posibles.

Siempre será mejor una evidencia limitada que la ausencia de ella.

P-015

GENÉTICA E HISTORIA FAMILIAR: SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SÍNDROME DE MARFAN

Sánchez Sierra, M.N.; Vega Gutiérrez, M.L.;

Moreno Carrasco, J.L.; Bachiller Luque, M.R.;

Alonso Ferrero, J.; Rellán Rodríguez, S.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

Anamnesis: Varón, 25 días, derivado a Cardiología Infantil por dilatación raíz aórtica (Z-score +2) en ecocardiografía neonatal en otro hospital.

Padre: Síndrome de Marfan (SMF), mutación en FBN1, intervenido cardiológicamente dos veces. Hermano 7 años, sano. Estudio genético negativo. Antecedentes personales sin interés

Exploración clínica: Peso p50-75, talla p>97. Retrognatia. Hiperlaxitud. Reflejo rojo bilateral simétrico. Auscultación cardiopulmonar normal. Resto sin interés.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Ecocardiografía: diámetro aórtico senos de Valsalva 17 mm (Z-Score +1,61) con ligero aumento en controles sucesivos hasta 19 mm (Z-Score +1,79) en última visita (19 meses).

Confirmación, mediante estudio genético, de mutación en FBN1. Pendiente valoración por oftalmología.

Ante valores Z-Score en límite alto de la normalidad, se propone controles ecográficos seriados, reservando tratamiento médico en función de la progresión.

Conclusiones: El SMF es una enfermedad sistémica del tejido conectivo (prevalencia 1/5.000-10.000 nacidos vivos), debida a mutación en el gen de la fibrilina-1 (FBN1). Se transmite por herencia autosómica dominante con penetrancia completa, aunque hasta un 25% presentan mutaciones de novo. La marcada heterogeneidad fenotípica y la aparición o empeoramiento de distintos signos según la edad, dificulta su diagnóstico.

Los criterios de Ghent revisados en 2010, conceden mayor valor al estudio genético, dilatación de raíz aórtica y ectopia

lensis. La combinación de dos de estos tres hallazgos o la presencia de historia familiar y una de las dos manifestaciones clínicas permite establecer el diagnóstico.

En nuestro caso, pese a los valores límite de dilatación aórtica, dada la historia familiar, genética positiva y edad del paciente, su seguimiento permitirá alcanzar el diagnóstico definitivo.

Es importante el manejo multidisciplinar de estos pacientes. La labor del pediatra de Atención Primaria es fundamental para la detección precoz de hallazgos sistémicos característicos y derivar, en caso necesario, a Especializada para instaurar el tratamiento adecuado.

Se recomiendan controles ecocardiográficos anuales o semestrales y oftalmológicos anuales.

P-016

QUISTE EPIDÉRMICO ESCROTAL EN LA INFANCIA

Pastor Galán, I.; Curbelo Rodríguez, M.;
González Mariscal, M.; Delgado Duatis, G.;
Asensio García, J.; Jiménez Lorente, A.I.
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Introducción: El quiste epidérmico escrotal es una lesión tumoral benigna y su diagnóstico diferencial con tumores malignos es difícil en ocasiones. Las pruebas de imagen y los marcadores tumorales pueden ser de ayuda en el diagnóstico preoperatorio.

Caso clínico: Paciente varón, de 2 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por dolor testicular y aumento de tamaño en el último mes. Desde el año de vida, presentaba tumoración visible en rafe medio escrotal. Afebril y sin síntomas constitucionales asociados.

Se solicita ecografía testicular, donde se observan ambos testículos en bolsa y tumoración extratesticular sólida y alargada en la línea media, que se extiende hacia la base del escroto y esfínter anal, con aumento de vascularización en doppler.

Ante la sospecha de lesión sugerente de malignidad, ingresa para estudio. Durante el mismo, se realiza analítica completa con frotis de sangre periférica y marcadores tumorales, con resultado normal. En una nueva ecografía, se observan cambios inflamatorios y cambios compatibles con lesión quística abscesificada. En el cultivo del exudado se aísla *Proteus Mirabilis*, completando un ciclo antibiótico con ceftazidima según antibiograma.

Tras el alta, se realiza RM testicular-pélvica donde se observa colección perineal desde la base de pene hasta la vecindad del ano, con trayecto fistuloso hasta la cara posterolateral de la uretra. Es valorado por Cirugía Pediátrica, quienes realizan exéresis de la lesión. El estudio anatomopatológico confirma la presencia de un quiste epidérmico con fibrosis perilesional y fístula escrotal-perineal. La evolución tras la intervención es favorable.

Conclusión: La mayoría de las lesiones tumorales escrotales prepuberales son benignas. Ante la sospecha de una lesión neoplásica, es necesario un estudio con ecografía-doppler y marcadores tumorales. Ambas son imprescindibles para la decisión del manejo quirúrgico de la lesión.

P-017

UN EXANTEMA ESPECÍFICO EN LA CONSULTA

Ledesma Albarran, M.V.; Ramiro Mateos, L.;
Delgado Cardoso, M.; Fernández Martínez, T.;
Cambrón Carmona, M.D.L.A.; Vicho González, M.C.
Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España

Anamnesis: Lactante de 11 meses, con antecedentes de bronquitis de repetición. Consulta por mucosidad nasal, tos y febrícula de tres días de evolución acompañado de lesiones cutáneas en tronco desde hace 10 días.

Exploración clínica: Máculas marronáceas monomorfas en tronco. Edema y eritema a la fricción de las mismas (Signo de Darier). Mucosidad en cavum, rinorrea. ACP normal.

Sospecha clínica de urticaria pigmentosa. Catarro de vías altas.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se solicita hemograma (eosinófilos en límite alto de normalidad), frotis de sangre periférica, triptasa seria, serie ósea completa y ecografía abdominal sin encontrarse alteraciones.

Actualmente el paciente permanece asintomático, sin precisar tratamiento específico salvo evitar posibles desencadenantes; con controles periódicos en dermatología.

Conclusiones:

- Las lesiones dérmicas pueden ser signo de afectación/enfermedad sistémica.
- La presentación más frecuente de mastocitosis en la cutánea.
- La clínica varía desde afectación dérmica exclusiva hasta afectación sistémica.
- El 50% regresan en la pubertad.
- El diagnóstico de la afectación cutánea es clínico.
- Es fundamental instruir a los pacientes sobre los factores desencadenantes de degranulación y la clínica asociada a ellos para evitar el desarrollo de complicaciones potencialmente graves como el shock anafiláctico.

P-018

FENÓMENO DE MARCUS GUNN INVERTIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

González Herero, M.; Montilla Salas, M.;
Toledano Bueno, J.; Aceituno Pérez P, M.A.
UGC Levante Sur, Córdoba, España

Objeto del trabajo: Presentación de fenómeno de Marcus Gunn invertido mediante imágenes.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un niño de 3 años sano que con la apertura mandibular (reír, bostezar) presenta blefaroptosis unilateral.

Resultados y conclusiones: El fenómeno de Marcus Gunn invertido es una sincinesia congénita poco frecuente, que ocasiona tras la apertura mandibular (pteroideo) el cierre palpebral del lado afecto.

Su diagnóstico es clínico, pudiendo realizar electromiografía que constata la sincinesia del nervio facial con el oculomotor del músculo elevador del párpado superior. Generalmente es unilateral.

Se presenta el caso clínico mediante imágenes.

Se denomina invertido pues la forma clásica, mucho más frecuente, presenta en caso de ptosis palpebral congénita su apertura con el movimiento mandibular

P-019

HIPERTRICOSIS LOCALIZADA SECUNDARIA A VACUNACIÓN

Ristol Perxés, A.M.¹; Torralba, C.²; Martos Pujalte, C.³; Polidura Navío, A.⁴

¹ABS Can Serra, L'Hospitalet de Llobregat, España; ²ABS Centre, L'Hospitalet de Llobregat, España; ³ABS Can Serra, L'Hospitalet de Llobregat, España;

⁴ABs Sant Josep, L'Hospitalet de Llobregat, España

Anamnesis: Paciente femenina de 6 años que acude a la visita de revisión dentro del programa de Niño Sano.

No constan antecedentes de patología dermatológica. Vacunaciones al día según calendario vigente.

La madre refiere que después de la 3ª dosis de vacuna pentavalente, en el primer año de vida, y después de la 1ª dosis de vacuna triple vírica, durante el segundo año de vida, apareció de forma progresiva vello/pelos en la zona circundante a la de aplicación de las vacunas (muslo y brazo respectivamente). En el último año cree que la densidad de pelos ha disminuido ligeramente. No refiere reacción inflamatoria post-vacunal, ni picor ni rascado valorables ni antes ni después de la aparición del pelo. No consta ninguna medicación aparte de alguna toma aislada de paracetamol uno o dos días post-vacunación.

Exploración clínica: Se aprecian dos zonas redondeadas de hipertrichosis localizada: una en cara anterolateral de muslo derecho, de 2 x 1,5 cm, y otra sobre deltoides izquierdo de 3 x 2,5 cm, sobre una base de piel sana, con ligera hiperpigmentación respecto a la piel circundante. No se observa xerosis ni inflamación. No se observa hipertrichosis en otras zonas del cuerpo.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

Conclusiones: Las hipertrichosis localizadas adquiridas se han relacionado en la literatura con irritación crónica, fricción, y en el caso de las secundarias a vacunación, con inflamación local post-vacunal. En nuestro caso este antecedente no consta, aunque dado que el inicio del cuadro es muy anterior al relato actual de la madre, cabe la posibilidad que ésta se hubiera producido, y olvidado posteriormente. La evolución en algunos casos es a desaparecer con el tiempo, pero en nuestra paciente se ha mantenido pasados los 5 años de su aparición, aunque con una ligera disminución en cantidad de pelos. Cabe considerar la posibilidad de impacto emocional/tratamiento futuro.

P-020

HECES VERDES EN UN LACTANTE SIN DIARREA

Díaz Esteban, B.M.¹; Picáns Leis, R.¹; González Fernández, L.¹; Martínón Torres, N.¹; Belo González, M.D.C.²; Pérez Feal, A.²;

Redondo Collazo, L.¹; Fernández Bustillo, J.M.²

¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España; ²Centro de Saúde de Bertamirás. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela., Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Lactante de 12 meses sin antecedentes de interés, asintomático, que acude a consulta de control de salud y

se observa en pañal heces verdes así como en piel de nalgas. A la anamnesis dirigida la familia refiere ingesta el día anterior de pasteles con pasta "fondant" de dicho color.

Exploración clínica: Buen estado general. Peso 11,200 kg (percentil 83); longitud 75 cm (percentil 36); perímetro craneal 49 cm (percentil 89); IMC 19,9 kg/m² (percentil 97). Abdomen: ruidos intestinales presentes, no aumentados en frecuencia ni intensidad, blando y depresible, no doloroso a la palpación. Piel de nalgas con coloración verdosa. Resto de la exploración física normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: No se precisaron por el antecedente de la ingesta de pasteles de color verde el día anterior.

El niño en las siguientes consultas normaliza el aspecto de las heces con adecuada progresión pondoestatural.

Conclusiones: Las heces de color verde en un lactante de 12 meses sin diarrea pueden ser debidas a diversas causas: medicamentos (suplementos de hierro, antibióticos,...), alimentos de color verde (espinacas, acelgas,...), cambios en la dentición o cambios de la leche de fórmula (los dos últimos debido a modificaciones en la flora intestinal que afectarían a los gérmenes que digieren la bilis evitando la transformación del urobilinógeno (amarillo) a coprobilinógeno (marrón)). En nuestro paciente las deposiciones verdosas se explicarían por la clorofila (E140) presente en el colorante de los pasteles con "fondant" ingeridos (pasta compuesta por azúcar, agua, mantequilla, gelatina, glicerina, saborizante y colorantes, usado para decorar repostería) que consumió el día anterior. Es un colorante verde natural presente en todas las plantas y algas.

P-021

GENITORRAGIA PREPUBERAL ¿PENSAMOS EN UNA COAGULOPATÍA?

Pelegrin, B.¹; Gutiérrez, B.¹; Iglesias, C.¹; Castellar, M.A.²

¹EAP Alcantarilla-Sangonera, Alcantarilla, España;

²EAP Alcantarilla-Casco, Alcantarilla, España

Anamnesis: Preescolar, 4 años consulta por secreciones sanguinolentas rojo-marrónáceas no malolientes cambiando ropa interior 2-3 veces día, asintomática. No sospecha de cuerpo extraño. Orina y cultivo del exudado vaginal, negativos

No ingesta de fármacos. No telarquia, pubarquia, axilarquia ni acné.

No antecedentes familiares endocrinológicos. Exploración física normal, hiperemia en introito vaginal. EC: 4 años. BEG. No acantosis ni estrías GU: S1, P1, A1. Eritema vulvovaginal. No secreciones. No cuerpo extraño. No mal olor. Vello fino en piernas.

Exploraciones complementarias y evolución:

- **Ginecología:** Vulva eritematosa, exudado-leucorrea blanquecina adherida a labios menores. ECO Genitales internos de morfología y aspecto para su edad, folículo ovárico derecho de 4 mm.
- **Estudio hormonal y edad ósea:** Propio para su edad histeroscopia: mucosa vaginal atrófica, friable, con áreas anteriores y posteriores con sangrado, pequeños coágulos. No cuerpo extraño. Metrorragia por probable actividad ovárica derecha, solicitándose histeroscopia. La genitorragia desapareció a los 6 días.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Para histeroscopia, en pre anestesia y Hematología destaca: Alargamiento TTPA de 67,6 seg. (Valores normales 25,1-36,5) Actividad factor XI de 3,5 IU/dL (Valores normales 70-140).

Diagnóstico: Déficit del factor XI o Hemofilia C grave.

Tratamiento: Profilaxis previo a procedimientos agresivos, ciruga o parto. Estudio familiar de Factor XI

Conclusiones: La deficiencia de factor XI es un trastorno hereditario de la coagulación con una reducción cuantitativa y/o cualitativa del factor XI por mutaciones en el gen F11 (4q35). Común entre los asquenazíes, subestimado en los caucásicos. Herencia autosómica con penetrancia variables.

Puede debutar a cualquier edad con clínica variable e impredecible, existiendo escasa relación entre los niveles de actividad del factor XI y los síntomas hemorrágicos. Se diagnosticó por estudio de coagulación básico (alargamiento del tiempo parcial de tromboplastina activado: TTPA) y la medición y niveles del factor XI.

P-022

LESIÓN CUTÁNEA HIPERPIGMENTADA DE RÁPIDO CRECIMIENTO

Artigas Rodríguez, S.; Calles Ledezma, M.; Salvà Núñez, R.; Fernández Ruíz, C.; Finestres Parra, A.
CAP sagrada familia, Barcelona, España

Niña de 8 años sin antecedentes médicos a destacar que consulta por la aparición de una lesión cutánea bien circunscrita, hiperpigmentada, que no ocasiona dolor ni prurito, de 3 semanas de evolución y que presenta un crecimiento rápido y un aumento progresivo de la pigmentación. Se localizaba en la cara interna de la parte proximal de la pierna izquierda. No presentaba otros hallazgos en la exploración física. El principal diagnóstico diferencial se planteaba con el melanoma, por lo que se remitió al dermatólogo. La dermatoscopia fue muy sugestiva de nevus de Reed (lesión de múltiples colores con crisálidas y glóbulos irregulares periféricamente. Este signo dermatoscópico cuando está presente es muy sugestivo pero no descarta de forma absoluta la posibilidad de la existencia de un melanoma incipiente). Se realizó una biopsia que confirmó que se trataba de un nevus de Reed.

El nevus de Reed o fusocelular no deja de ser una variante del nevus de Spitz. La dermatoscopia es típica, con una imagen en estallido de estrellas. El diagnóstico definitivo hay que establecerlo siempre por anatomía patológica, ya que el principal diagnóstico diferencial hay que establecerlo con el melanoma. Su evolución es siempre benigna.

P-023

"NO ESTÁS SOL@: CONTRA EL BULLYING TOLERANCIA CERO"

Villarejo, V.; Gavilán, M.D.C.; Mones, S.; Moral, E.; Pérez, S.; Rubio, M.T.
Área Básica de Salud Apenins Montigalá, Badalona, España

Objeto del trabajo: El bullying no es una moda; se estima que desde 2015 los casos han aumentado un 75% en España, y es bien sabido que está infradetectada y que puede tener repercusiones físicas y psicológicas graves, por eso han aumentado

los esfuerzos para prevenirlo. Desde nuestro centro de salud hemos iniciado un taller para mostrar esta problemática y prevenirla a 38 alumnos de educación primaria de la zona.

El objetivo de este estudio es:

- Concienciar: conceptos fundamentales, partes implicadas y conductas en caso de padecer o presenciar bullying.
- Valorar la utilidad de este taller mediante una encuesta.

Material y métodos: Presentación en formato Prezy, donde abordamos:

- Dinámica grupal para fomentar la empatía, la tolerancia y el respeto; así como para detectar el bullying.
- Realización de encuestas previas y posteriores a la realización del taller.

Resultados: El 25% de los alumnos refieren haber sufrido acoso.

Los conocimientos previos sobre el concepto de bullying son correctos (95%), tras la intervención observamos un aumento en la detección de conductas de acoso y una mejora en la puntuación sobre la intervención de los observadores en una situación de bullying.

La forma más habitual es la violencia verbal (72-76%), y el perfil predominante es el de varios acosadores.

Conclusiones: La cifra de alumnos víctimas de bullying es muy superior a la esperada, lo que nos reafirma en nuestra sospecha de infradetección.

Creemos que nuestro taller es útil no tanto para aclarar conceptos, sino más bien para dar herramientas en la detección y la prevención de casos.

El bullying es un problema de salud con raíces profundas en nuestra sociedad, y requiere de esfuerzos a nivel multidisciplinar (escolar, sanitario y social) para erradicarlo, por eso también nos parece interesante incluir a padres y profesores en estos talleres.

P-024

BALANITIS XERÓTICA OBLITERANS COMO CAUSA DE FIMOSIS SECUNDARIA

Pastor Galán, I.¹; Curbelo Rodríguez, M.¹;
González Mariscal, M.¹; Delgado Duatis, G.¹; Ilari Rocabert, J.²;
Asensio García, J.¹; Jiménez Lorente, A.I.¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla, España;

²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

Introducción: El liquen escleroatrófico se considera una enfermedad infrecuente durante la infancia. Se trata de una enfermedad inflamatoria crónica de causa desconocida que afecta a los genitales, con una incidencia entre un 5-52% según las series. En varones se denomina balanitis xerótica obliterans (BXO), afectando con mayor frecuencia a glande y prepucio. Puede impedir la retracción prepucial ocasionando fimosis secundaria e incluso afectar al meato uretral, pudiendo ocasionar complicaciones obstructivas.

Caso clínico: Paciente de 9 años, derivado del pediatra, que acude para valoración por dificultad para movilización de la piel prepucial en los últimos 2 meses e imposibilidad para la retracción en la última semana. Asimismo, refiere micción dificultosa con chorro miccional fino y dos episodios de balanitis. Niegan traumatismos o manipulaciones bruscas previas.

A la exploración, destaca una fimosis cicatricial con piel prepucial rígida, imposible de movilizar, de aspecto blanquecino, cicatricial y con meato uretral imperceptible. Ante la sospecha de fimosis secundaria a BXO se programa para intervención quirúrgica preferente. Se realiza circuncisión según técnica habitual, dejando glánde totalmente descubierto y remitiendo la piel prepucial para estudio anatomopatológico. También se realiza calibrado uretral, objetivándose meato permeable. El paciente realiza tratamiento tópico con corticoide durante 3 semanas e hidratación con vaselina tópica. El estudio anatomopatológico confirma la BXO. La evolución es satisfactoria, encontrándose asintomático y sin complicaciones tras un año de seguimiento.

Conclusiones:

- La sospecha clínica por parte del pediatra es fundamental para el diagnóstico precoz y derivación a cirugía pediátrica.
- El tratamiento quirúrgico recomendado es la circuncisión con “glánde totalmente descubierto” asociado o no a tratamiento tópico. Se debe valorar el meato uretral para descartar estenosis, requiriendo en su caso meatotomía.
- El seguimiento periódico es fundamental para la detección y tratamiento de posibles complicaciones.

P-025

DOLOR OSTEOMUSCULAR CON SIGNOS DE ALARMA

Hidalgo Cruz, R.D.F.; Agudo Montore, P.; Martín Domínguez, F.M.; Lobo Fernández, V.; Bermejo Fernández, C.; Sánchez Romero, M.Á.; Gallego Muñoz, M.D.C.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Mujer de 9 años que acude a Urgencias por dolor dorsal de tres de semanas de evolución, que no mejoró con analgesia de primer escalón ni permitía el descanso nocturno. Había consultado previamente en su Hospital de Referencia, con diagnóstico de “dolor osteomuscular” tras realizarse una radiografía (RX) dorsolumbar en la que no se detectaron alteraciones. Sin antecedentes personales ni familiares de interés.

Exploración clínica: Presenta dolor a la palpación de musculatura paravertebral con movilidad conservada, aunque limitada a la flexión del tronco, siendo difícil la maniobra de Adams. Sin déficits focales. Fuerza y tonos conservados. No otros hallazgos.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- RX anteroposterior y lateral de columna dorsolumbar. Desplazamiento de líneas paravertebrales bilaterales, en parénthesis. Imagen hiperdensa prevertebral (ya objetivable en la Rx realizada en su centro de referencia).
- Hemograma, bioquímica, perfil renal y hepático normales.
- TAC toracoabdominal con contraste. Masa paravertebral torácica con destrucción de muro posterior y compresión medular. Derrame pleural e infiltración renal bilateral. Lesiones líticas en palas ilíacas. Hallazgos sugestivos de síndrome linfoproliferativo.
- Citología y citometría. Médula ósea INFILTRADA por un 77,7% de linfoblastos B.
- Líquido pleural infiltrado por 73,1% de linfoblastos B clonales.
- FISH, citogenética y biología molecular. Sin alteraciones.

Se diagnostica de leucemia linfoblástica aguda (LLA) preB riesgo intermedio, iniciándose tratamiento de inducción IA según protocolo SEHOP-PETHEMA 2013 de riesgo intermedio. En aspirado medular y pruebas de imagen de control se objetivó respuesta completa.

Conclusiones: La LLA constituye el 25% de los tumores y el 75% de las leucemias en pediatría. En ocasiones, no se acompañan de alteraciones analíticas “prototípicas”.

Algunos signos de alarma ante un dolor osteomuscular son la duración prolongada, afectación del sueño, manifestaciones sistémicas o ausencia de traumatismo.

Resulta fundamental el diagnóstico precoz. En nuestro caso, destaca la importancia de una lectura sistemática y completa de las radiografías.

P-026

INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*, LA IMPORTANCIA DE LOS ANTECEDENTES

Acosta Hurtado, C.; Izquierdo Martín, A.; Álvarez Mateos, M.C.; Sánchez Conejero, M.; Basso Abad, B.; Gutiérrez Agujetas, M.; Cabello Anaya, M.D.C.
Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

Anamnesis: Niña de 11 años que consulta por cuadro de deposiciones diarreicas. Refieren cuadro de fiebre de hasta 39,9°C hace 20 días, dolor abdominal en ambos hipocondrios, irradiado a región lumbar de forma bilateral y disuria. Se sospecha de pielonefritis aguda, iniciándose tratamiento con Ceftriaxona y posteriormente Cefixima oral 10 días. Urocultivo positivo a *E. coli*.

Durante el tratamiento antibiótico, deposiciones líquidas, 3-4 al día, con mucosidad y algunas con sangre roja, nocturnas y con tenesmo rectal. Hiporexia, no pérdida de peso.

Gonalgia bilateral intermitente de varios meses de evolución, con impotencia funcional y signos inflamatorios. Aftas orales ocasionales.

Antecedentes personales: Hipotiroidismo e hipercolesterolemia. Distrofia de conos y bastones. Madre con espondilitis anquilosante.

Exploración clínica: Normal por aparatos.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Analítica completa con eosinofilia 15%, resto normal. Reactantes de fase aguda negativos. Sistemático de orina normal. Ecografía abdominal normal.
- Estudio de heces:
 - Calprotectina fecal: 165 mg/kg.
 - Coprocultivo, Rotavirus, adenovirus, parásitos en heces: Negativos.
 - PCR gen toxinas *Clostridium*: positiva.
- Endoscopia digestiva alta: Gastritis crónica.
- Endoscopia digestiva baja: lesiones eritematosas rectales redondeadas con halo hiperémico, en diana. PCR para *Clostridium difficile* positivo.

Tratamiento con metronidazol, con evolución favorable.

Conclusiones: La colonización asintomática por *C. difficile* es frecuente, fundamentalmente en menores de 2 años.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras infecciones y enfermedad inflamatoria intestinal en este caso. Se conocen varios factores de riesgo:

- Antibioterapia de amplio espectro, durante o tras la retirada (cefalosporinas 3^a-4^a generación).
- Hospitalización previa.
- Enfermedad de base (onco-hematológica, gastrointestinal, insuficiencia renal).
- Tratamiento con inhibidores de la bomba de protones.

Es fundamental la sospecha clínica, tanto por la sintomatología como por los factores de riesgo. El tratamiento en los casos sintomáticos es el Metronidazol junto con la retirada del antibiótico causante e hidratación adecuada. Una posible medida de prevención es el uso adecuado de antibióticos.

P-027

ABSCESO PARAFARÍNGEO: A PROPÓSITO DE UN CASO

García Salamanca, Y.Á.; Romero García, C.; Martínez Pereira, A.; Marco Sánchez, J.M.; Sanz Rueda, L.; Aparicio Ríos, P.; Parra Rodríguez, A.; González González, M.; González Calderón, O.; Bajo Delgado, A.F.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Introducción: Los abscesos parafaríngeos son complicaciones poco frecuentes, pero potencialmente graves, de las infecciones del tracto respiratorio superior. El interés continúa siendo elevado debido a la variabilidad de sus formas de presentación y la falta de signos específicos, lo que constituye todo un reto diagnóstico.

Caso clínico:

- **Anamnesis:** Escolar de 2 años acude a urgencias por fiebre de 72 horas y cefalea. Dolor cervical tras caída en el colegio, coincidente con el primer pico febril. Tos, mucosidad y odinofagia desde las 48 horas previas. Sin otra sintomatología.
- **Exploración:** Buen estado general, destacando cuello en hiperextensión con dolor cervical alto posterior y rigidez a la flexo-extensión. Amígdalas hipertróficas y simétricas, con leve hiperemia, sin exudados. Sin otros hallazgos patológicos.
- **Procedimientos diagnósticos-terapéuticos:** En la analítica sanguínea destaca Leucocitosis con neutrofilia y elevación de PCR y PCT. En la radiografía de columna cervical se observa importante rectificación de la lordosis, con mínima desalineación del muro posterior y aumento de la densidad prevertebral a nivel C2-C3.
- Se contacta con traumatología para descartar lesión ligamentosa-subluxación C2-C3, pero evidencian como dudosa dicha posibilidad. Se contacta con otorrino para descartar un absceso faríngeo y, aunque es clínicamente poco sugerente, se propone la realización de un TAC cervical, que resulta compatible con absceso parafaríngeo laterocervical izquierdo.
- Se decide ingreso para administración de amoxicilina-clavulánico y metilprednisolona intravenosa.
- **Evolución:** Ante la buena evolución de los signos de infección, la paciente es dada de alta con tratamiento antibiótico en domicilio hasta completar 12 días.

Conclusiones: La faringoamigdalitis aguda es una de las enfermedades más comunes en la edad pediátrica que presenta, en la mayor parte de los casos, una resolución favorable. Sin embargo, siempre hay que tener presente que hay un pequeño porcentaje de episodios que pueden derivar en complicaciones potencialmente graves, como es el caso del absceso parafaríngeo.

P-028

LA FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN ATENCIÓN PRIMARIA, UN RETO CONTINUO

Alfonso Vaquero, J.; Bonilla Fornés, S.; Ruiz Vázquez, J.; Jiménez Tejada, L.; Cambrón Carmona, M.D.L.Á.; Velázquez González, M.; Acero Cerro, C.V.; De Peralta Alonso, M.G.; Fernández Martínez, T.; Moreno Risco, M.B.
Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España

Introducción: La fiebre es motivo de consulta frecuente para el pediatra de Atención Primaria, debiéndose en la mayoría de las ocasiones cuando no se identifica foco, a un cuadro viral.

Se denomina fiebre de origen desconocido (FOD) a aquella que dura más de 8 días sin causa conocida, poco sugestiva de enfermedad común. Aunque hasta el 50% tiene origen infeccioso, debe realizarse un abordaje diagnóstico basado en la anamnesis y los hallazgos clínicos, que permita descartar causas menos frecuentes de FOD como las hemato-oncológicas y conectivopatías.

Anamnesis: Niño de 4 años sin antecedentes de interés, derivado por su pediatra a urgencias por fiebre de 9 días sin otros síntomas. No ambiente epidémico.

Exploración clínica: No hallazgos patológicos a la exploración física.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza analítica sanguínea, objetivando leucocitosis con fórmula normal, elevación de LDH (3849 UI/l) y PCR (24,1 mg/l), radiografía de tórax, ecografía abdominal sin alteraciones visibles y frotis de sangre periférica valorado como leucocitos reactivos en contexto infeccioso. Es dado de alta indicando seguimiento clínico y analítico.

En controles posteriores persisten mismos hallazgos, aparece trombocitopenia, anemia arregenerativa y frotis muestra 55% de blastos de tamaño intermedio, cromatina laxa sin nucléolos y escaso citoplasma, hallazgos compatibles con leucemia aguda, confirmada en aspirado medular como linfobástica de precursores B, para grupo de riesgo intermedio; iniciándose tratamiento según protocolo SEHOP-PETHEMA.

Conclusiones: La FOD es poco común y motivo de preocupación para padres y pediatras. El 25% de los casos concluyen sin diagnóstico, evolucionando hacia la curación con buen pronóstico a largo plazo.

Las pruebas complementarias deben basarse en síntomas y signos, realizándose escalonadamente. No está indicada la antibioterapia empírica.

La leucemia linfoblástica aguda es la neoplasia infantil más frecuente, por lo que debemos familiarizarnos con los signos clínicos y analíticos que deben orientarnos hacia su diagnóstico.

P-029

LA RECTORRAGIA COMO DATO DE ALARMA

Gómez Hernando, V.; Rodrigo García, G.; Alonso Pérez, N.
Hospital Infanta Cristina, Parla, España

Anamnesis: Niño de 13 años con cuadro de diarrea desde hace 20 días, con rectorragia, dolor abdominal y deposiciones nocturnas. Pérdida de peso no cuantificada. Afebril. Reinterrogado refiere sangre con las deposiciones de meses de evolución atribuido a estreñimiento.

Exploración clínica: Peso 63 kg, TA 120/60 mmHg, FC 122 lpm, 38,2°C. Regular estado. No trabajo respiratorio. Pali-dez cutánea. Bien hidratado y perfundido. No exantemas, ni petequias. No adenopatías. Auscultación normal. Abdomen Blando, doloroso de manera generalizada, palpándose zona empastada en FII. RHA conservados. No visceromegalias. Neu-rológico normal. Ano normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Analíticas con anemia progresiva hasta Hb 6,9 mg/dl, PCR 114 mg/dl, VSG 53. Desnutrición aguda con albúmina 1,7 gr/dl. Calprotectina 2171 µg /g.
- Estudio infeccioso: Coprocultivo, virus, parásitos y toxina de *Clostridium* en heces negativos.
- Colonoscopia: pancolitis ulcerosa con actividad grave e histología compatible con enfermedad inflamatoria intestinal idiopática.
- Entero-resonancia magnética nuclear: pancolitis activa. Diagnóstico: Colitis ulcerosa grave.

Tratamiento inicial con metilprednisolona intravenosa, suplementos de vitamina D, hierro intravenoso y fórmula polimérica hiperproteica. Tras 12 días se traslada a centro de referencia iniciándose tratamiento con Infliximab, logrando remisión clínica.

Conclusiones: La rectorragia es un motivo frecuente de consulta en Pediatría. Aunque la mayoría de las ocasiones el sangrado corresponde a patología banal y autolimitada también puede ser el signo de una enfermedad importante. Para orientar el diagnóstico es fundamental considerar la edad del niño, los datos de la historia clínica y de la exploración, así como una actitud alerta ante la aparición de síntomas de alarma como diarrea con deposiciones nocturnas, dolor abdominal, tenesmo rectal o síntomas sistémicos como pérdida de peso, fiebre o astenia.

P-030

INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* ¿ASINTOMÁTICA?

Fernández Martínez, T.; Mangas Marín, I.; Ramiro Mateos, L.; Prieto Mayoral, Á.; Ledesma Albarrán, M.; Salas De Miguel, C.; Gutiérrez González, M.; Ambrojo López, B.; Cambrón Carmona, M.D.L.Á.; Alfonso Vaquero, J.
Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España

Introducción: *Helicobacter pylori* (HP) es la principal causa de gastritis crónica confirmada histológicamente en la población. Puede observarse en el 20% de escolares en España. Habitualmente la clínica consiste en dolor abdominal epigástrico, pudiendo acompañarse de vómitos y menos frecuentemente anorexia con pérdida de peso. Aunque es una forma extraña de presentación, por la morbilidad asociada, debemos pensar en HP ante un niño sin patología de base ni factores de riesgo,

con anemia ferropénica como hallazgo incidental o refractario a tratamiento.

Exploración clínica, diagnóstico y terapéutica: Niño de 8 años sin antecedentes de interés consulta en urgencias por desvanecimiento con pérdida de consciencia de corta duración, sin cuadro vegetativo ni otros síntomas. Se realiza hemograma en ese contexto, objetivando hemoglobina 9,1 mg/dl, solicitándose de forma ambulatoria estudio de anemia con perfil férreo y reticulocitos, estudio serológico y de inmunidad.

En ese momento presenta episodio de melenas, e ingresa para completar estudio preferentemente. Niegan sangrado a otros niveles ni heces oscuras.

En controles analíticos posteriores hemoglobina 7,1 mg/dl, normocromía, reticulocitosis con haptoglobina y perfil hepatorenal normal; hierro 85 µg/dl, transferrina 256 µg/dl, ferritina 25 ng/ml e índice de saturación transferrina 25,5%. Serología celiaca negativa.

Ante la sospecha de anemia ferropénica por gastritis por HP, se realiza panendoscopia oral donde se observa mucosa de antro pilórico nodular de forma difusa, sin otros hallazgos patológicos. Anatomía patológica confirma presencia de HP, iniciándose tratamiento con triple terapia (Metronidazol, Amoxicilina y Omeprazol) con buena evolución clínica.

Conclusiones:

- Los mecanismos implicados en el caso de infección HP son múltiples, pérdida sanguínea por gastritis erosiva, la hipoclorhidria causa malabsorción y la bacteria aumenta su consumo.
- Está indicado despistaje de HP a familiares de primer grado afectos, diagnosticados de cáncer gástrico.
- El diagnóstico siempre debe ser histológico, no recomendado iniciar tratamiento de erradicación con diagnóstico no invasivo.

P-031

VARIANTES DE SIGNIFICADO INCIERTO, ¿QUÉ PODEMOS DIAGNOSTICAR?

Benítez Moscoso, G.; Márquez Mira, P.; Pérez Hernández, A.; García Barrionuevo, C.; Gómez Pérez, S.
Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

En la actualidad, los avances en la comprensión del genoma humano han permitido la mejora del abordaje clínico y diagnóstico, así como ofrecer nuevos tratamientos y medidas preventivas de las enfermedades.

Nuestra paciente presentaba una colestasis neonatal que había sido tratada inicialmente con Kasai, pero que no tenía aún diagnóstico etiológico. Para ello, se solicitaron entre otras pruebas complementarias, el estudio genético de colestasis intrahepática familiar por secuenciación masiva (NGS) donde encontramos que no se había identificado variantes patogénicas o probablemente patogénicas en la secuencia de los genes analizados, sin embargo, se encontraba la presencia en heterocigosis de una variante de significado incierto (VSI), que no estaba descrita en la bibliografía.

La variante c.1265A>G p. (Gln422Arg) identificada en el gen TJP2 predice la sustitución de un aminoácido glutamina por arginina en la posición 422 de la proteína, afectado a un dominio funcional. Los predictores bioinformáticos SIFT y

Polyphn-2 estiman que el cambio tiene un efecto tolerado, mientras que el predictor Mutation Taster estima un efecto patogénico.

El gen TJP2 (OMIM: 607709) está asociado a colestasis intrahepática familiar progresiva (OMIM: 615878) y a hipercolesterolemia familiar (OMIM: 607748), entidades con patrón de herencia autosómica recesiva. Dado el patrón de herencia y considerando que el resultado obtenido no es concluyente, los genetistas nos recomiendan continuar ampliando el estudio, así como correlacionarlo con la clínica. Actualmente, la paciente está diagnosticada de colestasis intrahepática familiar progresiva tipo 4.

Las variantes de significado incierto son aquellas variantes que no podemos afirmar que sean patógenas o no.

La genética ha experimentado un gran desarrollo y forma parte de los diagnósticos en la actualidad, pero no siempre podemos encontrar todas las respuestas en ella, es todavía una disciplina de gran proyección. Como pediatras debemos saber identificar casos susceptibles de estudio genético para poder beneficiarnos de ello.

P-032

SÍNDROME DE HORNER CONGÉNITO, NO SIEMPRE IDIOPÁTICO

Sánchez González, A.; Tapia Trujillo, E.;
Moreno García, M.D.M.; Cabezas Berdión, C.;
Jiménez Moreno, M.; Iglesias Barroso, M.;
Martín Talavera, M.; Queral García De Góngora, M.;
Pérez-Torres Lobato, M.; Gutiérrez Carrasco, J.I.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Introducción: El síndrome de Horner se caracteriza por la presencia de miosis, acompañado o no de ptosis, más uno de los siguientes signos: retraso de la dilatación pupilar, heterocromía de iris o anhidrosis facial ipsilateral. La mayoría de los casos son congénitos, apareciendo antes de las 4 primeras semanas de vida, y suelen ser de etiología benigna o idiopática, siendo la causa más frecuente el trauma obstétrico con lesión del plexo braquial (30-50%). Asimismo, puede ser de causa tumoral, siendo la primera posibilidad dentro de este grupo el neuroblastoma torácico.

Caso clínico: A continuación, describimos el caso de una paciente de 5 meses, en estudio por anisocoria, enoftalmos y ptosis palpebral derecha desde el nacimiento. En una radiografía de tórax solicitada como estudio de primer nivel, presenta una imagen sugestiva de lesión en mediastino posterior. Posteriormente, se realiza TAC toracoabdominal evidenciando una masa de partes blandas en el mediastino posterior que desplaza la tráquea hacia la izquierda. Se completa el estudio con catecolaminas en orina y MIBG, apreciándose una lesión hipermetabólica en hemitórax superior derecho compatible con la sospecha de neuroblastoma.

Discusión: Aunque el síndrome de Horner congénito es una entidad de etiología predominantemente benigna, su presencia desde las primeras semanas de vida obliga a descartar una causa tumoral subyacente. El neuroblastoma es el tumor sólido extracraneal más frecuente en Pediatría. Aunque se localiza con mayor frecuencia a nivel abdominal, en los primeros meses de vida la localización torácica y cervical es más

frecuente que en niños mayores de un año. Para su diagnóstico, es importante realizar una exploración física exhaustiva, investigar metabolitos de catecolaminas en orina (aunque su normalidad no siempre lo descarta ya que depende del volumen tumoral), y realizar pruebas de imagen que confirmen la presencia de una masa tumoral.

P-033

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA COREA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN PACIENTE CON SOSPECHA DE COREA DE SYDENHAM (CS)

Moreno García, M.D.M.¹; Sánchez González, A.¹;
Cabezas Berdion, C.¹; Iglesias Barroso, M.¹;
Jiménez Moreno, M.¹; Queral García De Góngora, M.¹;
León Carretero, S.²; Tapia Trujillo, E.¹; Martín Talavera, M.¹;
Jiménez Cabeza, S.¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;

²Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente varón de 5 años diagnosticado de distrofia muscular de Becker y sin otros antecedentes de interés, que ingresa para estudio de hemicorea derecha de un mes de evolución, de aparición brusca y en aumento. Asocia dificultad en la articulación del lenguaje y en la marcha por movimientos coreicos continuos. Como antecedente, presentó un episodio febril 5 meses antes, acompañado de un exantema inespecífico, autolimitado en 48 horas, sin ninguna otra clínica acompañante. No otros episodios sugestivos de cuadro infeccioso posteriormente.

Exploración clínica: Exploración neurológica: Pares craneales normales. Pupilas isocóricas, normorreactivas. Disquinesias oromandibulares, lenguaje ininteligible. Movimientos coreicos persistentes en reposo de MSD y MID. Tono y fuerza muscular normal, con leve hipertrofia gemelar. ROT presentes y simétricos. Marcha limitada por movimientos coreicos. Resto de exploración por aparatos: normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Hemograma normal. Bioquímica destaca hipertransaminasemia (AST165 U/L, ALT417 U/L), VSG 23 mm/h, CPK 6711.
- Anticuerpos antiestreptolisina (ASLO) negativos, Ac anti-DNAse negativo.
- Serologías: VEB, Parvovirus B19, Herpesvirus negativas. CMV IgG positivo, IgM negativo
- Ac. Anticerebelo, anti-hipocampo, anti-NMDA en suero negativos.
- Cultivo de exudado faríngeo: Se aísla *Streptococcus pyogenes*.
- Mantoux negativo.
- Hemocultivo negativo.
- LCR: ausencia de células. Glucosa normal. Proteínas 14 mg/dl. PCR de varicela en LCR negativa. Autoanticuerpos en LCR negativos.
- RMN craneal: foco inespecífico de alteración de la señal en sustancia blanca en centro semioval izquierdo.
- Ecocardiografía, ECG: normales.

Tratamiento y evolución:

- Erradicador: Penicilina o amoxicilina 50 mg/kg/día 10 días.
- Sintomático: tetrabenazina, carbamazepina.

- Tratamiento profiláctico con penicilina Benzatina hasta 5 años después del episodio (si no asocia carditis).
- El paciente presentó mejoría evidente de movimientos coreicos posteriormente al completar tratamiento erradicador

Conclusiones:

- Las causas más frecuentes de corea en el niño son las secundarias, en particular la CS.
- Sucede 6-8 meses posteriormente a la infección por SGA, sin embargo, síntomas de fiebre reumática (FR) como carditis suceden aproximadamente a los 21 días de la infección por *S. Pyogenes*.
- Los ASLO y Anti-DNAseB suelen ser negativos al inicio de la corea.
- Es un criterio mayor para el diagnóstico de FR, y puede ser la única manifestación de la enfermedad.
- Está indicado tratamiento profiláctico con penicilina en todos los pacientes con sospecha de CS (disminuye riesgo de recurrencia).

P-034

HEMANGIOMATOSIS NEONATAL MÚLTIPLE CUTÁNEA Y VISCERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Queralt García De Góngora, M.¹; Pérez-Torres Lobato, M.¹; León Carretero, S.²; Cabezas Berdión, C.¹; Moreno García, M.D.M.¹; Iglesias Barroso, M.¹; Sánchez, A.¹; Jiménez Moreno, M.¹; Jiménez Cabeza, S.¹

¹Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España;

²Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

Introducción: Los hemangiomas son los tumores vasculares más frecuentes de la infancia. Los multifocales se desarrollan en el período postnatal y experimentan una fase proliferativa en torno a los 4-9 meses, que se sigue de un período de involución. Aunque la mayoría muestra un comportamiento benigno, la afectación visceral puede asociar complicaciones graves (hipotiroidismo, insuficiencia cardíaca, coagulopatía u otras que comportan riesgo vital). De cara al diagnóstico diferencial están indicadas pruebas de laboratorio y de imagen, siendo de elección la resonancia magnética.

Resumen del caso: Neonata de 23 días sin antecedentes obstétricos de interés que es derivada a Urgencias por su pediatra de Atención Primaria por ictericia prolongada. La paciente se encuentra asintomática, con buena tolerancia alimentaria y deposiciones espontáneas normales. A la exploración destaca la coloración rosada-ictérica, la presencia de hemangiomas cutáneos múltiples diseminados (presentes desde el nacimiento, con aparición de algunos nuevos desde entonces) y el abdomen ligeramente distendido, blando y depresible, con hepatomegalia de 2,5 cm. Se evidencia en ecografía hepática imágenes sugestivas de hemangioma hepático difuso y elevación de transaminasas (GOT 100U/L, GPT 60 UI/L, GGT 400 UI/L, bilirrubina total 6.8 mg/dl, directa 0.47 mg/dl) en control analítico, motivo por el cual ingresa. Se realiza abordaje multidisciplinar, con estudio en el que se descarta presencia de las lesiones a otros niveles u otras posibles complicaciones asociadas y se consensua inicio de propranolol a 3 mg/kg/día. Actualmente, tras once meses de seguimiento la

paciente presenta evolución favorable y progresiva involución de las lesiones cutáneas y hepáticas.

Conclusiones: El hígado es el órgano de localización extracutánea más frecuente. A pesar del curso habitualmente benigno de los hemangiomas, se debe realizar un seguimiento estrecho, especialmente en el tipo multifocal y difuso, ya que pueden desarrollar complicaciones potencialmente graves.

P-035

EFFECTOS SECUNDARIOS COMPARANDO LA 1ª DOSIS Y LA 2ª DOSIS DE LA VACUNA ANTI-MENINGOCOCO B, 4CMENB (BEXSERO®)

Martín, A.; Muñoz, Y.; Castilla, R.; Prat, C.; Perramon, X.; Foncuberta, R.M.; De La Rosa, M.; Cuixart, L.; Jiménez, B.

CAP Roger de Flor, Barcelona, Barcelona, España

Objeto del trabajo: Comparar los efectos secundarios entre la primera y la segunda dosis de la vacuna 4CMenB (Bexsero®).

Material y métodos: Estudio prospectivo en niños vacunados en nuestro centro con vacuna anti-meningococo 4CMenB durante 5 meses.

Se analizaron factores adversos locales/sistémicos y su relación por sexo, edad y dosis administrada, mediante un cuestionario telefónico de escalas numéricas a las 24 y 72 horas post-vacunales.

Todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

Resultados y conclusiones:

- Total de administraciones de vacuna: 65.
- Porcentaje de administración de vacunas: 1-dosis (55,4%), 2-dosis (44,6%).
- Porcentaje de aparición de efectos secundarios post-vacuna:
 - Dolor: 1-dosis: 6,7%, 2-dosis: 24,1% (p=0,45).
 - Induración: 1-dosis: 42,2%, 2-dosis: 62,1% (p=0,23).
 - Hinchazón: 1-dosis: 16,7%, 2-dosis: 31% (p=0,2).
 - Fiebre: 1-dosis: 27,8%, 2-dosis: 41,4% (p=0,24).
 - Intranquilidad: 1-dosis: 27,8%, 2-dosis: 27,6% (p=0,98).
 - Alteraciones de la alimentación: 1-dosis: 13,9%, 2-dosis: 6,9% (p=0,3).
 - Alteraciones del sueño post-vacuna: 1-dosis: 13,9%, 2-dosis: 20,7% (p=0,46).
- Después de la administración de la segunda dosis de la vacuna 4CMenB, se observaron mayor porcentaje de efectos secundarios en la mayoría de síntomas evaluados: dolor, induración e hinchazón local, fiebre y alteraciones del sueño.
- El efecto secundario más observado fue la induración local

P-036

INFECCIONES URINARIAS DE REPETICIÓN. TUMORACIÓN VESICAL EN ECOGRAFÍA

Ledesma Albarrán, M.V.; Moreno Tejero, M.L.; Mora Matilla, M.; Ramiro Mateos, L.; Gutiérrez González, M.D.L.L.; Lizandro, S.

Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España

La infección de orina es una de las patologías más frecuentes en la edad pediátrica; aquellas que son de repetición pueden ser consecuencia de patología anatómica de la vía urinaria.

Anamnesis: Niña de 13 años sin antecedentes de interés. Desde hace 6 semanas presenta ITUs de repetición asociando hematuria macroscópica intermitente sin coágulos. Afebril en todo momento. No otra clínica.

Exploración clínica: BEG. No hallazgos patológicos en exploración completa.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Urocultivo: *Klebsiella Pneumoniae*. Hemograma, bioquímica: dentro de la normalidad.

Ecografía abdominal: Masa compatible con tumoración vesical. En la pared inferolateral izquierda de la vejiga se observa una masa de 3,5 x 2,5 cm, excreciente hacia la luz vesical. Mamelonada, vascularizada. No se moviliza con los cambios posturales.

Se completa estudio con hormonas tiroideas, AFP, BHCG, CEA, inmunoglobulinas, C3 y C4 en rangos de normalidad. Inmunidad vacunal completa. Serología: VHS1, VIH, VHC y VHA negativo. Inmune a CMV, VEB, Parvovirus B19.

Se realiza biopsia programada de la lesión mediante citoscopia: Lesión coraliforme, biopsia intraoperatoria: papiloma urotelial. Se realiza resección transuretral con láser y estudio posterior compatible con papiloma urotelial sin signos de malignidad, bordes libres.

Conclusiones: Los papilomas de células transicionales forman las neoplasias del tracto urinario más frecuentes en los adultos, sin embargo su incidencia en la infancia es muy baja. Son tumoraciones epiteliales, de bajo grado de malignidad, órgano confinado y sin tendencia a invasión de estructuras adyacentes.

No se conoce predisposición genética ni asociación familiar.

La clínica es muy variable, siendo la más frecuente hematuria macroscópica, intermitente y asintomática; también se ha descrito disuria, urgencia miccional y polaquiuria entre otros.

La escisión radical es considerada curativa; sin embargo, la tasa de recurrencia en la literatura especializada es alta, y existe la posibilidad de un tipo tumoral más agresivo.

P-037

CEFALEA DE RECIENTE COMIENZO COMO SÍNTOMA CENTINELA DE HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR EN UNA ADOLESCENTE

Gutiérrez Gutiérrez, M.; Berral Santana, A.; Martínez Menéndez, B.; Vázquez Cano, I.; Berzosa Sánchez, A.; Palomino Muñoz, C.

Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España

Anamnesis: Presentamos el caso de una adolescente de una adolescente de 15 años traída al servicio de urgencias por cefalea frontal de 5 días de evolución, de intensidad moderada que aumentaba con el decúbito y cedía parcialmente con ibuprofeno. No presentaba fotofobia o fonofobia ni náuseas o vómitos. No otra sintomatología acompañante, salvo tendencia a la somnolencia.

Exploración clínica: En la exploración destacaba presencia de rigidez de nuca, con signos meníngeos positivos, sin fiebre acompañante ni otros datos de focalidad neurológica.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realizó TC urgente, donde se observó una hemorragia intraventricular, mayor en el ventrículo lateral derecho, con dudosa imagen nodular asociada. Se amplió el estudio con una angioRM visualizando una malformación vascular (MAV), tipo fístula arteriovenosa (FAV) con imagen de adición de contraste intraventricular compatible con aneurisma de vena eferente. Se realizó angiografía con cateterización selectiva identificando FAV y embolización selectiva del aneurisma, confirmándose en control angiográfico posterior cierre completo de la fístula, sin incidencias y sin complicaciones posteriores.

Discusión: Las MAV son una causa importante de sangrado intracraneal en la población pediátrica, tratándose de alteraciones congénitas de diagnóstico prenatal excepcional. Las manifestaciones derivadas de este tipo de lesiones pueden variar respecto a la población adulta, siendo la hemorragia la manifestación centinela más frecuente, sin existir un claro incidente desencadenante (deporte intenso, trauma, etc.). Además, un abordaje terapéutico precoz ha demostrado ser beneficioso, incluso si son hallazgos incidentales, dada la excelente respuesta y evolución tras la intervención en pacientes pediátricos.

Conclusiones: Por lo tanto, una sospecha clínica precoz, es fundamental, debiendo prestar especial atención a aquellos pacientes con cefalea de inicio súbito, que no hayan presentado episodios similares previos, sin respuesta efectiva a medicación analgésica y sin clara clínica migrañosa asociada (no aura, no fotofobia ni fonofobia, no localización unilateral ni características pulsátiles...).

P-038

HIPOACUSIAS CONGÉNITAS NEUROSENSORIALES SEVERAS DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA: SEGÚN DONDE CAIGAS, UNA ACTITUD Y UN RESULTADO

Ximénez Verresen, E.¹; Olalla Nadal, F.²; Méndez Gallego, S.¹

¹Centro de Salud Alamin, Guadalajara, España;

²Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

Anamnesis: Se exponen 3 casos de hipoacusias neurosensoriales profundas bilaterales vistos en cuatro años en una consulta de Atención Primaria, y como el manejo en cada uno ha sido distinto.

Exploración clínica. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- **Caso 1:** Pablo. No pasa otoemisiones acústicas (OEA) en dos ocasiones, potenciales evocados auditivos (PEATC) con 2 meses alterados a >90dB bilateral. Otorrinolaringología deriva a Ciudad Real. Se empadronan en Alcalá, que deriva a Hospital Niño Jesús. Estudio etiológico: mutación en gen GJB2 (conexina 26), resonancia magnética (RMN) cerebral y tomografía computerizada (TAC) normales. Intervención implante coclear oído derecho (OD) con 2 años y 3 meses, en oído izquierdo (OI) solo audífono, pendiente

de segundo implante. Evolución: favorable. Frases de 3 palabras, lenguaje rico, pero dislalias.

- **Caso 2:** Enzo. No pasa PEATC al nacimiento, Otorrinolaringología lo deriva a Ciudad Real y ante las dificultades se empadronan en Alcalá, donde derivan a Hospital La Paz (HLP). PEATC con 11 meses: umbral 80-90 bilateral. RMN: ocupación celdillas mastoideas. Estudio genético: positivo para otoferlina. Audífonos bilaterales sin respuesta verbal. Colocación implante coclear bilateral con 15 meses, aun no activo. Evolución: de momento sin lenguaje alguno ni respuesta a sonidos.
- **Caso 3:** Leo. No pasa OEA en 2 ocasiones, subjetivamente parece oír. 10 meses PEATC: umbral 85-90 bilateral. Desde Pediatría se deriva directamente a HLP. Aún sin estudio etiológico. Aún en lista de espera para implantes, han prescrito audífonos.

Conclusiones: El diagnóstico y tratamiento de la hipocusia congénita en nuestro medio es tardío, por la demora en la realización de los PEATC (edad media de realización 7,5 meses) y por no existir un flujo claro de pacientes hacia las Unidades de Referencia, flujo que debe mejorarse.

P-039

CONSECUENCIAS DEL USO RUTINARIO DE ANTICATARRALES EN NIÑOS

Velázquez González, M.; Jiménez Tejada, L.; Bonilla Fornés, S.; De Peralta Alonso, M.G.; Acero Cerro, C.V.; Del Castillo Navío, E.; Cambrón Carmona, M.D.L.Á.; Ruiz Vázquez, J.; Alfonso Vaquero, J.

Hospital Perpetuo Socorro - Materno Infantil. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España

Anamnesis: Niña de 13 años derivada por su pediatra de Atención Primaria al Servicio de Urgencias por mareos de dos semanas de evolución con sensación de giro de objetos, visión borrosa y cefalea coincidiendo con los episodios, que se acompaña de vómitos y desaparece con analgesia convencional, persistiendo la sensación de mareo. Debilidad de miembros inferiores.

No pérdida de conocimiento, movimientos anormales ni traumatismos previos. Afebril.

Antecedente de alergia estacional tratada con antihistamínicos, corticoide intranasal y salbutamol.

Exploración clínica: Frecuencia cardíaca de 140 lpm. Pupilas midriáticas anisocóricas. Resto sin alteraciones.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

Pruebas complementarias:

- TAC craneal: Normal.
- Electrocardiograma: Normal.
- Análisis de tóxicos en orina: Positivo para metilendioximetanfetamina (éxtasis).

Evolución:

- Se decide ingreso hospitalario. A las 12 horas se repite el análisis de tóxicos en orina continuando positivo para éxtasis, enviándose muestra al laboratorio de centro de referencia.
- Tras rehistoriar a la paciente, refiere que por empeoramiento de su alergia hace unas semanas, inició tratamiento

con StopCold® (cetirizina dihidrocloruro + pseudoefedrina hidrocloreuro), tomando una dosis superior a la terapéutica; además, desde el laboratorio del centro de referencia informan de la existencia de un falso positivo de la muestra de tóxicos en orina.

- Se retira la medicación y tras 24 horas en observación, se encuentra prácticamente asintomática, dándose el alta hospitalaria y derivándose para seguimiento por su pediatra de Atención Primaria.

Conclusiones:

- Resaltar la importancia de la historia clínica en Pediatría, generalmente en relación con los antecedentes personales y la medicación que toman los pacientes (la prescrita y la no prescrita).
- Los anticatarrales no son fármacos banales en cuanto a efectos secundarios y su efectividad terapéutica es dudosa.
- La asociación de desloratadina + cetirizina + pseudoefedrina puede producir mareos, cefalea, cansancio, taquicardia, alteraciones de la conducción cardíaca (prolongación del QT) y puede dar falsos positivos para drogas de abuso.

P-040

PATOLOGÍA TUMORAL COMO HALLAZGO INCIDENTAL TRAS TRAUMATISMO

Cabello Anaya, M.D.C.; Fernández De La Cruz, O.M.; Gutiérrez Agujetas, M.; Sánchez Conejero, M.; Basso Abad, B.; Álvarez Mateos, M.C.; Acosta Hurtado, C.; Fernández Smersu, N.; Chamorro Vera, A.
Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

Anamnesis: Niña de 4 años, sin antecedentes personales de interés y bien vacunada, que acude a urgencias por presentar tumoración en región periorbitaria derecha tras traumatismo directo en dicha zona hacía unas tres semanas. No presentaba puerta de entrada ni erosión. Edema y eritema progresivos, así como dolor de dicha zona. Afebril. No otra sintomatología.

Exploración clínica: Buen estado general, bien hidratada y perfundida, normocoloración cutánea. Auscultación cardiopulmonar, abdomen, orofaringe, oídos, exploración oftalmológica y neurológica sin alteraciones. Colección indurada y dolorosa en región malar derecha, con piel adyacente eritematosa y caliente.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Analítica: destacaba LDH: 586UI/L.
- Radiografía de cráneo: imagen lítica en región parietal derecha.
- Ecografía de partes blandas: colección de ecogenicidad media compatible con hematoma que precisaba continuar estudio.
- TAC: colección/masa en pared lateral-suelo de la órbita de 3 x 2 cm, densidad heterogénea con calcificaciones en su interior, fractura y cambios erosivos a nivel óseo que impresionaba de tumoración.
- Anatomía patológica: histiocitosis de células de Langerhans con estudio inmunohistoquímico compatible.
- Serie ósea: dos lesiones líticas en hueso parietal derecho.

Se traslada a la paciente al hospital de referencia para iniciar tratamiento.

Conclusiones: La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) tiene una incidencia de 3-5 casos/millón de niños, más común de 1-3 años. Un 60% asocian mutación en el gen BRAFV600E. Un 55% presentan localización única (la más frecuente en el hueso, seguido de la piel). El diagnóstico es por biopsia y el tratamiento depende de la afectación inicial al diagnóstico, siendo la vinblastina y la prednisona de elección cuando la afectación ósea es multifocal.

Presentamos este caso como hallazgo incidental de un proceso tumoral tras traumatismo. La HCL puede llegar a diagnosticarse tardíamente, sobre todo aquellas que afectan de manera sistémica sin tanta expresión clínica. Es importante sospechar procesos de mayor gravedad ante evolución tórpida de traumatismos.

P-041

INTOXICACIÓN POR DROGAS ILEGALES, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Quiroga Rodríguez, L.D.; Valencia Ichazo, T.;
Reinosa Díaz, S.; Iglesias Griñant, S.; Ruiz Aragón, G.;
Rosell Nebreda, O.; Fábregas Sabaté, J.
Pediatría dels Pirineus, Seu d'Urgell, España

Introducción: El consumo de drogas a nivel doméstico ha aumentado los últimos años, por lo tanto, los infantes está expuestos a una posible intoxicación (accidental o intencionada).

Caso clínico: Presentamos los casos clínicos de dos niños de 9 y 24 meses que consultan en urgencias por convulsiones afebriles sin focalidad ni etiología aparente.

Los tóxicos en orina dan positivo a Cannabis en el primer caso y cocaína en el segundo.

En ambos casos, los padres negaron el consumo de drogas y la exposición a las mismas de parte de los niños.

Ambos pacientes fueron derivados a un hospital de tercer nivel con ingreso a la unidad de cuidados intensivos (uno de ellos con asistencia ventilatoria).

Durante su ingreso fueron valorados por trabajo social y se activó a la DGAIA. Actualmente, ninguno de los niños ha sido retirado del ambiente familiar.

Comentarios: En los casos de intoxicaciones por drogas, la vía de administración suele ser la oral. La convulsión es la forma de presentación más frecuente en el caso de la cocaína, mientras que con el cannabis es muy infrecuente. En cuanto al cannabis, las manifestaciones dependerán del Δ -9-tetrahydrocannabinol (THC), la sustancia psicoactiva más potente y que muchas veces tiene una concentración diferente dependiendo del modo de cultivo.

Es conocido el uso farmacológico del cannabis como anti-convulsivante, por eso hay autores que creen que las convulsiones podrían ser secundarias a la presencia de otros adulterantes presentes en la resina (hachís).

Ante un cuadro neurológico sin etiología clara, se debe solicitar siempre tóxicos en orina para descartar una posible intoxicación por drogas.

P-042

LESIÓN OSTEOLÍTICA SOLITARIA EN FÉMUR

Salvà Núñez, R.; Artigas Rodríguez, S.; Calles Ledezma, M.;
Finestres Parra, A.; Fernández Ruiz, C.
CAP Sagrada Familia, Barcelona, España

Anamnesis: Niña de 5 años que consulta por dolor en rodilla izquierda de meses de evolución. Niega antecedente traumático. No se acompaña de impotencia funcional, fiebre ni otros síntomas generales.

Exploración clínica: La exploración física por aparatos, incluido el locomotor, es normal. No presenta actitud antiálgica. No se observan signos flogóticos ni dolor en el momento de la exploración.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Inicialmente se orienta el caso como dolores específicos del crecimiento pero en vista que la sintomatología persiste se solicita una Radiografía simple de rodillas (con comparativa) que muestra una imagen radiolúcida en metáfisis de fémur izquierdo que no afecta a la cortical ni presenta reacción perióstica compatible con quiste óseo simple.

Conclusiones: El quiste óseo unicameral simple es una entidad clínica que afecta generalmente a niños varones y adultos jóvenes. Representa un 3% de todas las lesiones primarias de hueso. Aunque puede ser un hallazgo casual e incluso debutar en forma de fractura patológica (complicación más frecuente) en ocasiones puede acompañarse de dolor inespecífico como único síntoma. La prueba de imagen más definitiva es la Resonancia Nuclear Magnética. Es importante explicar a los padres el carácter benigno de la lesión. En general hay consenso en que no es necesario un tratamiento de urgencia y que existen múltiples alternativas terapéuticas.

P-043

¿QUIÉN ACOMPAÑA A LOS MENORES DE 5 AÑOS A UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE CÁCERES?

Ortiz Batanero, J.A.¹; Pérez Fernández, M.D.P.²;
Pino Campos, A.³

¹AGS Sur de Sevilla, Sevilla, España; ²Centro de Salud Nuevo Cáceres, Cáceres, España; ³AGS Sur de Córdoba, Lucena, España

Objeto del trabajo: Conocer las características de los cuidadores que acompañan a los menores de 5 años en una consulta de atención primaria de Cáceres (España).

Material y métodos: Cuestionario semiestructurado a una muestra incidental de cuidadores que acompañan a los niños a una consulta pediátrica

Resultados y conclusiones: Tabla I: La madre acompaña al menor a la consulta de forma mayoritaria (n=257; 82,6%), con edad mediana de 37 años, uno o dos hijos (n=271; 86,4%), española (n=249; 97,3%), con estudios secundarios o superiores (n=198; 77,0%), laboralmente activa (n=149; 58,4%) y encargadas de preparar las comidas de sus hijos (n=222; 86,7%). El perfil es similar al descrito en otros estudios recientes realizados en España, con mayor presencia de las madres frente al resto de cuidadores, considerando que la muestra incluye menores en centro de acogida y excluidas las consultas sin cita previa, donde la presencia de padres podría ser mayor.

Tabla I. Características socioepidemiológicas	
	N = 311
Cuidador que acompaña:	
- Madre:	257 (82,6)
- Padre:	29 (9,3)
- Ambos progenitores:	10 (3,2)
- Otros (incluida abuela/o):	10 (3,2)
- Edad (madre):	37 (31-43)
- Nacionalidad española:	302 (97,4)
Formación:	
- Estudios primarios:	67 (21,5)
- Secundaria:	81 (26,0)
- Superior:	161 (51,8)
Empleo:	
- Sin empleo remunerado:	78 (25,2)
- Trabajos no cualificados:	13 (4,2)
- Trabajos cualificados:	179 (57,9)
- Otros (incluye pensionistas):	39 (12,6)
Sexo (hijos/as):	
- Niñas:	158 (51,1)
- Niños:	151 (48,9)
Número de hijos/as:	
- Uno:	105 (34,1)
- Dos:	161 (52,3)
- Tres:	30 (9,7)
- Más de tres:	11 (3,5)
Grupo etario:	
- Menores de 5 años:	311 (100)
- Menores de 2 años:	85 (27,3)
- Menores de 1 año:	41 (13,2)
En comedor escolar (guardería):	51 (16,4)
Cumplen recomendaciones OMS sobre alimentación infantil:	
- Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses:	146 (47,1)
- Lactancia Materna Complementada al menos hasta los 2 años:	50 (16,3)
Recuento y porcentajes válidos. La edad se expresa como la mediana.	

P-044

DOCTORA MAMÁ, ¡TENGO FIEBRE!

Holgado Juan, C.¹; Holgado Juan, M.²; Esperón Gaitán, S.³; Carretero Oya, A.⁴; Mata Castrillo, M.⁵; Luna Del Pozo, L.⁶; Bermúdez Maestre, I.⁷

¹Consultorio Mentrída/Casarrubios, Mentrída/Casarrubios, España; ²Centro de Salud Illescas, Illescas, España; ³Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España; ⁴Centro de Salud Marques de la Valdavia, Alcobendas, España; ⁵Centro de salud Puebla de Montalbán, La Puebla de Montalbán, España; ⁶Centro de Salud Torrijos, Torrijos, España; ⁷Unidad Móvil de Emergencias Quintanar de la Orden, Quintanar de la Orden, España

Anamnesis: Niño de 2 años con fiebre alta (> 38°C) y acusada irritabilidad, 24 horas después asoció inflamación ocular bilateral sin clínica oftalmológica y en días posteriores aparición de lesiones cutáneas. Se instauró tratamiento analgésico-antipirético y observación domiciliaria.

Tras 5 días de fiebre elevada, decaimiento y persistencia de lesiones cutáneas e inflamación ocular al sugerir proceso inflamatorio sistémico, la madre, de profesión médico, decidió

solicitar valoración hospitalaria ante sospecha de enfermedad de Kawasaki.

Exploración clínica: Destaca eritema y exantema micropapular en región perioral, perinasal, retroauricular, palmas de las manos, lengua aframbuesada, edema labial y ocular sin legaña. Además asocia adenopatías laterocervicales de aspecto reactivo.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: La madre, realizó de forma ambulatoria sistemático urinario y test rápido de estreptococo A para identificar posible foco infeccioso con resultados negativos.

Ya en hospital, se realizaron estudios complementarios de sangre, orina, radiografía torácica, cultivos y serologías sin alteraciones significativas.

Se administró tratamiento con gammaglobulina intravenosa así como ácido acetilsalicílico oral con franca mejoría clínica en las primeras horas post-tratamiento. Valorado por cardiología pediátrica con electrocardiograma y ecocardiograma para descartar posible afectación coronaria secundaria a la enfermedad de Kawasaki, que fue normal.

Conclusiones: La enfermedad de Kawasaki, aunque rara, es una causa de síndrome febril prolongado en la edad pediátrica, fundamentalmente en niños menores de 5 años, su diagnóstico se basa en criterios clínicos. Se trata de una vasculitis que suele producir afectación de piel y mucosas, y cuya complicación más grave es la aparición de aneurismas coronarios.

Dado que la fiebre es el síntoma principal de consulta diaria en niños, es importante instruir a los padres y cuidadores sobre los síntomas de alarma y realizar un seguimiento médico estrecho de aquellos pacientes sin claro foco para agilizar el diagnóstico, sobre todo en aquellas patologías tiempo-dependiente y evitar las posibles secuelas.

P-045

EDEMA PALPEBRAL BILATERAL: LO QUE CUENTAN TUS OJOS

Holgado Juan, C.¹; Holgado Juan, M.²; Esperón Gaitán, S.³; Carretero Oya, A.⁴; Luna Del Pozo, L.⁵; Bermúdez Maestre, I.⁶; Mata Castrillo, M.⁷

¹Consultorio Mentrída/Casarrubios, Mentrída y Casarrubios, España;

²Centro de Salud Illescas, Illescas, España;

³Consultorio Mentrída/Casarrubios, Móstoles, España;

⁴Centro de Salud Marques de la Valdavia, Alcobendas, España;

⁵Centro de Salud Torrijos, Torrijos, España; ⁶Unidad Móvil de Emergencias Quintanar de la Orden, Quintanar de la Orden, España;

⁷Centro de Salud la Puebla de Montalbán, La Puebla de Montalbán, España

Anamnesis: Niña de 7 años, sin antecedentes médicos de interés, que consulta por edema palpebral bilateral no doloroso de 3 o 4 días de evolución. No asocia sintomatología oftalmológica salvo ligera legaña vespertina.

Se decide tratar con colirio antihistamínico al encontrarnos en plena primavera con alta afluencia de pacientes por rinoconjuntivitis alérgica.

Vuelve 48 horas después por aumento de edema palpebral de etiología desconocida, niega fiebre, clínica infecciosa, artralgias, lesiones cutáneas, astenia o edema en otras localizaciones.

Exploración clínica: De inicio destaca edema de párpados superiores bilateral con conjuntiva bulbar normal.

Dos días después continua con exploración física anodina salvo presencia de 2 pequeñas adenopatías laterocervicales (<0,5 cm) de aspecto reactivo.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se solicitó analítica sanguínea con hemograma, bioquímica con perfil hepático, perfil tiroideo, reactantes de fase aguda y estudio de autoinmunidad. Objetivando leucocitosis importante (23.000) con predominio linfocitario (88,5%) y elevación de transaminasas hepáticas y lactatodeshidrogenasa. Fue remitida a urgencias donde se amplió estudio con sistemático de orina y radiografía torácica, que puso de manifiesto una hepatoesplenomegalia. Ante la sospecha de probable síndrome mononucleósico se realizaron serologías para virus de Epstein-Barr (VEB) y citomegalovirus (CMV), que resultaron positivas para VEB. No preciso tratamiento específico, salvo seguimiento.

Conclusiones: El edema de párpados superiores bilateral puede tener múltiples etiologías: alérgica, infecciosa, tumoral, traumática o autoinmune. Una adecuada historia clínica y exploración física nos ayudarán a orientar el diagnóstico.

Existen pocos casos documentados de edema palpebral como manifestación oligosintomática de una mononucleosis infecciosa (MNI) y aunque no forma parte de la tríada clásica (fiebre, faringitis y linfadenopatías), puede aparecer hasta en el 30% de los pacientes al inicio del cuadro clínico, sobre todo en la edad pediátrica. Por ello, deberíamos tener en cuenta la MNI en el diagnóstico diferencial de un edema palpebral bilateral de causa desconocida.

P-046 HIPERPLASIA TÍMICA

Vaquero Sosa, E.; Martínez De León, L.
Centro Salud Meco, Meco, España

Anamnesis: Niño de 2 años y 4 meses, valorado 4 días antes en urgencias por broncoespasmo, que es traído a consulta de Atención Primaria por empeoramiento clínico (tos más frecuente y productiva, asociando febrícula de 37,7°C). Antecedentes de interés: madre enfermedad inflamatoria intestinal en tratamiento con Cimidón 6 meses por cuantiferón positivo. Paciente Mantoux negativo.

Exploración clínica: Auscultación pulmonar con subcrepitantes en hemitórax derecho, siendo el resto de la exploración y saturación de oxígeno normales

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se solicitó radiografía de tórax en la que se observó aumento de silueta cardiomedial y probable hepatoesplenomegalia (Fig. 1), por lo que fue remitido al hospital para continuar el estudio. Se realizaron hemograma (normal), frotis (sin alteraciones), bioquímica con LDH y hormonas tiroideas (normales), alfa-fetoproteína y CEA (valores normales), ecocardiografía (sin hallazgos patológicos) y ecografía transtorácica en la que se observó en mediastino anterior una imagen de 5 x 2,9 cm, cuya morfología relaciones intratorácicas y ecogenicidad eran compatibles con timo hiperplásico (Fig. 2); hígado y bazo sin alteraciones. El paciente fue dado de alta recomendando control evolutivo y radiológico 6 semanas después, en el que se apreciaba disminución del ensanchamiento mediastínico respecto al estudio previo (Fig. 3). En el momento actual, sigue asintomático y sin alteraciones radiológicas.



Figura 1.

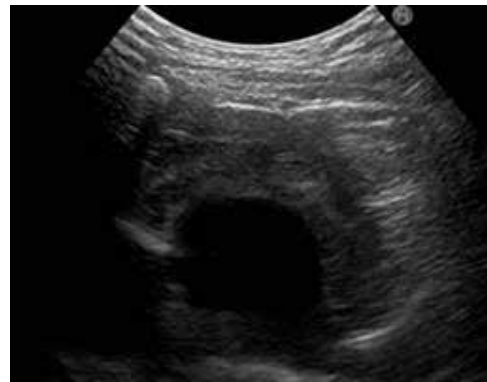


Figura 2.



Figura 3.

Conclusiones: El timo es un órgano del mediastino anterior, con dos lóbulos irregulares de células epiteliales y linfocitos. Solo en el recién nacido y en el lactante se considera fisiológico un aumento de su tamaño. La hiperplasia benigna de timo es una entidad que suele cursar de forma asintomática, y se produce por procesos intercurrentes como bronquitis asmáticas o neumonías. En el diagnóstico diferencial se han de incluir otras masas mediastínicas y procesos tumorales del timo. No precisa tratamiento salvo que el tamaño ocasione sintomatología por compresión.

P-047

TUMORACIÓN RETROAURICULAR

Martínez De León, L.; Vaquero Sosa, E.
Centro Salud Meco, Meco, España

Anamnesis:

- **Motivo de consulta:** niña de 3 años con dolor en región retroauricular izquierda, el padre refería dudoso traumatismo en dicha localización. Pico febril de 38.3 C, sin otros síntomas asociados.
- **Antecedentes personales:** herniorrafia umbilical, dermatitis atópica, no alergias conocidas, vacunación según calendario.

Exploración clínica: Eritema y rubor retroauricular, tumoración de consistencia blanda borrando parcialmente el ángulo mandibular. No despegamiento de pabellón auricular, otoscopia normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza en Centro de Salud una Ecografía en la que se evidencia parótida izquierda aumentada de tamaño con focos hipoeoicos en el interior e imagen ovalada hipoeoica de 21,44 mm (Fig. 1).

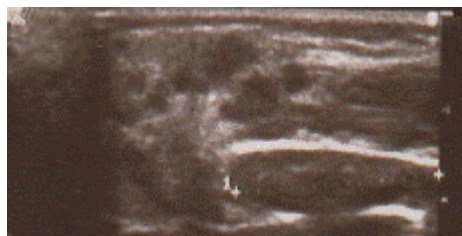


Figura 1.

Se diagnostica de parotiditis aguda infecciosa para la cual se pauta antibioterapia oral, amoxicilina-ácido clavulánico 80 mg/kg/día, presentando buena respuesta clínica a las 48 horas. Afebril, no signos inflamatorios, disminución de tumoración.

Conclusiones: Las tumoraciones cervicales son habituales en pediatría y lo más frecuente es que trate de adenopatías, pero existen otros procesos como parotiditis o malformaciones cervicales. Para el diagnóstico diferencial es fundamental una adecuada historia clínica y una detallada exploración física. En casos agudos, una tumoración cervical que borra el ángulo mandibular orientará a una afectación parotídea. La ecografía sigue siendo la técnica de imagen de primera elección para la valoración de la parótida; en la parotiditis bacteriana, las áreas de supuración se ven como focos anecoicos o hipoeogénicos y los ganglios linfáticos intraparotídeos agrandados se ven en forma de áreas hipoeoicas.

La ecografía clínica en Atención Primaria nos permite un mejor manejo de los pacientes, ya que facilita una aproximación diagnóstica rápida e inocua, pudiendo diferenciar el tipo de lesión y determinar las características de la misma (ubicación, tamaño, forma, contenido interno y vascularización).

P-048

LEISHMANIASIS CUTÁNEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Martí García, I.; Casademont Pou, R.M.; Vázquez Reverter, Á.;
Vique García, C.; Portella Serra, A.; Pérez Gañan, J.
EBA Vallcarca, Barcelona, España

Anamnesis y exploración clínica: Niña de 16 meses que acude a la consulta por presentar una lesión cutánea, de una semana de evolución, en el dorso de una mano. Es una lesión eritematosa, con leve induración y presencia de una pápula central. Refiere prurito. Se realiza tratamiento con corticoides tópicos, sin mejoría.

Posteriormente, aparece una ulceración central, con leve exudación. Se orienta como impétigo y se pauta mupirocina tópica, evolucionando a la formación de una costra central con bordes elevados, por lo que se añade antibioterapia oral al tratamiento.

Ante la persistencia de la lesión, y considerando que se había iniciado durante las vacaciones familiares en el país de origen (Marruecos), se deriva a Dermatología con la sospecha de Leishmaniasis cutánea.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza frotis de la lesión y técnica de PCR, identificándose *Leishmania major*.

Se pauta tratamiento con Ketoconazol tópico, apreciándose mejoría de la lesión en las semanas sucesivas.

Conclusiones: La Leishmaniasis es una enfermedad zoonótica emergente en los últimos años debido al turismo y a los fenómenos migratorios.

Un 10% de los casos se describen en niños menores de 12 años, siendo la forma cutánea (Botón de Oriente) la más frecuente en la infancia.

Presenta un diagnóstico diferencial amplio, por lo que muchas veces se sospecha de inicio otra patología y se realiza un tratamiento erróneo.

Se tendría que considerar esta patología en aquellas lesiones cutáneas de evolución tórpida, especialmente si las características demográficas familiares lo sugieren.

P-049

SARNA, "UN VIEJO PROBLEMA" AÚN NO RESUELTO

Mangas Marín, I.¹; Cubero Santos, A.¹; Alonso González, V.²;
Lorido Cano, I.²; Fernández Martínez, T.¹;
Ordóñez Medina, I.¹; Gutiérrez González, M.L.¹;
Ambrojo López, B.¹; Prieto Mayoral, Á.¹
¹Hospital Materno Infantil Badajoz, Badajoz, España;
²Hospital Universitario Badajoz, Badajoz, España

Introducción: La escabiosis o sarna es una infestación por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad hominis.

Se contagia por contacto directo piel con piel o a través de fómites. El síntoma fundamental es una erupción inten-

samente pruriginosa que en lactantes y neonatos suele tener características especiales.

Caso clínico: Lactante de 28 días de vida sin antecedentes de interés, que consulta por lesiones cutáneas de 5 días de evolución sin otra sintomatología. En la exploración física destaca excelente estado general. Se visualizan pápulas, pústulas y vesículas en miembro inferior derecho (imagen 1, con alguna lesión costrosa en dicho miembro (imagen 2), pápulas aisladas en la cara (imagen 3) y alguna vesícula en abdomen (imagen 4). No lesiones en plantas y palmas. Se establece diagnóstico diferencial de pustulosis neonatales.

Días después consultan de nuevo, destaca la madre por llanto inconsolable, que atribuye al picor y aparición de pústulas en plantas de ambos miembros inferiores (imagen 5). Se rehistoria acerca del ambiente epidemiológico y la madre informa que ella y un primo que vive con ellos presentan lesiones similares. Con la sospecha de sarna se inició tratamiento con permetrina 5% tópica a todos los convivientes, acompañado de medidas higiénicas específicas. Una semana después, aunque las lesiones habían mejorado, seguían apareciendo nuevas lesiones, por lo que se repite pauta tanto al paciente como a sus convivientes y se añade corticoide tópico en las áreas más inflamadas. La evolución fue buena, con resolución completa.

Conclusiones: Es necesario realizar una historia clínica minuciosa para diferenciar de otras pustulosis neonatales.

La escabiosis es un problema de Salud Pública. Suele cursar en brotes que en ocasiones son difíciles de erradicar.

Debemos informar de la necesidad de aplicar el tratamiento farmacológico todos los convivientes el mismo día unido a las correctas medidas higiénicas.

P-050

TRANSMISIÓN VERTICAL DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B ¿PREVENIBLE?

Acero Cerro, C.V.; Grande Tejada, A.; Ruiz Vázquez, J.; Bonilla Fornés, S.; Velázquez González, M.; De Peralta Alonso, M.G.; Jiménez Tejada, L.; Cambron Carmona, M.D.L.A.; Alfonso Vaquero, J.
Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España

La hepatitis B es una de las enfermedades infecciosas más difundidas, siendo España un área de baja endemia. La transmisión del VHB puede ser sexual, horizontal, parenteral o vertical, ésta última se produce cuando la gestante posee una infección aguda por VHB o es portadora crónica, desencadenando infección crónica hasta en el 90% de los recién nacidos. Afortunadamente, el 90% de las infecciones connotales por VHB pueden evitarse administrando en las primeras 24h de vida la vacuna junto con la inmunoglobulina específica del VHB. En nuestra CCAA se administra la primera dosis de la vacuna a los 2 meses, a no ser que existan factores de riesgo en la gestante.

Lactante de 3 meses consulta por vómitos y fiebre de 4 días de evolución, exploración normal. Había consultado 3 días antes con exploración física, ecografía abdominal y sistemático de orina normal.

Se realiza una analítica sanguínea, destacando únicamente hipertransaminasemia (GOT 156 UI/l, GPT 227 UI/l).

AF: Madre: 21 años. Embarazo controlado, AgHBs negativo en primer trimestre; ingresada por hepatitis aguda no especificada en el puerperio. Padre transmisión vertical VIH y VHB crónico.

Pruebas complementarias: AgHBs positivo, carga viral > 170.000.000 UI/ml, IgM-Anti-HBc positivo, Ac-Anti-HBe positivo, AgHBe negativo.

Ante estos hallazgos se realiza el diagnóstico de infección aguda por VHB.

Este caso clínico nos permite resaltar la importancia de una anamnesis detallada a la gestante, ya que solo existe recomendación de repetir el cribado del VHB en pacientes con conductas de riesgo.

Además nos hace plantearnos si se debería retomar la vacunación sistemática del VHB al nacimiento, ya que no siempre podemos obtener toda la información de las conductas de riesgo durante la gestación.

P-051

FIEBRE BOTONOSA MEDITERRÁNEA: ¿ES NECESARIA LA MANCHA NEGRA PARA EL DIAGNÓSTICO?

López Vargas, E.; Montes Peña, M.; García Moyano, I.D.V.; Ruiz Sáez, B.; Manzanares Santos, S.; Aroca Aguilar, E.M.; Ferrín Diáñez, A.; Fernández Ruiz, L.; Calviño Molinero, J.; Aguilar Gómez-Cárdenas, F.J.

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Anamnesis: Varón de 13 años que acude a consulta de su pediatra de Atención Primaria por fiebre de 40°C resistente a los antitérmicos de 72 horas de evolución, acompañada de cefalea y artralgias. Refiere haber realizado una excursión escolar al campo hace 2 semanas.

Exploración clínica: Hemodinámicamente estable. Exantema maculopapuloso eritematoso que desaparece a la digitopresión, localizado en miembros inferiores, con afectación palmoplantar y del tronco. Inyección conjuntival bilateral. Auscultación normal. No se palpan megalias

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: La analítica muestra hemograma y bioquímica normales, salvo Alanina aminotransferasa 77 U/L. Los reactantes de fase aguda mostraron una Proteína C Reactiva de 56 mg/dl y una velocidad de sedimentación globular de 27 mm/h. Ante la sospecha de Fiebre botonosa mediterránea (FBM) se inicia doxiciclina oral 200 mg/12 horas durante 1 día. A las 24 horas, el paciente se encuentra afebril, sin cefalea y con mejoría de las artralgias. A la exploración el exantema se ha atenuado. Se confirma el diagnóstico mediante serología de Rickettsia con valor IgM 1/80.

Conclusiones: La sospecha clínica de la FBM es muy importante ante un paciente con fiebre y exantema característico en época de incidencia estacional (primavera y verano). Aunque la mancha negra está presente en el 72-94% de los pacientes, no es imprescindible para el diagnóstico, debiéndose instaurar el tratamiento de forma empírica y precoz ya que aunque se trata de una enfermedad benigna, un pequeño porcentaje de casos pueden desarrollar complicaciones de vasculitis grave con fallo multiorgánico. Finalmente, destacar las nuevas pautas cortas de doxiciclina oral, tan eficaces como las clásicas de 5-7 días, a dosis de 5 mg/kg/12 horas durante un

día, incluidos los menores de 8 años, para los cuales esta pauta no implica los efectos secundarios descritos en tratamientos más prolongados.

P-052

COJERA EN NIÑOS. NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE

Sánchez Romero, M.Á.; Bermejo Fernández, C.;
Agudo Montore, P.; Hidalgo Cruz, R.D.F.;
Gallego Muñoz, M.D.C.; Lobo Fernández, V.;
Escudero Ávila, R.; Bejarano Martín, M.D.L.Á.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente de 22 meses de edad sin antecedentes destacables que consulta por irritabilidad e impotencia funcional de miembro inferior derecho de 3 semanas de evolución. Dolor en región inguinal derecha que llega a despertar al paciente por la noche y pérdida de peso de aproximadamente 2 kg. No otra sintomatología acompañante.

Exploración clínica: Regular estado general, sensorio despejado, buena coloración e hidratación de piel y mucosas. Auscultación normal. Postura antiálgica a la sedestación, no deambulación. No limitación de movilidad en articulaciones coxofemorales.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza analítica urgente en la que se detecta PCR elevada (37,9 mg/L) y trombocitosis (683.000 plaquetas), resto dentro de la normalidad. Posteriormente, radiografía y ecografía de cadera, sin alteraciones. Se solicita gammagrafía ósea apreciándose aumento de la actividad en el cuerpo vertebral de L4. Mediante RMN de columna lumbar se confirma el diagnóstico de espondilodiscitis L3-L4. Se inicia tratamiento antibiótico intravenoso con buena tolerancia; deambulación progresiva y mejoría del estado general desde el cuarto día del inicio.

Conclusiones: La espondilodiscitis consiste en una entidad poco frecuente en niños, generalmente en menores de 6 años. Clínicamente se presenta de forma inespecífica, frecuentemente como irritabilidad, rechazo de la deambulación y dolor con la sedestación. Aunque la radiografía suele ser la primera prueba diagnóstica a realizar, la RMN se postula como la más sensible, siendo por tanto de elección. El tratamiento consiste en antibioterapia más antiinflamatorios, siendo necesaria la intervención quirúrgica únicamente en casos de mala evolución o complicaciones. La evolución con el tratamiento suele ser favorable a corto-medio plazo, sin embargo a largo plazo la ausencia de regeneración del disco intervertebral suele provocar secuelas estructurales con repercusiones clínicas en un 20%. Por tanto, para mejorar el pronóstico de estos pacientes es mandatorio realizar un diagnóstico precoz para el inicio del tratamiento a tiempo.

P-053

ATROFODERMIA DE PASINI-PIERINI COMO EXPRESIÓN DE EICH CUTÁNEO CRÓNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marco Sánchez, J.M.; García Castro, R.; Romero García, C.;
Martínez Pereira, A.; García Salamanca, Y.; González Prieto, A.;
Mendoza Sánchez, M.D.C.; Riesco Riesco, S.; Román Curto, C.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Anamnesis: Presentamos a un escolar de 7 años diagnosticado en enero de 2015 de leucemia linfoblástica aguda tipo T (LLA-T) de muy alto riesgo (MAR), al que se le realiza trasplante (TPH) alogénico mieloablativo con acondicionamiento previo, de donante emparentado HLA idéntico, en julio de 2015.

Exploración clínica: El día +305 post-TPH el paciente inicia lesiones de tipo placa eritematosa con pseudovesiculación en ambas manos, flancos, axilas, plantas y dorso de pies.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza biopsia, compatible con enfermedad injerto contra huésped (EICH) cutáneo agudo grado 2, con resolución de la clínica al aplicar corticoide tópico. Dos años más tarde, tras la suspensión de la inmunosupresión sistémica, aparecen placas eritematosas en flancos, axilas y dorso de manos; lesiones hipopigmentadas tipo liquen escleroso en región cervical posterior y flexura de rodillas; y placas escleróticas morfeiformes en dorso de pies. A pesar del tratamiento corticoideo e inmunosupresor tópico y sistémico, progresa a un cuadro de tipo atrofodermia de Pasini y Pierini en tronco. A las placas morfeiformes en dorso de ambos pies se añade posteriormente induración edematosa desde rodillas hasta región distal de miembros inferiores, iniciándose corticoide oral a dosis de 0,5 mg/kg, con estabilización de las lesiones. Actualmente, está pendiente de iniciar fotoaféresis que permita reducir la necesidad de corticoide oral e inmunosupresión sistémica.

Conclusiones: En el seguimiento de los pacientes sometidos a TPH alogénico siempre debemos buscar la presencia de signos o síntomas sugestivos de EICH. La piel es el órgano más frecuentemente afecto, y la atrofodermia de Pasini y Pierini constituye una manifestación excepcional dentro del espectro del EICH cutáneo crónico esclerodermiforme.

P-054

¿REALIZAN LOS ADOLESCENTES UN USO ADECUADO DEL MÓVIL?

Gallego Muñoz, M.D.C.¹; Díaz-Cano Carmona, E.¹;
Lobo Fernández, V.¹; Hidalgo Cruz, F.¹; Sánchez
Romero, M.Á.¹; Agudo Montore, P.¹; Bermejo Fernández, C.¹;
Guisado Rasco, M.C.²; Coronel Rodríguez, C.³
¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;
²Centro de Salud Mercedes Navarro, Sevilla, España;
³Centro de Salud Amante Laffón, Sevilla, España

Objeto del trabajo: El teléfono móvil es el dispositivo más usado por los jóvenes actualmente, habiéndose convertido en un auténtico ordenador de bolsillo, con un potencial ilimitado. Ofrece autonomía, identidad, ocio y fomenta las relaciones interpersonales. No obstante, existe una creciente preocupación por el sobreuso que muchos adolescentes hacen del mismo. Así, surge nuestro trabajo, que pretende analizar el uso del móvil en la adolescencia.

Material y métodos: Realizamos una encuesta anónima compuesta por 8 ítems a 78 adolescentes de entre 12 y 14 años, alumnos de un Instituto de Educación Secundaria de Sevilla.

Resultados: Los adolescentes encuestados presentaban una distribución equitativa en cuanto al sexo y el 95% disponía

de móvil propio. Al analizar la edad con la que recibieron su primer móvil: 2,5% entre 5 y 7 años, 10% entre 7 y 9 años, 37% entre 9 y 11 años, 40% entre 11 y 13 años y 10% con más de 13.

El 80% reservaba el móvil para su tiempo libre. Sin embargo, resultaba llamativo que un 56% lo usaba durante las reuniones con amigos y familiares, un 28% mientras realizaba las tareas escolares y un 14% comiendo. El 15% reconocía usar este dispositivo constantemente.

Cuando preguntamos sobre restricciones para su uso en casa, el 48% tenía límites en el horario y el 14% zonas prohibidas para su empleo en el domicilio.

Si lo olvidaban en casa, un 18% volvía a recogerlo y un 35% afirmaba no olvidarlo nunca.

Conclusiones: La mayoría de adolescentes de nuestro medio dispone de móvil propio, cada vez desde edades más tempranas. Muchos de ellos lo utilizan de forma desproporcionada, generando una inquietud creciente en su entorno más cercano. Es importante establecer unos límites y pautas a los adolescentes para su utilización, evitando así una dependencia excesiva que degenera en problemas mayores.

P-055

LACTANTE CON FIEBRE Y DESCAMACIÓN CUTÁNEA: SÍNDROME DE LA PIEL ESCALDADA ESTAFILOCÓCICA

Bermejo Fernández, C.¹; Sánchez Romero, M.Á.¹; Gallego Muñoz, M.C.¹; Hidalgo Cruz, R.D.F.¹; Lobo Fernández, V.¹; Agudo Montore, P.¹; Coronel Rodríguez, C.²

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España; ²Centro de Salud Amante Laffón, Sevilla, España

Introducción: El síndrome de la piel escaldada estafilocócica (SPEE) se produce por la diseminación hematógena de las toxinas exfoliativas A y B de *Staphylococcus aureus* desde un foco localizado habitualmente en mucosas, que suele pasar desapercibido. Es típica su aparición en menores de 5 años en forma de fiebre, irritabilidad, edema facial y eritema generalizado que se sigue de descamación y erosión cutánea.

Caso clínico: Lactante de 10 meses sin antecedentes familiares ni personales de interés que consulta por fiebre de hasta 39°C de menos de 24 horas de evolución. Asocia eritrodermia generalizada e hiperestesia cutánea en las últimas 72 horas. En la exploración destaca un adecuado estado general aunque con irritabilidad. Piel eritematosa y seca en toda su extensión. En la región perioral asocia lesiones descamadas, melicéricas y xeróticas. Eritema ocular leve bilateral y adenopatías laterocervicales milimétricas. Faringe, otoscopia, auscultación y abdomen anodinos. Se decidió ingreso hospitalario para antibioterapia intravenosa. La analítica al ingreso dio un hemograma normal y bioquímica con ligera elevación de reactantes de fase aguda. La descamación cutánea fue en aumento mientras que el eritema desapareció en pocas horas. El paciente fue dado de alta con diagnóstico de SPEE.

Conclusiones: El diagnóstico del SPEE es clínico. Es característica la hiperestesia cutánea inicial y la formación de ampollas flácidas cutáneas con descamación final. Las áreas de mayor afectación son los pliegues cutáneos y la región perioral. El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con el síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidermolítica

tóxica. El inicio del tratamiento antibiótico debe ser precoz para evitar complicaciones, siendo de elección el empleo de cloxacilina intravenosa.

P-056

ICTUS EN LA EDAD PEDIÁTRICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Iglesias Barroso, M.; Cabezas Berdión, C.; Martín Talavera, M.; Arce Portillo, E.; Moreno Ortega, M.; Calderón Romero, M.I.; Sánchez González, A.; Jiménez Cabeza, S.; Moreno García, M.D.M.; Jiménez Moreno, M.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente de 8 años que acude derivado de hospital comarcal por cuadro consistente en debilidad de miembros izquierdos y déficit sensitivo en dicho hemicuerpo que comenzó minutos después de sufrir traumatismo craneoencefalo leve mientras estaba en la playa.

Consulta en hospital de origen, tras cinco horas del inicio de la clínica, donde realizan TAC craneal sin hallazgos patológicos. Ante la persistencia de focalidad se deriva a hospital de referencia. A su llegada (ocho horas tras inicio de la sintomatología), se valora al paciente y tras la exploración física se activa el código ictus.

Como antecedentes familiares destacan el fallecimiento prematuro por accidente cerebrovascular de dos tías maternas así como otra tía de la misma rama familiar con anticoagulante lúpico positivo. Con respecto a los antecedentes personales, había padecido varicela dos meses antes.

Exploración clínica: Consciente y orientado con lenguaje fluente. Tendencia oculocefálica a la derecha con hemianopsia homónima izquierda en campimetría por confrontación. Parálisis facial supranuclear izquierda. Claudica en Barré y Mingazzini con miembro superior e inferior izquierdo respectivamente. Hipoestesia e hipoalgesia de hemicuerpo izquierdo.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza TAC con contraste y de difusión en los que se objetiva lesión isquémica aguda parietal derecha (territorio superficial de la arteria cerebral media) indicándose la realización de trombec-tomía. Posteriormente se realiza estudio etiológico.

Conclusiones: La incidencia del ictus infantil es mucho menor que la de la edad adulta, sin embargo, esta no es menos-preciable. Es una de las diez primeras causas de mortalidad infantil y produce secuelas en el 30-60% de los casos. Es necesario por ello ampliar el código ictus a la edad pediátrica, elaborando protocolos que faciliten el diagnóstico y posible tratamiento de nuestros pacientes.

P-057

LACTANTE CON LESIONES BLANCAS Y NEGRAS EN LA LENGUA

Bermejo Fernández, C.¹; Sánchez Romero, M.Á.¹; Lobo Fernández, V.¹; Gallego Muñoz, M.C.¹; Agudo Montore, P.¹; Hidalgo Cruz, R.D.F.¹; Coronel Rodríguez, C.²

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;

²Centro de Salud Amante Laffón, Sevilla, España

Introducción: La lengua vellosa negra consiste en la hipertrofia de las papilas filiformes de la lengua que adquieren un

aspecto vellosa debido al cúmulo de queratina y un color negro o marrón por la proliferación de bacterias cromógenas, destacando *Bacteroides melaninogenicus* y bacilos piocianicos. Aunque puede llegar a tener una frecuencia del 11% en adultos, en niños es tan infrecuente que no existen datos epidemiológicos. La antibioterapia de amplio espectro es el factor etiológico más frecuentemente implicado, aunque la etiología suele ser desconocida.

Caso clínico: Lactante de 50 días de vida sin antecedentes familiares ni personales de interés que consulta por persistencia del muguet que presenta desde hace más de un mes. Ha hecho tratamiento con miconazol y nistatina tópicos, sin éxito. En la exploración de la cavidad oral se visualizan lesiones negras sobre una base blanquecina en la lengua. Se tomaron cultivos bacterianos y fúngicos que fueron negativos. El paciente se mantuvo asintomático en toda su evolución y las lesiones linguales fueron desapareciendo progresivamente. Finalmente fue diagnosticado de lengua vellosa negra.

Conclusiones: El diagnóstico de esta entidad es clínico y se debe hacer un diagnóstico diferencial principalmente con el muguet. Resulta útil la toma de cultivos para descartar sobreinfección, ya que puede asociar colonización fúngica o bacteriana. Es un cuadro benigno y autolimitado en pocas semanas que no deja secuelas, por lo que suele ser más una preocupación familiar de carácter estético que un problema médico. En su tratamiento pueden resultar útiles los queratolíticos para reducir el tiempo de evolución.

P-058

CURIOSO CASO DE PRURITO PLANTAR. DIAGNÓSTICO "POR LOS PELOS"

Belmonete Pombo, P.; Torres Narbona, M.; Morillas Escobar, M.C.; Calleja Guadix, I.; Tenezaca Marcotoma, J.C.; Martín Langa, A.; Gallardo Vidal, M.I.

Centro de Salud Arroyo de la Vega, Alcobendas, España

Anamnesis: Niño de 4 años sin antecedentes de interés que acude a la consulta de atención primaria por presentar desde hacía 15 días enrojecimiento, leve dolor e intenso prurito en planta del pie, que no cedía con distintas pomadas y cremas. Los padres creían que podría ser una reacción a una picadura de mosquito y por eso no habían acudido antes al centro de salud. No otra sintomatología acompañante.

Exploración clínica: Al explorar la planta del pie izquierdo se objetiva a nivel de metatarso una lesión lineal eritematosa curva definida, levemente hiperqueratósica, que dibuja un surco donde se insinuaba una línea más oscura sobre leve eritema. Leve dolor a la palpación en dicha zona.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Tras examen meticuloso de la lesión se procede a leve raspado de la capa córnea superficial que permitió observar un pelo enclavado a lo largo de la lesión lineal donde se dibujaba el surco que deja asomar la punta de un pelo. Se procede a extracción con aguja fina y pinzas movilizándose el cuerpo extraño lentamente hasta su extracción a modo de anzuelo. Se obtiene un pelo similar a una pestaña.

Conclusiones: Estas lesiones pueden simular dermatitis, verrugas, callos e incluso surcos acarinos de escabiosis, siendo incorrectamente tratadas y pudiéndose complicar si no se retira

el cuerpo extraño en granulomas piógenos. Se han descrito casos aislados en la literatura de pelos enclavados en la planta del pie, especialmente series cortas de casos en personal de peluquerías y un caso de un niño de 3 años que también se encontraba en una peluquería. Resulta difícil entender que un pelo se pueda clavar en la piel y atravesar la capa córnea de la planta del pie, siendo posible que un pelo al ser cortado presente una especie de bisel que penetre en la piel.

P-059

LACTANTE CON BRONQUIOLITIS SEVERA COMO PRESENTACIÓN DE FIBROSIS QUÍSTICA

Cabezas Berdión, C.¹; Iglesias Barroso, M.¹; Sánchez González, A.¹; Moreno García, M.D.M.¹; Queralto García De Góngora, M.¹; Jiménez Cabeza, S.¹; Tapia Trujillo, E.¹; Pérez-Torres Lobato, M.¹; Martín Talavera, M.¹; Cruz Navarro, I.²

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;

²Centro Salud Montequinto, Sevilla, España

Anamnesis: Lactante de 1 mes, sin antecedentes previos ni familiares de interés, que ingresa en la unidad de cuidados intensivos (UCI) por bronquiolitis severa de corta evolución y pausas de apnea.

Permanece ingresada 40 días, precisando ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y ventilación mecánica convencional (VMC) durante 26 días, con óxido nítrico durante unas horas por hipoxemia refractaria. Tras realización de fibrobroncoscopia, que descarta la existencia de estenosis subglótica, se procede a extubación, pasando a VMNI que se retira tras 4 días, sin soporte al alta.

Presenta neumonía nosocomial por *Haemophilus influenzae*, que permanece positivo en aspirado bronquial como colonización.

Durante su estancia en la unidad, se reciben resultados de cribado neonatal alterados para Fibrosis Quística (FQ), confirmando posteriormente el diagnóstico con dos test de sudor positivos y estudio genético concluyente.

Exploración clínica: Regular estado general, aspecto de enfermedad respiratoria. ACR: hipoventilación global. Polipnea 75 rpm. Marcado tiraje subcostal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Bioquímica: iones normales.
- Elastasa fecal: > 500 microgr/ g heces.
- Cribado neonatal: positivo (TIR 1: 80 ng/ml TIR 2: 78,4 ng/ml).
- Test del sudor:
 - 1: conductividad 87 mmol/l (dudoso), cloro 70 mmol/l (positivo).
 - 2: conductividad 95 mmol/l, cloro 60 mmol/l (positivo).
- Estudio genético: mutación en heterozigosis (F508del) en el gen CFTR (no descarta ni confirma diagnóstico de FQ).
- Secuenciación CTFR: mutaciones en heterozigosis de c.695T>A (p.Val232Asp) y c.1521_1523delCTT (p.Phe-508del) del gen CFTR (descritas como responsables de FQ).

Conclusiones: Tras la implantación del cribado neonatal, la mayoría de casos de FQ se diagnostican previo a aparición de síntomas. La presentación clínica precoz más frecuente es el íleo meconial, siendo la afectación respiratoria más tardía,

generalmente como infecciones recurrentes. Este caso muestra una presentación clínica precoz y severa con afectación respiratoria. Cabe destacar, que los pacientes sintomáticos al diagnóstico, presentan mayor número de complicaciones que los diagnosticados en periodo asintomático.

P-060

CELULITIS POR HERIDA PUNZANTE EN PLANTA DEL PIE. IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ ACERTADO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Torres Narbona, M.¹; Belmonte Pombo, P.¹;
Martínez Alarcón, J.²; Tenezaca Marcatoma, J.C.¹;
Morillas Escobar, M.D.C.¹; Calleja Guadix, I.¹;
Martín Langa, A.¹; Garrido Morell, N.¹

¹Centro de Salud Arroyo de la Vega, Alcobendas, Madrid, España;

²Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Anamnesis: Niño de 4 años que acude por presentar desde hacía unos días herida en planta del pie izquierdo, con dolor al apoyar y caminar. Ese día presenta fiebre de hasta 39 y decaimiento. Según refiere el padre habían observado desde hacía varios días dolor y enrojecimiento en zona plantar izquierda sin saber precisar si se había clavado algo en dicha zona, ni el tiempo de evolución de la lesión. No otra sintomatología acompañante.

Exploración clínica: Se objetiva en zona plantar media de pie izquierdo celulitis con absceso cutáneo fluctuante central en zona media plantar y leve linfangitis que se extiende a cara interna del tobillo. Resto de exploración normal salvo leve decaimiento.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se obtiene muestra de absceso por aspiración cerrada con aguja fina que se introduce en recipiente estéril con un poco de suero salino. Se contacta con microbiólogo desde atención primaria y se realiza gram urgente y cultivo de aspirado. En el gram se visualizan claramente cocos positivos en racimo. Se procede a drenaje y limpieza de absceso y se pauta tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico oral y mupirocina tópica. Dos días después se aísla en cultivo puro *Staphylococcus aureus* sensible en antibiograma a amoxicilina-clavulánico. El paciente presentó buena evolución clínica con resolución del cuadro.

Conclusiones: Una buena comunicación desde atención primaria con el laboratorio de microbiología permite realizar técnicas rápidas de diagnóstico como en este caso, donde se descartó una de las etiologías más frecuentes de heridas punzantes en el talón como es *Pseudomonas aeruginosa*, pudiendo pautar un tratamiento antibiótico oral precoz adecuado y un seguimiento y control ambulatorio desde atención primaria.

P-061

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA EN CONTEXTO DE UN CUADRO CLÍNICO DE VARICELA

Martín Talavera, M.; Sánchez Tatay, V.; Iglesias Barroso, M.; Jiménez Moreno, M.; Moreno García, M.D.M.; Cabezas Berdión, C.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Introducción: La varicela es una enfermedad exantemática causada por la primoinfección por el virus varicela-zóster

(VVZ). Es altamente contagiosa y habitualmente es una enfermedad benigna, sin embargo, puede presentar complicaciones, a veces graves, que pueden comprometer la vida del paciente.

Caso clínico:

Anamnesis: Niña de 4 años con varicela de 7 días de evolución que consulta en urgencias por fiebre, vómitos, cefalea y parálisis facial periférica (PFP).

Exploración clínica: En la exploración física y neurológica destacan lesiones cutáneas costrosas generalizadas y PFP.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Tras su ingreso presenta un episodio de delirio y desorientación de minutos de duración sin relación con ascenso térmico por lo que se realizan las siguientes pruebas complementarias: hemograma, bioquímica sanguínea, proteína C reactiva (PCR), hemocultivo, tira reactiva de orina, urocultivo, radiografía de tórax, punción lumbar con bioquímica, tinción de gram, cultivo, PCR de Virus Herpes Simplex 1 y 2, Virus Varicela-Zóster y enterovirus en líquido cefalorraquídeo, electrocardiograma, electroencefalograma y Tomografía Axial Computarizada craneal sin observarse alteraciones significativas excepto leucocitosis leve y PCR de 70 mg/L. Tras el alta se realiza Resonancia Magnética Nuclear craneal siendo esta también normal.

Durante su ingreso recibe tratamiento con prednisona a 2 mg/kg durante 5 días con mejoría progresiva de la clínica. Al alta se mantiene esta misma dosis durante 5 días y posteriormente se reduce progresivamente hasta completar un total de 14 días de tratamiento, tras lo cual se resuelve el cuadro.

Finalmente, la paciente fue diagnosticada de varicela complicada con PFP.

Conclusiones: El VVZ puede ser un agente causal de PFP en la población pediátrica. A pesar de ser una entidad rara se debe tener en cuenta esta complicación neurológica. El tratamiento no está estandarizado y los corticoides y/o aciclovir pueden acelerar la recuperación.

P-062

¿ES EL ESTREÑIMIENTO UNA PATOLOGÍA INFRADIAGNOSTICADA?

Picáns Leis, R.; González Fernández, L.; Martínón Torres, N.; Díaz Esteban, B.M.; Crujeiras Martínez, V.; Bustó Cuñías, M.D.L.M.; Saborido Fiaño, R.; Leis Trabazo, M.R.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Objeto del trabajo: Evaluar la prevalencia de estreñimiento en la primera consulta de atención especializada, tanto en los que era el motivo principal de derivación, como en los que referían otra patología digestiva.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de casos de estreñimiento derivados o detectados en una primera consulta de Gastroenterología Pediátrica de dos hospitales (secundario y terciario) durante 4 meses. Se emplearon los criterios ROMA IV. Se recogió edad, sexo, motivo de consulta, encopresis y/o rectorragia asociadas, tiempo de evolución y características del tratamiento recibido.

Resultados y conclusiones: Se analizaron 274 pacientes que acudieron a primeras consultas de Gastroenterología Pediátrica, detectándose 38 niños con estreñimiento (preva-

lencia 13.9%). La media de edad fue 6.01 años. El 26% de los casos llevaba más de tres años de evolución. Ligero predominio en niñas (55% vs. 45%). 6 de ellos asociaban encopresis, y 6, sangre en heces. De los 38 pacientes con estreñimiento, solo el 24% consultaba por este motivo; el 76% lo hacía por dolor abdominal recurrente (12), encopresis (4), desnutrición o estancamiento ponderal (4), sospecha de reflujo gastroesofágico (3), sospecha de enfermedad celíaca (3), rectorragia (1), distensión abdominal (1) e intolerancia a la lactosa (1). Prácticamente todos los que consultaban por estreñimiento habían recibido tratamiento previo, aunque el 75%, a dosis subóptimas. Solo un tercio de los que se detectaron durante la anamnesis y/o la exploración física había sido tratado antes de la consulta.

El estreñimiento es un problema pediátrico frecuente que en muchos casos es infradiagnosticado e infratratado. Los principales motivos de consulta asociados son dolor abdominal recurrente y encopresis, con edad de debut predominante en la etapa preescolar. Es importante concienciar de la relevancia de la patología, así como de su elevada prevalencia, que en muchos casos condiciona sintomatología digestiva inespecífica de años de evolución.

P-063

NEUMONÍA DE TÓRPIDA EVOLUCIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lobo Fernández, V.; Cruz Navarro, I.; Gallego Muñoz, M.D.C.; Hidalgo Cruz, R.D.F.; Fernández Bermejo, C.; Agudo Montore, P.; Sánchez Romero, M.Á.; Iglesias Barroso, M.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis y exploración clínica: Varón de 2 años sin antecedentes personales de interés, diagnosticado clínicamente de neumonía por fiebre elevada y tos junto con crepitantes en hemitórax izquierdo. Realizó tratamiento con Amoxicilina, con rápida mejoría del estado general y desaparición de la fiebre en las primeras 24 horas, aunque persistían la tos y la auscultación patológica a los 7 días de iniciado el tratamiento.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza radiografía de tórax donde se objetiva condensación en lóbulo superior izquierdo (LSI) con broncograma aéreo y desflecamiento y borramiento de silueta cardíaca en lóbulo inferior izquierdo (LII), por lo que, ante la sospecha de neumonía atípica, se añade al tratamiento inicial un macrólido. Tras ello, dado que persistía la auscultación patológica aunque el paciente permanecía asintomático, se repitió la radiografía presentando solo discreta mejoría.

Ante esta tórpida evolución, desde el centro de salud se inicia estudio con analítica completa, inmunoglobulinas séricas, test de Mantoux y serologías de gérmenes atípicos, resultando todas negativas.

Finalmente se deriva a Neumología donde realizan test del sudor (negativo) y Tomografía axial computarizada, que objetiva atelectasia en lóbulo pulmonar con bronquiectasias de moderado calibre en su seno, y otras bronquiectasias en pirámide basal izquierda. También realizan fibrobroncoscopia sin encontrar hallazgos patológicos relevantes, excepto abundantes secreciones en lóbulo y pirámide basal, sin apreciar

cuerpo extraño ni colapso extrínseco. Se tomaron muestras de lavado broncoalveolar aislándose *Streptococcus pyogenes* (grupo A) sensible a penicilina, pautándose un ciclo más largo con amoxicilina.

Actualmente está pendiente estudio para descartar posible inmunodeficiencia que explique la mala evolución del cuadro y el paciente recibe fisioterapia respiratoria para mejorar las bronquiectasias residuales.

Conclusiones: Es fundamental el seguimiento clínico y la auscultación en las neumonías aunque la evolución sea satisfactoria, pues pueden aparecer complicaciones que precisen estudio y un seguimiento más exhaustivo.

P-064

SÍNDROME DE HOLT-ORAM. DIAGNOSTICANDO A UNA FAMILIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Lobo Fernández, V.; Cruz Navarro, I.; González Meneses, A.; Fernández Bermejo, C.; Hidalgo Cruz, R.D.F.; Sánchez Romero, M.Á.; Gallego Muñoz, M.D.C.; Agudo Montore, P.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

El síndrome de Holt-Oram es un trastorno genético con una muy baja prevalencia (1/100.000 recién nacidos vivos), causado por mutaciones en el gen *TBX5* localizado en el cromosoma 12, con herencia autosómica dominante, y que se caracteriza por presentar defectos esqueléticos en miembros superiores junto con alteraciones cardiovasculares, siendo las más frecuentes la comunicación interauricular (CIA) e interventricular (CIV).

Anamnesis: Varón de 14 años que presenta una CIV muscular múltiple y una leve deficiencia de factor VII.

Exploración clínica: Tórax longilíneo estrecho en su tercio superior y llamativa antepulsión de ambos hombros con hombro derecho más elevado y escápula alada bilateral (Deformidad de Sprengel) más escoliosis dorsal izquierda.

Historiando a la familia se objetivó que tanto la madre como la hermana menor del paciente presentaban también deformidades óseas y que ambas tenían alteraciones cardiológicas que nunca habían llegado a ser estudiadas.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Ante estos hallazgos, se derivó a Dismorfología donde se solicitó estudio genético de síndromes que engloban alteraciones esqueléticas y cardíacas compatibles con la historia familiar, detectando en el paciente la mutación en *TBX5*. Actualmente está pendiente el estudio de segregación en la madre y la hermana.

Conclusiones: Pretendemos resaltar el papel del pediatra de atención primaria como elemento integrador de todos los sucesos que acontecen en una misma familia. No solo se atiende al niño, si no que se tiene en cuenta su contexto familiar, y debido a la accesibilidad y al vínculo que se establece con las familias, el pediatra ha comenzado a desempeñar la función de consultor de toda la unidad familiar.

Es necesario el empoderamiento de los pediatras para que desde atención primaria, se puedan desempeñar labores complejas de diagnóstico como ha ocurrido con nuestro caso.

Además, el diagnóstico definitivo de este tipo de síndromes permite aportar consejo genético a las familias.

P-065

AGITACIÓN EN NIÑO CON CELULITIS PRESEPTAL, SIGNO DE ALARMA DE COMPLICACIÓN CENTRAL

Galiano Ávila, C.; Fuentes Guerrero, M.; Montero Salas, A.;
García Vázquez, J.; Serrano Zamora, V.; Benegas Vaz, N.;
Vaquerizo Vaquerizo, V.; González Carracedo, M.J.;
Espejo Díaz, C.
Hospital de Mérida, Mérida, España

Anamnesis: Niño de 13 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por edema palpebral de dos semanas de evolución. Fue diagnosticado en un primer lugar de conjuntivitis/blefaritis alérgica, pautándose tratamiento con anti-histamínicos y corticoides orales a dosis estándar. No mejoría clínica tras tratamiento, con empeoramiento llamativo en las últimas 48 horas por lo que se deriva a nuestro centro.

Exploración física: A su llegada, presenta edema palpebral unilateral derecho con signos locales de inflamación, dolor a la palpación e hiperemia conjuntival homolateral. Además, presentaba dolor leve a la movilización en aducción y abducción, sin limitación de la misma y con resto de movimientos oculares conservados. Febril.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Ante la sospecha de celulitis preseptal, se extrae analítica donde destaca leucocitosis con neutrofilia y aumento de la proteína C reactiva (88 mg/l); e inicia antibioterapia intravenosa empírica.

A las 48 horas de ingreso, comienza con agitación, nerviosismo y alteración en el patrón de la marcha siendo la misma muy abigarrada, considerándose la clínica como signo de focalidad neurológica.

Ante la sospecha de complicación a nivel del sistema nervioso central, se realiza prueba de imagen urgente (resonancia magnética en este caso), siendo diagnosticado de absceso cerebral en lóbulo frontal secundario a pansinusitis y absceso orbitario. Es derivado a Hospital de referencia en el cual se procede al drenaje del mismo.

Conclusiones: Los pacientes con celulitis preseptal y celulitis orbitaria pueden presentar síntomas similares, siendo fundamental el diagnóstico diferencial debido a las implicaciones pronósticas. Es clave para el mismo, identificar los movimientos oculares, siendo normalmente no dolorosos o con dolor leve en las preseptales. Ante clínica de focalidad neurológica (muy poco frecuente), no debemos olvidar las complicaciones ya que un retraso en el diagnóstico y tratamiento tiene importantes implicaciones para el pronóstico.

P-066

UN ESCENARIO INESPERADO EN UNA GEA POR ROTAVIRUS EN PACIENTE CON COMORBILIDAD

León Carretero, S.¹; Queralt García De Góngora, M.²;
Ortiz Álvarez, A.²; Moreno García, M.D.M.²; Pedrosa
García, I.¹; Cabezas Berdión, C.²; Jiménez Moreno, M.²;
Sánchez Díaz, C.¹; Benítez Fernández, I.¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla, España;

²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Introducción: El rotavirus es la primera causa de gastroenteritis aguda (GEA) severa en lactantes y niños a nivel mundial. Siendo una de las primeras causas de mortalidad en países en vía de desarrollo y de morbilidad en países industrializados,

donde el cuadro puede ser especialmente grave en aquellos pacientes en situación de fragilidad: prematuridad, cardiopatías, encefalopatías, inmunodeprimidos, etc.

Resumen: Lactante de 2 meses de edad corregida, gran prematuro (26 semanas) y peso 724 g, con antecedentes de enfermedad de membrana hialina y enterocolitis necrotizante que precisó resección e ileostomía con reanastomosis posterior.

Tras dos semanas en domicilio, consulta en urgencias por decaimiento, irritabilidad y dificultad respiratoria de 24-48 h. Afebril, sin clínica catarral. Realiza correctamente las tomas y presenta deposiciones amarillentas y líquidas, referidas como habituales. Alimentación con lactancia artificial y cambio a fórmula semielemental e hipercalórica por estancamiento ponderal hacía 48 horas.

Tras observación, ingresa en UCIP por empeoramiento progresivo. A su llegada, quejoso, polipeico, pálido y mal perfundido, destaca abdomen blando aunque doloroso a la palpación. En pruebas complementarias presenta acidosis metabólica severa, hipernatremia, creatinina 4,6 mg/dl y urea 217 mg/dl, hipertransaminasemia, PCT 6,63 ng/ml y pancitopenia. Presenta oligoanuria mantenida. Se plantea diagnóstico diferencial entre infección bacteriana grave vs deshidratación grave con insuficiencia renal aguda secundaria a causa renal, metabólica o digestiva. Mejoría progresiva con terapia de soporte, con normalización de la función renal. Finalmente, los resultados de microbiología establecen el diagnóstico de GEA grave por rotavirus.

Conclusiones: El recién nacido prematuro es especialmente vulnerable a las infecciones debido a su inmadurez y situaciones circundantes a su condición. El rotavirus en pacientes con comorbilidad puede dar lugar a manifestaciones graves e inespecíficas, pudiendo llegar a ser confundido con otras causas por las propias características del paciente.

P-067

SOMNOLENCIA SECUNDARIO A KETOTIFENO TÓPICO

Quiroga Rodríguez, L.D.; Valencia Ichazo, T.;
Reinosa Díaz, S.; Ruiz Aragón, G.; Fábregas Sabaté, J.;
Rosell Nebreda, O.; Iglesias Griñant, S.
Pediatría dels Pirineus, Seu d'Urgell, España

Anamnesis: Paciente de 4 años de edad con antecedente de conjuntivitis alérgica, tratada en el ambulatorio con ketotifeno tópico e hidroxycina oral. Reconsulta a las pocas horas por presentar dolor ocular, fotofobia y somnolencia progresiva. Los síntomas aparecen pocos minutos después de la administración de la medicación.

Exploración clínica: TEP inestable (apariencia alterada). Glasgow 12/15 y tendencia a la somnolencia. Responde a órdenes verbales y mantiene los ojos cerrados. Dolor ocular intenso. Hiperemia conjuntival bilateral con pupilas mióticas y arreactivas. Fuerza muscular disminuida. Inestabilidad con incapacidad para mantener la bipedestación. Resto del examen físico normal

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza analítica sanguínea y ECG que son normales. Tóxicos en orina negativos. Ante la sospecha de posible reacción aguda medicamentosa (RAM) se mantiene con hidratación endovenosa y

en observación hospitalaria 24 horas. La paciente duerme 14 horas seguidas sin otras complicaciones clínicas. Se despierta consciente, orientada (glasgow 15/15), activa y con marcha estable. Persiste leve dolor ocular. Se realiza valoración por oftalmología y se confirma la sospecha diagnóstica de RAM a ketotifeno en gotas. Se realiza notificación al servicio de farmacovigilancia.

Conclusiones: El ketotifeno en colirio es uno de los medicamentos más usados en la práctica clínica para las conjuntivitis alérgicas en Pediatría. Dentro de los efectos secundarios descritos se encuentra el dolor ocular y la somnolencia con una incidencia respectiva de 1/10 y 1/100. A pesar de la elevada frecuencia, son efectos adversos poco notificados. Se debe explicar a los pacientes la forma correcta de administración de las gotas oftálmicas para minimizar su paso sistémico, en concreto, tras instilar la gota, realizar una presión sobre el saco lacrimal durante al menos 1 minuto.

P-068

REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN EL LACTANTE.

¿SOLO ESO?

Crespo Mora, C.; Martínez Urgell, A.; Moreno Vidarte, M.V.; Díaz Medina, C.M.; Cordero, C.; Adell Caballol, C.; Ortiz, A.; Valverde, M.; Gimeno Tugas, S.; Santana, M.
EAP Montclar, Sant Boi de Llobregat, España

Anamnesis: Lactante 5 meses, acude a la consulta de pediatría por fiebre de una semana de evolución y decaimiento. Tos de 15 días.

No antecedentes perinatales de interés. Des del nacimiento había presentado episodios de regurgitación frecuente, con rechazo de la fórmula de inicio y estancamiento ponderal. Al mes dx Reflujo gastroesofágico del lactante.

Se establecen medidas posturales y fórmula antirregurgitación, Recuperación del apetito y ganancia ponderal normal.

Exploración clínica: Estado general conservado. Aspecto distrófico. AR: Roncus diseminados con crepitantes finos en base pulmonar. ORL: faringe levemente eritematosa, no exudados. Otoscopia: normal. AC: tonos regulares, no soplos. Abd: blando y depresible, no masas ni megalias. SNC: Fontanela normotensa, no petequias.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

Exploraciones complementarias: Ante la situación actual se solicita radiografía y analítica que muestra leucocitosis con desviación a la izquierda, PCR elevada, RAST negativo. Estudio de inmunidad normal. Radiografía de torax: aumento de la trama hilar bilateral con condensación lóbulo medio derecho.

Evolución y comentarios: Ingresa para recibir antibioterapia endovenosa con amoxicilina/clavulánico a 80 mg/kg/día. Buena evolución. Alta a la semana de tratamiento.

En la consulta de pediatría, reinterrogando a la familia, se ha modificado la leche de fórmula por leche de inicio normal, dice que no alimenta igual. Reconoce que el paciente ha presentado sintomatología similar a la de los primeros meses, dormía muy inquieto y que hace 15 días presentaba muchas tos, y hace 1 semana apareció la fiebre.

Reintroducción fórmula antirregurgitación e inicio alimentación complementaria. Presenta buena evolución clínica y ponderal.

Diagnóstico diferencial:

- Bronquitis aguda sobreinfectada.
- Cuerpo extraño.
- Alteración anatómica subaguda.

Conclusiones:

- Diagnóstico final: Reflujo gastroesofágico del lactante y Neumonía por Broncoaspiración.
- Comentario: El reflujo gastroesofágico del lactante es común, no debe ser considerado como una enfermedad. La enfermedad por reflujo y sus consecuencias son motivo de consulta a tener en cuenta en la consulta pediátrica.

P-069

DEBILIDAD PROGRESIVA EN MIEMBROS INFERIORES Y ARREFLEXIA: POLINEUROPATÍA AGUDA

Aroca Aguilar, E.M.; López Vargas, E.; Manzanares Santos, S.; Ferrín Diane, A.; Calviño Molinero, J.; Fernández Ruiz, L.; Ruiz Sáez, B.; Prieto Berchez, G.

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Anamnesis: Niño de 2 años que consulta por fiebre de hasta 38,5°C de 3 días de evolución e inestabilidad de la marcha que apareció en las últimas 24 horas junto a caídas frecuentes. Además había presentado dos deposiciones líquidas, rinorrea y tos. No antecedentes de interés. No ambiente epidémico. Vacunación correcta según el calendario de su comunidad.

Exploración clínica: Buen estado general. Consciente, somnoliento. Glasgow 15. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Movimientos oculares conservados. Pares craneales normales. Reflejos osteotendinosos ausentes. No dismetría. Tono muscular normal. Fuerza de miembros inferiores disminuida. Marcha inestable con leve aumento de la base de sustentación y basculación de caderas que provoca en ocasiones caídas con dificultad para la bipedestación.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Analítica sanguínea con leucocitosis leve a expensas de linfocitos y proteína C reactiva de 76,1 mg/L. Test de tóxicos en orina negativo. TC craneal normal. Líquido cefalorraquídeo claro sin leucocitosis con hiperproteínorraquia (154 mg/dl). Ante la sospecha de un síndrome de Guillain-Barré se inició tratamiento con inmunoglobulina durante 5 días que se confirmó mediante electromiografía que informa de polirradiculoneuritis desmielinizante.

Conclusiones: El síndrome de Guillain-Barré es la polineuropatía aguda más frecuente en un niño previamente sano. Se origina por la respuesta inmune a un agente infeccioso que daña la mielina o células de Schwann. En 2/3 de los casos hay antecedentes de infección respiratoria o digestiva. Para el diagnóstico se requieren criterios clínicos (debilidad progresiva de más de un miembro y arreflexia osteotendinosa) así como neurofisiológicos (disociación albúmino-citológica en el LCR, disminución de la velocidad de conducción con latencias distales aumentadas). El 85% de los casos presenta recuperación espontánea. Las inmunoglobulinas aceleran la recuperación si se administran en las primeras 2 semanas.

P-070

DETERIORO DEL NIVEL DE CONCIENCIA Y TRASTORNOS HIDROELECTROLÍTICOS

Martínez Gómez, A.R.; Beraghi, M.;
Del Castillo Velilla, I.; García Muñoz, A.I.; Prado Chaves, A.;
Arranz Boned, M.; Pascual Martín, M.; Bejarano, N.;
Garrote, J.M.; García Cabezas, M.Á.
Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Anamnesis: Niña de 8 años por la que consultan en hospital comarcal por somnolencia y desorientación. Refieren cefalea, vómitos y tendencia al sueño de 3 horas de evolución, posteriormente disartria. Afebril. Desde hacía 3 días presentaba dolor molar, motivo por el cual había estado ingiriendo hasta 5 litros de agua al día, valorada por odontólogo sin evidenciar absceso.

Exploración clínica: TEP: Disfunción del SNC. Normoglucemia. Mal estado general, no deshidratación clínica, no edemas. Somnolencia, desorientación, respuesta lenta a estímulos verbales, Glasgow 14/15, isocoria y normorreactividad pupilar. Fuerza y sensibilidad conservadas. No signos de irritación meníngea. Resto de exploración por aparatos y sistemas normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Tras canalizar vía venosa periférica y estabilización inicial, se deriva a Hospital de referencia. Se realiza analítica sanguínea con leucocitosis, PCR y PCT negativas. Destaca hiponatremia de 124 mmol/L, osmolaridad plasmática baja. Sodio en orina 145 mmol/L. Tóxicos en orina negativos. Electrocardiograma normal. Ingresa en UCIP para monitorización de iones y control evolutivo. Se realiza un TC y EEG, sin alteraciones; y punción lumbar con citoquímica normal.

Se instaura vigilancia neurológica estrecha, restricción hídrica y controles seriados de iones evidenciando corrección de la hiponatremia, con normalización del estado de conciencia.

Conclusiones: La alteración del estado de conciencia, en sus diversos grados, supone un reto diagnóstico y terapéutico para el pediatra. Puede tener múltiples causas, neurológicas y extraneurológicas: enfermedades del SNC (traumatismos, infección, epilepsia, hidrocefalia...), trastornos metabólicos (hipoglucemia, insuficiencia renal o fallo hepático...), ingesta de tóxicos, o alteraciones hidroelectrolíticas, entre otros.

Ante el hallazgo de hiponatremia debemos examinar la tonicidad del plasma para identificar verdaderas hiponatremias. Posteriormente valoraremos el estado de la volemia para orientar la posible causa. En situación de normovolemia, con sodio urinario elevado debemos plantearnos como principales causas el SIADH, el déficit de glucocorticoides, hipotiroidismo y polidipsia primaria.

P-071

¿DESAYUNAN NUESTROS ADOLESCENTES?: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN BARRIO DE SEVILLA

Díaz-Cano Carmona, E.¹; Gallego Muñoz, M.¹; García Pérez, C.¹; Coronel Rodríguez, C.²; Guisado Rasco, M.³

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;

²Centro de salud Amante Laffón, Sevilla, España;

³Centro de salud Mercedes Navarro, Sevilla, España

Objeto del trabajo: Según los estudios AVENA y EnKid la población infantil española omite comidas, siendo el 8,2% los que no desayunan antes de ir al colegio, siendo el 4,1% los que no realizan ninguna ingesta durante toda la mañana. Estos hábitos y la calidad de los alimentos ingeridos se relacionan con la prevalencia de obesidad.

Nuestro objetivo es conocer estos datos en nuestra población.

Material y métodos: Este trabajo se ha realizado mediante la elaboración de una encuesta de 25 preguntas sobre hábitos de vida y salud en adolescentes.

La encuesta fue rellenada anónimamente por 99 alumnos de entre 13 y 15 años de 2 ESO de centros educativos de la zona básica de salud.

Resultados y conclusiones: De los 99 alumnos encuestados el 82,61% declara realizar cuatro o más comidas al día, mientras que el 17,39% restante realizan 2-3 comidas al día. Respecto al desayuno, 69,79% de la población encuestada desayuna antes de ir al instituto, porcentaje que asciende al 87,76% cuando se pregunta sobre la ingesta en el recreo. El 48,45% de los alumnos declara picar entre horas.

Tras analizar los resultados y compararlo con la bibliografía publicada, se concluye que la realización del desayuno antes de ir al instituto es menor en nuestra población que a nivel nacional (69,79% respecto a 91,8%), dato preocupante puesto que la omisión del desayuno se relaciona con mayor incidencia de obesidad, menor rendimiento escolar y peor calidad de los alimentos ingeridos a lo largo del día, consumiendo más grasas en su conjunto.

Diversos estudios refieren que las preferencias alimentarias se adquieren en función de los hábitos de los padres, por lo que las comidas regulares en familia y la intervención y educación sobre los padres ayudarían a mejorar la alimentación de nuestros jóvenes.

P-072

HYMENOLEPIASIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE SEVILLA

Díaz-Cano Carmona, E.¹; García Pérez, C.¹; Coronel Rodríguez, C.²; Ruiz Pérez De Pipaón, M.¹; Guisado Rasco, M.³

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;

²Centro de salud Amante Laffón, Sevilla, España;

³Centro de salud Mercedes Navarro, Sevilla, España

Objeto del trabajo: La himenolepiasis es una parasitosis cosmopolita, especialmente prevalente en América Latina, sudeste asiático y área subsahariana. El mecanismo de transmisión es fecal-oral. Clínicamente suele ser asintomática, pudiendo presentar manifestaciones gastrointestinales. El tratamiento de elección es praziquantel, (medicación extranjera) o en su defecto nitazoxanida o niclosamida.

El objetivo principal de este estudio es conocer las características de la población afectada en nuestra área y su manejo.

Material y métodos: Este estudio se ha realizado a partir de los datos obtenidos mediante una base de datos recogida por el Servicio de Microbiología del hospital universitario Virgen del Rocío, consistente en las muestras de heces para parásitos solicitadas durante cuatro años en pacientes pediá-

tricos de centros de salud de Sevilla. Se han recogido 14.644 muestras de heces.

Resultados y conclusiones: De las 14.644 muestras recogidas, el 9,53% resultaron positivas para parásitos, de las que el 1,72% fueron identificadas como *Hymenolepis nana*.

El 95,83% de estos pacientes tienen una edad comprendida entre los 7 y los 11 años, el 100% son inmigrantes, fundamentalmente africanos y sudamericanos, y son detectados como parte del estudio inicial que se realiza en estos niños, estando clínicamente asintomáticos. En el 83,34% de los casos no consta el tratamiento realizado, mientras que el 8,33% ha realizado tratamiento con metronidazol, mientras que el 8,33% restante ha recibido metronidazol y mebendazol conjuntos.

La frecuencia de *Hymenolepis nana* en nuestra población es baja, y debida fundamentalmente a pacientes inmigrantes. En el caso de los que recogen el tratamiento realizado, ninguno recibió el antimicrobiano de elección, aunque todos negativizaron las heces posteriormente. Los datos recogidos en las historias clínicas son claramente insuficientes, lo que unido a la baja frecuencia de consultas recogidas dificulta el estudio.

P-073

CRISIS COMICIAL SECUNDARIA A HIPOGLUCEMIA GRAVE COMO MANIFESTACIÓN DE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

Gutiérrez González, M.; Cambrón Carmona, M.D.L.Á.; Arroyo Díez, F.J.; Prieto Mayoral, Á.; Ambrojo López, B.; Mangas Marín, I.; Ramiro Mateos, L.; Ledesma Albarrán, M.V.; Rivas Medina, M.; Salas De Miguel, C.
Hospital Perpetuo Socorro y Materno-Infantil, Badajoz, España

Anamnesis: Lactante de 11 meses, sin antecedentes personales de interés, que ingresa por crisis comicial secundaria a episodio de hipoglucemia grave, en contexto de infección respiratoria.

Exploración clínica: A la exploración destaca una hiperpigmentación cutánea de predominio genital y peribucal. Una hipospadia, con pene de pequeño tamaño. Resto de exploración normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Analítica sanguínea coincidiendo con hipoglucemia: Estudio endocrinológico: Cortisol <0,2 ug/dl, ACTH 6079 pg/ml. Insulina, GH, IGFBP-3, péptido C normales. 17-hidroxiprogesterona 0 ng/ml, DHEA < 0,1 ug/dl, testosterona < 0,12 ng/ml, androstendiona <0,3 ng/ml, progesterona < 0,2 ng/ml, renina 143,4 mUI/ml, anticuerpos frente corteza adrenal negativos. Estudio metabólico: Amonio, Láctico, piruvato, aminoácidos, acilcarnitinas, ácidos orgánicos en suero y sustancias reductoras en orina normal.
- Gasometría venosa e ionograma normal.
- Ecografía y RM abdominal: sin hallazgos.

Ante el resultado analítico de hormonas contrarreguladoras y esteroides suprarrenales se establece el diagnóstico de crisis adrenal sin afectación mineralcorticoidea en paciente con insuficiencia suprarrenal primaria crónica. Se inició tratamiento con Hidroaltesona (16 mg/m2/día) con evolución favorable y seguimiento de forma ambulatoria en consultas de Endocrinología. Actualmente pendiente de esclarecer la etiología de la insuficiencia suprarrenal primaria.

Conclusiones:

- El diagnóstico etiológico de las hipoglucemias precisa de un estudio orientado, descartando causas endocrinas y metabólicas.
- Una de las causas de hipoglucemia a valorar es la insuficiencia suprarrenal. En los casos en los que se objetivan unos niveles de cortisol francamente disminuidos, el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal está confirmado. Si además, obtenemos una ACTH aumentada se trataría de una insuficiencia primaria, como en nuestro paciente. Se debe intentar llegar a esclarecer la etiología de la misma, descartando la hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 21hidroxilasa, de diagnóstico muy precoz, en la que destaca un aumento 17-hidroxiprogesterona, no presente en nuestro paciente.
- El tratamiento de la insuficiencia suprarrenal se basa en la hidrocortisona como sustitutivo al cortisol.

P-074

DÉFICIT DE GLUCOSA-6-FOSFATO-DESHIDROGENASA: UNA ANEMIA DE CAUSA POCO FRECUENTE

Romero García, C.; López Torija, I.; Marco Sánchez, J.M.; Martínez Pereira, A.; García Salamanca, Y.Á.; González Prieto, A.; Riesco Riesco, S.; Mendoza Sánchez, M.D.C.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Anamnesis: Varón de 11 meses que consulta por un cuadro de 24 horas de evolución de coloración pálido-ictérica con febrícula de 37,9°C y decaimiento. No pérdida de peso, ni sangrados. No coluria ni acolia. No otra sintomatología. Fue un recién nacido a término con ictericia neonatal que no precisó fototerapia.

Exploración clínica: Frecuencia cardíaca 180 lpm, frecuencia respiratoria 40 rpm, Saturación oxígeno 89%, temperatura 37,2°C, tensión arterial 107/52 mmHg. Regular estado general, coloración ictérica generalizada y conjuntival. No petequias ni exantemas. Tiraje subcostal con buena entrada de aire. Abdomen sin megalias. Ganglionar sin patología.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Tras estabilización inicial se realiza analítica destacando en el hemograma Hb 5,5 g/dl, VCM 88,5 fL, hematíes $1,92 \times 10^6/\text{mm}^3$, reticulocitos $119,50 \times 10^9/\text{L}$, serie blanca y plaquetaria normal. La bioquímica muestra bilirrubina total 8,46 mg/dl, bilirrubina indirecta 8,03 mg/dl, LDH 989 U/l, haptoglobina disminuida de 8,31 mg/dl, transaminasas e iones normales, gasometría y coagulación normales. Se completa estudio mediante la realización de Coombs directo (negativo), y extensión de sangre periférica, donde destacan microesferocitos y excentrocitos. Rehistoriando a la familia refieren ingesta de habas el día previo y la semana previa. Se realiza determinación enzimática previa a la transfusión donde se muestra un déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa. Se inicia tratamiento con sueroterapia y ácido fólico con evolución favorable y alta a los 7 días del ingreso.

Conclusiones: Las anemias hemolíticas por déficit enzimático constituyen una entidad poco frecuente en Pediatría. Es importante pensar en ellas ante un paciente que se nos presenta con una crisis hemolítica aguda con test de Coombs negativo. El déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa puede

desencadenar clínica tras la ingesta de alimentos como las habas o medicamentos, por lo que resulta fundamental incluir esta evaluación en la anamnesis, así como realizar la determinación enzimática previa a la transfusión o tres meses después.

P-075

LA PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH EN LA CONSULTA DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA

Romero García, C.; García Salamanca, Y.Á.;
Marco Sánchez, J.M.; Martínez Pereira, A.; Pavón López, T.;
Criado Muriel, M.C.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Objeto del trabajo: La púrpura de Schönlein-Henoch es la vasculitis más frecuente en la infancia, con una incidencia de 20,4/100000 niños al año. Consiste en el depósito de IgA en los pequeños vasos y presenta manifestaciones especialmente en piel, aparato digestivo y riñón. La manifestación clínica de nefropatía más frecuente es la microhematuria. La afectación renal ocurre en un 25-50% de los niños, y es variable y fluctuante. Su curso generalmente es autolimitado pero depende de la morbilidad renal a largo plazo (insuficiencia renal, hipertensión, proteinuria...), por lo que requiere seguimiento por parte de Nefrología.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo utilizando una base de datos de los pacientes con púrpura de Schönlein-Henoch con seguimiento por parte de la consulta de Nefrología Pediátrica de nuestro centro entre los años 2010 y 2018. Se han recogido un total de 27 pacientes. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y terapéuticas y se han analizado mediante el programa SPSSv22.

Resultados y conclusiones: La media de edad del debut de la púrpura fue de 6,98 años (desviación estándar de 2,34 años). Del total de pacientes, un 56% fueron género femenino. El 100% tuvieron manifestaciones cutáneas, el 81,5% artralgias (principalmente tobillos) y el 88,9% síntomas digestivos. En la analítica de orina al debut presentaron hematuria un 74% (un 73% de la cual fue microscópica) y proteinuria un 37%. Un 7,4% de los pacientes presentaron síndrome nefrótico a lo largo del seguimiento, y el 3,7% presentó hipertensión arterial. A dos pacientes se les tuvo que realizar biopsia renal. En cuanto al tratamiento, un 18,5% precisó corticoides durante su debut y/o seguimiento. El 7,4% precisaron inmunosupresores (ciclosporina) por proteinuria. Durante la evolución un 25,9% desarrolló microalbuminuria en algún momento, y tuvieron que usar IECA (inhibidores de la convertasa) el 14,8% del total.

P-076

ENFERMEDAD POR HIPERPLASIA DE CÉLULAS NEUROENDOCRINAS

Romero García, C.; Martínez Pereira, A.;
García Salamanca, Y.Á.; Marco Sánchez, J.M.; Aparicio Ríos, P.;
Aparicio Fernández De Gatta, C.; Barajas Sánchez, M.V.;
Sánchez Vélez, M.T.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Anamnesis: Varón de 8 meses que ingresa procedente de Urgencias por episodio de dificultad respiratoria de varios días de evolución. Refiere polipnea a 90 rpm y pico febril de 38,9

C, posteriormente afebril. Fue un recién nacido con periodo neonatal normal.

Exploración clínica: Frecuencia respiratoria: 72 rpm. Frecuencia cardíaca: 141 rpm. Saturación de oxígeno: 95% (con oxigenoterapia a 2 lpm). Buen estado general. Normocoloreado. Trabajo respiratorio con tiraje intercostal y subcostal. Buena entrada de aire bilateral con subcrepitantes en ambas bases. Resto sin interés.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza radiografía torácica (engrosamiento manguitos peribronquiales sin evidencia de consolidaciones parenquimatosas ni enfermedad pleural aguda). Hemograma (normal), gasometría (pH 7,37, pCO₂ 38 mmHg, Exceso de bases -0,70 mmol/L bicarbonato 33 mmol/L), bioquímica (normal), reactantes de fase aguda (normales). Se administró oxigenoterapia y salbutamol nebulizado, persistiendo polipnea a 70 rpm e hipoxemia de predominio nocturno. Virus respiratorios negativos. Se realizó ecocardiograma (normal) para descartar causa cardiológica. Se realiza TAC de alta resolución (áreas de aumento de densidad parenquimatosa de distribución bilateral, en vidrio deslustrado, con predominio en regiones centrales, existiendo mayor afectación en lóbulo medio y lingula) compatible con enfermedad intersticial, concretamente con hiperplasia de células neuroendocrinas. Se pudo dar de alta tras dos semanas con buena evolución por lo que no precisó más pruebas, pautando oxigenoterapia domiciliaria para mantener adecuadas saturaciones.

Conclusiones: La hiperplasia de células neuroendocrinas configura un tipo de enfermedad intersticial a tener presente en el diagnóstico diferencial del lactante con taquipnea persistente. Es un cuadro de taquipnea, hipoxemia especialmente nocturna, dificultad de la ingesta y alteración del desarrollo pondero-estatural. El diagnóstico es con TAC, siendo el diagnóstico confirmatorio con la biopsia pulmonar en casos de mala evolución. El tratamiento es la oxigenoterapia, con buen pronóstico posterior (podría retirarse al cabo de unos años si la evolución es favorable).

P-077

PREDISPOSICIÓN Y VALIDACIÓN DEL USO DE WHATSAPP COMO MÉTODO DE COMUNICACIÓN CON FAMILIAS

Amado Puentes, A.; Pereiro Fernández, S.; García Alonso, L.
Amado Clínica Pediátrica, Pontevedra, España

Objeto del trabajo: Whatsapp es la principal aplicación de mensajería instantánea. Existe un creciente interés en el estudio de esta y otras formas de comunicación en la relación médico paciente. Nuestro objetivo fue evaluar patrones de utilización de whatsapp por parte de las familias y determinar su grado de satisfacción con este método de comunicación.

Material y métodos: Estudio descriptivo y de investigación cualitativa en una clínica pediátrica de Atención Primaria. La clínica proporcionó acceso a 3 pediatras vía whatsapp (Whatsapp Business) a una serie consecutiva de familias de pacientes, previa firma de un consentimiento informado. Se recogieron datos acerca de las variables de los mensajes y el grado de aceptación de las familias.

Resultados y conclusiones: La mayoría de las consultas se recibieron en días laborables (88,3%) y en horario de mañana

(53,7%). El 70% de las consultas se resolvieron satisfactoriamente sin necesidad de valoración presencial. El tiempo de respuesta fue de menos de una hora en el 80% de los casos. Se envió a una encuesta de satisfacción objetivándose una gran aceptación por parte de las familias.

Conclusiones: Los patrones de utilización de esta forma de comunicación y los comentarios de las familias que utilizaron el servicio demuestran que es un método que puede mejorar la comunicación con los pacientes. Dada la naturaleza de un cuidado basado en la familia y el carácter crónico de la mayoría de patologías en neuropediatría, los pediatras somos especialistas bien posicionados para transformar la atención sanitaria en este aspecto.

P-078

APROXIMACIÓN AL RASGO FALCIFORME DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Pastor Tudela, A.I.; González De La Rosa, A.;
Aguado Antón, R.; Llorente Pelayo, S.; Gutiérrez Buendía,
D.; Orizaola Ingelmo, A.; Arriola Rodríguez-Cabello, S.;
López Duarte, M.; Fernández Calderón, L.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Introducción: El cribado neonatal permite la detección pre-sintomática de trastornos potencialmente graves. La enfermedad de células falciforme (ECF) ha sido incorporada al programa desde el 2016 en nuestra comunidad. La técnica empleada es la Cromatografía Líquida de Alto Rendimiento (HPLC).

La ECF es una enfermedad genética autosómica recesiva definida por la presencia de hemoglobina S (HbS). Los individuos heterocigotos, tienen el llamado “rasgo falciforme” (fenotipo AS o AC), una condición benigna y asintomática. La prevalencia para portadores es de 1/230 recién nacidos (RN) vivos.

La confirmación de los casos positivos y el estudio de los padres, se realiza mediante Electroforesis capilar, HPLC o técnicas de Biología Molecular.

Objetivos: Analizar la prevalencia de los casos de portadores en nuestra comunidad desde el año 2016.

Determinar el mejor ámbito para la realización de pruebas de confirmación e información tras la detección del estado de portador.

Métodos: Hemos recogido el número total de cribados realizados a los RN de nuestra comunidad, analizando aquellos que han presentado resultado patológico en relación al cribado de ECF a partir de la base de datos de registro de cribado neonatal de nuestra comunidad autónoma desde el 1 de enero de 2016.

Por otro lado, se ha consultado la bibliografía actual del comité de expertos de ECF publicada en mayo de 2019.

Resultados: Se han obtenido un total de 13657 despistajes; 48 pacientes han presentado resultado positivo, considerando a 45 de estos, “rasgo falciforme”, que supone una prevalencia de 1/300 RN vivos.

En la bibliografía queda referenciada la idoneidad de su valoración en atención primaria.

Comentario: La prevalencia de “rasgo falciforme” descrita y que se confirma en nuestra serie, apoya la necesidad de

establecer como guía del paciente y su familia, al pediatra de atención primaria en coordinación con el Servicio de Hematología pediátrica.

P-079

DESCOMPENSACIÓN METABÓLICA SECUNDARIA A ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA

Polo De Dios, M.¹; Aparicio Ríos, P.¹; Mínguez Rodríguez, B.²;
Arévalo Martín, N.¹; Pavón López, T.¹; Sánchez
Magdaleno, M.¹; Domínguez Cendal, G.¹; Vegas Carrón, M.¹;
De Los Santos De Pelegrín, M.²

¹Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España;

²Hospital San Joan de Deu, Barcelona, España

Introducción: El diagnóstico de la alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV) es un reto diagnóstico, debido a la amplia variedad de síntomas y signos gastrointestinales. La importancia de una minuciosa historia clínica y exploración física detallada es el primer paso para el diagnóstico inicial de sospecha.

Caso clínico: Neonato de 19 días de vida, derivado de su Pediatra de Atención Primaria a su Hospital de referencia por deshidratación moderada, pérdida de peso de un kilogramo aproximadamente, deposiciones líquidas de una semana de evolución, en número de cuatro al día, sin sangre. No vómitos. No clínica respiratoria. Afebril. Toma lactancia materna a demanda. Diuresis conservada. En la exploración física se objetiva regular estado general, hipoactivo, aspecto distrófico, sequedad de mucosas, palidez de piel, normocoloreado de mucosas, signo del pliegue positivo. Se inician medidas de estabilización inicial y se extrae analítica sanguínea, en la que se objetiva: pH 7,32, Bicarbonato 15, Exceso de bases -8,5, Sodio 156 mmol/L, Potasio 3 mmol/L, Cloro 124 mmol/L, Glucosa 41 mg/dL, Creatinina 0,75 mg/dL, AST 14000 UI/L, ALT 898 UI/L, GGT 738 UI/L, Amonio 82 umol/L, Lactato 1,6 mmol/L, resto sin alteraciones. Entre los diagnósticos diferenciales se piensa en APLV, por lo que ante la gravedad de la situación clínica se comienza con una fórmula elemental. Se realizan diferentes pruebas complementarias para despistaje de otras enfermedades, siendo todas ellas negativas. La buena evolución de nuestro paciente con la fórmula elemental con mejoría de los parámetros analíticos nos orienta hacia el diagnóstico de APLV.

Conclusión: La alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV) es la alergia alimentaria más frecuente en el periodo de lactantes. Ante la gravedad del cuadro clínico se pensó en primer momento en un síndrome de enterocolitis inducido por proteínas (FPIES), pero nuestro paciente no cumplía criterios.

P-080

ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Balseiro Campoamor, M.; Barchino Muñoz, L.M.; Gallego
Fernández, C.S.; Galindo Doncel, G.; Ruiz Díaz, A.I.; Mesa Del
Castillo Payá, M.; Blumenfeld Olivares, J.A.; Reques Cosme, R.
Hospital El Escorial, San Lorenzo de El Escorial, España.

Anamnesis: Niño de 2 años que acude a urgencias por episodio de desconexión al despertarse, con palidez, mirada

fija y sin respuesta a estímulos durante 1 minuto. Después más reactivo pero con respuestas lentas durante 1 h. Ingesta abundante de agua al despertarse. Última ingesta (tortilla, jamón y yogur) 12 horas antes de comenzar con los síntomas. No antecedentes de interés.

Exploración clínica: Regular estado general. Mucosas secas. Palidez cutáneo-mucosa generalizada. Neurológico: No signos meníngeos. No rigidez de nuca. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Pares craneales normales. Hipoactivo, responde a órdenes y preguntas pero de forma lenta, tendencia al sueño. No movimientos anormales. Glasgow 14. Resto normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se objetiva hipoglucemia de 45 mg/dl. Se canaliza vía periférica y se pauta bolo de suero glucosado 10% a 10 ml/kg.

Analítica: Glucosa 41 mg/dl, gasometría venosa pH 7,25 y bicarbonato 16,9 mmol/l, exceso bases -9,7 mmol/l, lactato 2 mmol/l y anión gap 15,5. Cetonuria >80 mg/dl.

Ingresa para observación. Tras bolo presenta hiperglucemia, después se inicia sueroterapia con glucosado 5% isotónico a basales con controles de glucemia normales. Mejoría progresiva de la exploración, no bradipsiquia, contento, activo, coloración normal, lenguaje normal. Se repiten controles de gasometría con normalización. Se amplía analítica inicial con cortisol: 29,5 µg/dl e insulina <1,6 µUI/ml.

Conclusiones: La glucemia es una de las constantes de mayor importancia en un niño con alteración del nivel de conciencia. El diagnóstico diferencial de hipoglucemia incluye enfermedades metabólicas, hiperinsulinismo, ingesta de tóxicos, alteraciones hormonales y otras patologías. En nuestro caso, dada la edad y la historia clínica el diagnóstico más probable es hipoglucemia cetósica idiopática de la infancia, que suele presentarse entre los 18 meses y los 5 años. La patogenia no está clara. El diagnóstico es de exclusión. Los episodios se pueden prevenir con dieta rica en proteínas e hidratos de carbono, evitando ayuno prolongado.

P-082

¿CON QUÉ SE RELACIONA LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN NUESTRO MEDIO?

Aparicio Ríos, P.¹; Polo De Dios, M.²; Expósito De Mena, H.²; Torres Peral, R.²; González Calderón, O.²; Romero García, C.²; Martínez Pereira, A.²

¹Atención Primaria Salamanca, Salamanca, España;

²Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Objeto del trabajo: La esofagitis eosinofílica (EEO) es una patología emergente. Son múltiples las hipótesis de asociación a diversos factores o desencadenantes, pero su etiopatogenia es desconocida. Describir las características de nuestra muestra nos puede ayudar a identificar alguno de ellos.

Material y métodos: Revisión de casos de EEO valorados en consulta de gastroenterología infantil entre Enero del 2015 y Enero de 2019, mediante un estudio descriptivo retrospectivo.

Resultados y conclusiones: 15 pacientes, con media de seguimiento 23,09 ± 11,51 meses. El 73,3% varones y media de edad 9,09 ± 3,13 años. El 33,3% diagnosticados en consulta de gastroenterología y el resto derivados fundamentalmente de

atención primaria 20% y urgencias 13%. Todos, salvo uno, son recién nacidos a término (53,3% eutócicos; 6,7% instrumentales y 40% cesáreas). El 20% recibió antibiótico en perinatal inmediato. 40% recibió lactancia materna exclusiva cuatro-seis meses. 20% antecedentes de EEO en algún progenitor y 50% de atopía. El 93,3% presenta patología de base: alergia alimentaria, asma y celiaquía principalmente. IgE sérica elevada en 81% y eosinofilia periférica 60%.

Sintomatología al diagnóstico: disfagia esofágica 60%, dolor abdominal 40%, impactación alimentaria 33,3% y vómitos 20%. Diagnóstico incidental 26,7%. En la endoscopia diagnóstica, 60% presenta edema, 60% exudados, 46,7% surcos longitudinales, 13,6% traquealización, 6,7% estenosis. En las biopsias: 20% EEO distal y 66,7% EEO generalizada. Tratamiento inicial 66,7% inhibidores de la bomba de protones (IBP); 20% IBP y dieta sin gluten y 13,3% budesonida e IBP.

En nuestra muestra no hay predominio de ninguno de los factores perinatales barajados en la etiopatogenia. Se objetiva relación con los antecedentes personales de alergia alimentaria, elevación IgE y eosinofilia periférica. Aunque la clínica predominante es la disfagia esofágica, en un porcentaje reseñable el diagnóstico es tras impactación o por sintomatología inespecífica, lo que nos indica que la sospecha diagnóstica debe ser alta.

P-083

MASTOIDITIS POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* Y *FUSOBACTERIUM NECROPHORUM* SECUNDARIA A OTITIS REFRACTARIA A AMOXICILINA

Gutiérrez Gutiérrez, M.; Marquina Cintora, S.; Guillén Martín, S.; Larrán Jiménez, A.; Moreno Jiménez, D.; Bautista Lozano, D.

Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España

Anamnesis: Niño de 2 años traído a urgencias por eritema retroauricular de horas de evolución. Había presentado en los últimos tres días otalgia ipsilateral y fiebre acompañante, diagnosticado hacía 36 horas de otitis media aguda e iniciado tratamiento con Amoxicilina oral 90mg/kg/día, permaneciendo afebril.

Exploración clínica: Buen estado general, destacando inflamación en región mastoidea derecha dolorosa y despegamiento de pabellón auricular. En analítica: 14.530 leucocitos y PCR 233,6 mg/L. Fue valorado por ORL, realizando drenaje transtimpánico, y se inició tratamiento intravenoso con amoxicilina-clavulánico 100 mg/kg/día y prednisolona 1mg/kg/día. Ante ausencia de mejoría, se solicita TC craneal al tercer día, observando otomastoiditis derecha complicada con absceso subperióstico, por lo que se realiza mastoidectomía derecha, dejando drenaje y curas diarias. Evolución posterior favorable, alta hospitalaria tras completar 7 días de antibioterapia intravenosa. Se recogieron muestras para cultivo en ambos drenajes, creciendo en el primero *Staphylococcus aureus* y *Fusobacterium necrophorum*, ambos sensibles a amoxicilina-clavulánico.

Discusión: El *Fusobacterium necrophorum* es un patógeno emergente. Se trata de un bacilo gram negativo anaerobio que forma parte de la flora de la cavidad oral y, ocasionalmente,

puede causar una amplia variedad de infecciones de cabeza y cuello en pacientes inmunocompetentes, aumentando su aislamiento en probable relación con la mejoría de las técnicas de laboratorio. Además, se ha visto que se relaciona en la mastoiditis con una evolución tórpida, con mayor porcentaje de complicaciones y necesidad de mastoidectomía, pudiendo evolucionar hacia osteomielitis, síndrome de Lemierre y finalmente al shock séptico.

Conclusiones: Aunque el *Streptococcus pneumoniae* es el causante más frecuente de otitis media aguda y mastoiditis, es necesario tener en cuenta otros microorganismos patógenos, en especial en casos refractarios o de difícil manejo. Por lo tanto, el aislamiento microbiológico y la instauración precoz de antibioterapia dirigida son fundamentales para una adecuada resolución de los mismos.

P-084

RETRASO PSICOMOTOR Y GEN MECP2

Gutiérrez Sánchez, A.M.; Sala Fernández, L.; Marín Andrés, M.; Ferrer Aliaga, N.; Alcón Grases, M.; Peña Segura, J.L.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Introducción: El síndrome de duplicación MECP2 es un trastorno del neurodesarrollo ligado al X que afecta casi exclusivamente a varones. Su prevalencia es desconocida, aunque se estima que constituye el 1-2% casos con discapacidad intelectual ligada X. Deleciones y otras mutaciones en este gen producen otro trastorno que afecta fundamentalmente a las mujeres: el síndrome de Rett.

Caso clínico: Lactante de 6 meses, varón, remitido por su pediatra a la consulta de Neuropediatría por hipotonía axial y tendencia a mantener primer dedo de ambas manos aducido e incluido. En el seguimiento clínico en consulta se observa un importante retraso del desarrollo psicomotor. Se realiza ecografía transfontanelar a los 6 meses, TAC craneal a los 9 meses (en contexto de ingreso hospitalario por meningitis vírica) y analítica sanguínea para estudio neurometabólico (hormonas tiroideas, ácido fólico, vitamina B12, creatinquinasa, cobre, ceruloplasmina, homocisteína y transferrina deficiente en carbohidratos) que son normales. A los 20 meses se solicita estudio genético de X frágil (negativo) y ArrayCGH cuyo resultado a los 30 meses de vida es diagnóstico al objetivarse una duplicación patológica de la banda cromosómica Xq28 en el gen MECP2. Tras conocer el diagnóstico se amplía el estudio genético familiar, encontrándose que la madre, 2 tías maternas y la abuela materna son portadoras asintomáticas y un primo hermano con retraso del desarrollo psicomotor también presenta dicha duplicación.

Conclusiones: El gen MECP2 es un gen regulador fundamental en el buen desarrollo del sistema nervioso central. Duplicaciones en este gen dan lugar al síndrome de duplicación MECP2 que cursa con retraso psicomotor, discapacidad intelectual, epilepsia, escaso desarrollo del lenguaje, movimientos estereotipados de manos, rasgos del espectro autista y dificultad para la marcha, entre otros. Es importante llegar al diagnóstico etiológico en estos pacientes, ya que nos permitirá realizar un mejor seguimiento y dar un adecuado consejo genético.

P-085

METAHEMOGLOBINEMIA EN LACTANTE CON APLV

Calviño Molinero, J.

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Anamnesis: Lactante de 1 mes y medio que consulta a su pediatra por pérdida de peso en la última semana y regurgitaciones frecuentes en las tomas.

Exploración clínica: A la exploración presentaba regular estado general, desnutrida, aspecto caquéctico. Coloración de la piel azulada. Relleno capilar < 2 s Sin dificultad respiratoria. Cianosis peribucal con el llanto. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Resto de exploración normal

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realizaron radiografía de tórax, radiografía de abdomen, ecocardiografía y ecografía abdominal: normales.

Debido al color azulado de la piel se realizó gasometría venosa, en la que destacaba una acidosis metabólica con una metahemoglobinemia de 18,4%.

Ante este hallazgo de metahemoglobinemia y tras descartar cardiopatía y patología respiratoria, se sospecha APLV y se inicia alimentación con leche hidrolizada con mejoría de la clínica y de valores analíticos.

Se observa ganancia de peso adecuada y disminución progresiva de la acidosis y de la metahemoglobina. Peso al alta: 3.685 g (p7), ganancia de 350 g en una semana.

Aunque se sospecha metahemoglobinemia secundaria al cuadro de APLV, por la edad de la paciente se realizará estudio de metahemoglobinemia congénita.

Conclusiones: La Enterocolitis inducida por proteínas de la dieta (FPIES) es una alergia gastrointestinal no mediada por IgE producida por diferentes alimentos, en nuestro caso las proteínas de leche de vaca. Podemos clasificar el FPIES en agudo y crónico. La forma aguda cursa con vómitos tras 1-4 horas de la ingesta y suele estar relacionada con exposición intermitente del alimento. Suele asociar palidez, letargia y diarrea con sangre y moco. En casos graves: hipotensión, acidosis metabólica y raramente metahemoglobinemia.

En el FPIES crónico el niño suele ingerir los alimentos de forma diaria cursando con vómitos, diarrea acuosa y fallo de medro. Igualmente están descritas la acidosis metabólica y la metahemoglobinemia en FPIES agudo y crónico.

P-086

EXANTEMA PETEQUIAL POR PARVOVIRUS B19

Galiano Ávila, C.; Plácido Paías, R.; Montero Salas, A.;

Serrano Zamora, V.; Benegas Vaz, N.; Vaquerizo Vaquerizo, V.;

González Carracedo, M.J.

Hospital de Mérida, Mérida, España

Anamnesis: Niña de 13 años, sin antecedentes personales de interés y bien vacunada, que consulta por exantema generalizado de 24 horas de evolución, en tronco y extremidades. Afebril y sin otros síntomas de infección concomitante.

Exploración física: Las constantes vitales se encuentran dentro de la normalidad. A la exploración destacan buen estado general, exantema micropetequial confluyente pruriginoso en tronco, antebrazos y miembros inferiores, de predominio en pliegues y cara anterior de los mismos. No tiene

habones ni signos de sangrado activo. El resto de la exploración sistemática es normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realizó una analítica urgente con hemograma (las tres series fueron normales, con predominio de monocitos), bioquímica (normal, Proteína C Reactiva 8 mg/l) y coagulación (normal). Ante sospecha de etiología vírica, se solicitó serología, siendo finalmente positiva para Parvovirus B19 (IgM positiva, IgG negativa).

Conclusiones: Las petequias se producen por extravasación de la sangre, siendo lo más característico que no blanquean a la digitopresión. Cualquier exantema petequeal o purpúrico es un signo de alerta que requiere una atención urgente, siendo lo más importante valorar el estado general del niño, así como otros datos que puedan hacernos sospechar una infección bacteriana grave de fondo, como una meningococemia. La ausencia de fiebre y el buen estado general de nuestra paciente, permiten realizar un diagnóstico diferencial encaminado hacia etiologías banales como infecciones víricas o vasculitis. El Parvovirus B19 es el único parvovirus que causa enfermedad en los seres humanos, y pese a que el exantema típico es el eritema infeccioso o quinta enfermedad, pueden aparecer formas atípicas que simulan una vasculitis sistémica. El diagnóstico lo confirma la serología, con positividad de la IgM.

P-087

PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA INFECCIÓN OSTEoARTICULAR EN LA INFANCIA. REVISIÓN DE CASOS

Pérez González, D.; Gómez Arce, A.; Caldeiro Díaz, M.J.; Jiménez Montero, B.; Álvarez Álvarez, C.; García Alfaro, M.D.; Pérez Gómez, L.; Ansó Mota, M.; Justel Rodríguez, M.; Santos Lorente, C.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Introducción y objeto del trabajo: 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 en fase aguda y secuelas de manera posterior, por lo que es importante realizar un diagnóstico e inicio de tratamiento temprano con el fin de disminuir la comorbilidad asociada. Realizamos una revisión de la clínica que presentan las IOA para su identificación precoz.

Material y métodos: Llevamos a cabo un análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes dados de alta de planta de pediatría con el diagnóstico de IOA entre 2008 y 2018.

Resultados: Obtenemos una muestra de 112 pacientes (57 OM, 42 AS, 13 EP), con predominio masculino y una edad media de 4,83 años ($\pm 4,41$). La localización más frecuente fue en miembros inferiores (70%), seguida de columna vertebral (14%). Entre un 12 y 13% de los pacientes presentaban herida cutánea o traumatismo reciente, mientras que un 34% habían padecido infección sistémica reciente, principalmente del área ORL. El síntoma inicial principal fue el dolor localizado (49%), seguido de la impotencia funcional (39%), presentando varios pacientes ambos síntomas al inicio del cuadro. El tiempo de evolución medio hasta el diagnóstico fue de 8 días ($\pm 8,51$), siendo este mayor en las EP (16,11 días; $\pm 10,01$). Al ingreso, el dolor y la impotencia funcional seguían siendo los síntomas

más frecuentes (91% y 83% respectivamente), mientras que otros signos como la fiebre o afectación local (inflamación, calor, eritema) se describían en un 63%.

Conclusiones: Es importante conocer y sospechar las IOA a fin de establecer un diagnóstico e inicio de tratamiento precoz. El dolor localizado e impotencia funcional son los síntomas fundamentales en nuestra muestra. No podemos descartar IOA en episodios afebriles o ausencia de signos de afectación local.

P-088

LESIONES AMPOLLOSAS EN CARA Y CUELLO

Aparicio Fernández De Gatta, C.; Benito Clap, E.; Morales Moreno, A.; García Iglesias, D.; Romero García, C.; Sanz Rueda, L.; García Lorente, M.; Bajo Delgado, A.F.; Sánchez Granados, J.M.; González Calderón, O.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Anamnesis: Varón de 6 años con lesiones ampollas de 5 días de evolución en hemicara y cuello derechos, pruriginosas y con dolor intenso a la palpación. Tratado secuencialmente por su pediatra con corticoide y Mupirocina tópicos, y Amoxicilina-Clavulánico 50mg/kg/día vía oral. Una dosis vacuna Varicela. Varicela pasada a los 3 años.

Exploración clínica: El paciente presenta lesiones vesículo-ampollas sobre base eritematosa bien delimitada en hemicara derecha, cuello y región infraclavicular derechas, con alguna lesión costrosa melicérica. No lesiones en alas nasales. Eritema e inflamación en pabellón auricular con otoscopia normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza PCR de las lesiones, con resultado Varicela Zoster positivo. Se diagnostica de Herpes Zoster diseminado tercera rama del trigémino, C2 y C3. El servicio de Otorrinolaringología descarta hipocausia y confirma la normalidad de la otoscopia. El servicio de Oftalmología indica actitud expectante ante aparición de lesión aislada sobre ceja contralateral.

Recibe tratamiento con Aciclovir intravenoso durante 5 días, además de analgesia intravenosa, mupirocina tópica en zonas impetiginizadas y fomentos con sulfato de zinc, evolucionando favorablemente.

Conclusiones: El Herpes Zóster se trata de una reactivación del virus de la varicela. El virus permanece latente en ganglios sensoriales de las raíces dorsales de la médula espinal o de los pares craneales, y cuando disminuye la inmunidad celular este se reactiva. Es un exantema eritemato-vesiculoso con distribución metamérica. El diagnóstico comienza con la sospecha clínica y se confirma con una PCR positiva de las lesiones para virus Varicela Zóster. El tratamiento es sintomático, pero en ocasiones es necesario el tratamiento con Aciclovir oral o intravenoso.

P-089

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DE TROMBOFILIAS EN EL ICTUS PRESUMIBLEMENTE PERINATAL

Ferrín Diáñez, A.¹; López Vargas, E.¹; Manzanares Santos, S.¹; Aroca Aguilar, E.M.¹; Fernández Ruiz, L.¹; Calviño Molinero, J.¹; Hernández García, E.¹; Sánchez Bautista, A.I.²; García Moyano, I.D.V.²; Fernández Ramos, J.A.¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España;

²Centro de salud Fuensanta, Córdoba, España

Caso 1:

- **Anamnesis:** Niña de 2 años que acude a consulta porque su madre objetiva marcha con arrastre de miembro inferior izquierdo desde que camina (alrededor de 1 año). No antecedentes perinatales de interés.
- **Exploración:** Marcha con equino de pie izquierdo, discreta hipertonia miembro inferior izquierdo. ROT no exaltados.
- **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** RM craneal: Disminución sustancia blanca periventricular derecha, sugestivo de hipoxia-anoxia perinatal. Portadora en estado heterocigoto de mutación G20210A en gen de Protrombina.

Caso 2:

- **Anamnesis:** Lactante mujer de 6 meses que acude porque sus padres refieren que moviliza menos la mano derecha y mantiene la inclusión del pulgar. No antecedentes perinatales de interés.
- **Exploración:** Hemiparesia derecha, puño con inclusión del pulgar, discreta hipertonia en hemicuerpo derecho.
- **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** RM craneal. Lesión porencefálica en territorios de arterias cerebrales media y posterior izquierdas. Déficit de Antitrombina III.

Caso 3:

- **Anamnesis:** Lactante mujer de 7 meses que consulta porque su madre ha observado que solo utiliza la mano izquierda con escasa movilización del miembro superior derecho. AF: madre portadora de trastorno de coagulación. No otros antecedentes perinatales de interés.
- **Exploración:** Hemiparesia derecha con leve hipertonia de flexores de predominio braquial.
- **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** RM craneal. Lesión porencefálica en territorio de arteria cerebral media izquierda. Portadora en estado heterocigoto de mutación c.*97G>A en gen de Protrombina.

Conclusiones: El ictus presumiblemente perinatal ocurre entre las 20 semanas de vida fetal y los 28 días de edad postnatal. La sintomatología se manifiesta en el 90% de los casos en los 3 primeros días de vida. En ausencia de un evento centinela es conveniente realizar un estudio de trombofilias, ya que, según la literatura, se ha descrito una incidencia de trastornos protrombóticos de entre un 19-48% en estos pacientes.

P-090**SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A LEISHMANIASIS VISCERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Jiménez Moreno, M.; Pérez - Torres Lobato, M.D.R.; Queralt García De Góngora, M.; Martín Talavera, M.; Iglesias Barroso, M.; Sánchez González, A.; Jiménez Cabeza, S.; Tapia Trujillo, E.; Falcón Neyra, D.; Neth, O.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

La fiebre es el primer motivo de consulta en pediatría, planteando un desafío diagnóstico y terapéutico.

Lactante de 6 meses, sin antecedentes de interés, con fiebre intermitente de 1 mes de evolución, continúa en los últimos 8 días. Asociaba clínica catarral. Había tomado amoxicilina sin presentar mejoría.

A la exploración palidez mucocutánea y hepatoesplenomegalia.

En Urgencias se objetiva anemia, trombocitopenia, neutropenia y PCR 117 mg/dl. Radiografía de tórax y orina normales. Ingresa con ceftazidima y se solicitan:

- Triglicéridos 371 mg/dl, ferritina 614 ng/ml, LDH 398 U/L, GPT 9 mU/ml. Fibrinógeno 1,2 g/L.
- Ecografía con hepatoesplenomegalia. Serologías negativas excepto CMV IgG positivo. Citometría de flujo normal. PCR a leishmania negativa en sangre periférica, positiva en médula ósea (MO). Biopsia de MO: leishmania con actividad hemofagocítica. Cultivos negativos. CD25 e IgG elevados, subpoblaciones linfocitarias y anticuerpos antigranulocitos normales.

Se diagnostica de leishmaniasis visceral y síndrome hemofagocítico (SHF) secundario. Recibe anfotericina B liposomal con respuesta clínica y analítica completa.

El SHF consiste en la activación y proliferación de linfocitos TCD8, Células Natural Killer y macrófagos con sobreproducción de citoquinas. Su incidencia es de 0,12 a 1 caso por 100.000 al año. Puede ser primario (genético) y secundario a infecciones, neoplasias, enfermedades inmunes y metabólicas. En las infecciones destacan virus (VEB) y secundariamente bacterias o parásitos (leishmania).

Cada año se producen 1.000.000 de nuevos casos y 30.000 defunciones por leishmaniasis. Su asociación con el SHF es poco usual en pediatría (17%).

El diagnóstico de SHF requiere 5 de 8 criterios. El de leishmaniasis el aislamiento del microorganismo en bazo, MO o hígado. La serología es negativa al diagnóstico en el 20%. La PCR en sangre periférica y MO resulta útil.

El tratamiento del SHF primario son quimioterápicos. En las formas secundarias la anfotericina B liposomal suele ser curativa. En casos severos se asocian esteroides.

P-091**NEFROPATÍA CICATRICIAL ADQUIRIDA: NO SOLO SE DEBE PENSAR EN REFLUJO**

Marco Sánchez, J.M.; García Salamanca, Y.A.; Romero García, C.; Martínez Pereira, A.; Criado Muriel, C.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Anamnesis: Presentamos 2 casos clínicos de pacientes con nefropatía cicatricial adquirida (NCA) adquirida secundaria a pielonefritis aguda (PNA) de repetición por hábito miccional retentor: una paciente de 10 años y otra de 4 años. Su motivo de derivación a las consultas de Nefrología Pediátrica fue, en ambos casos, la presencia de PNA de repetición. No referían antecedentes familiares ni personales de interés.

Exploración clínica: No se encontraron hallazgos significativos.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Tras insistir en la realización de micciones adecuadas e ingesta abundante de líquidos desapareció el hábito retentor, y con él, la recurrencia de las PNA. Como parte de su estudio, se les realizó a ambas pacientes un control ecográfico para descartar alteraciones anatómicas, que fue normal. Aun así, a la paciente de 4 años se le realizó una cistografía en la que no se objetivaba reflujo vesicoureteral (RVU). La función renal fue adecuada en ambas pacientes. Por último, la gammagrafía renal (DMSA) realizada tras un año del último diagnóstico de PNA mostraba

en ambos casos una ausencia de captación en el polo superior del riñón izquierdo, con una participación relativa del 70% en el riñón derecho y del 35% en el riñón izquierdo.

En la paciente de 4 años se inició profilaxis antibiótica, que fue suspendida al año de seguimiento, y actualmente sigue revisiones por nuestra consulta. La paciente de 10 años, por su edad actual, fue derivada a Nefrología de adultos para continuar el seguimiento.

Conclusiones: Como ya hemos podido comprobar, debido a su relación directa con el riesgo de PNA, el correcto vaciamiento de la vejiga urinaria y la adquisición de hábitos miccionales adecuados son medidas importantes para la prevención del desarrollo de la NCA. En la anamnesis, es fundamental preguntar sobre la presencia de hábitos miccionales inadecuados y la escasa ingesta de líquidos.

P-092

SOSPECHA DE SÍNDROME DE HORNER CONGÉNITO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodríguez García, A.; Obando Pacheco, P.;
Fernández Domínguez, B.; Roquette Reyes, P.
Hospital de la Merced, Osuna, España

Anamnesis: Lactante niña de 3 meses y medio que presenta desde el nacimiento ptosis parpebral de ojo izquierdo. Inicialmente fue valorado como edema parpebral y se atribuyó a la presentación en el parto, pero dada la persistencia de la clínica con aparición de anisocoria y heterocromía de iris, es derivada a Oftalmología. Acude al Servicio de Pediatría General tras revisión reglada del oftalmólogo, por sospecha de Síndrome de Horner congénito.

Exploración clínica: Buen estado general. Activa y reactiva. Bien hidratada y perfundida. No adenopatías patológicas. Fontanela anterior normotensa. Tras ciclopléjicos: anisocoria, estando pupila derecha midriática, izquierda media, ambas arreactivas a la luz. Iris derecho de color verde, izquierdo azul. Ptosis parpebral izquierda sin oclusión completa de dicho ojo hasta borde pupilar superior, impresiona de enoftalmos de ese ojo. Movimientos extraoculares conservados y normales. Piel: normocoloreada. No exantemas ni Petequias. Xerosis-ecema en hemicara izquierda, región frontal, con lesiones de rascado, sugestivo de anhidrosis. Auscultación cardiorrespiratoria: normal. Abdomen: normal. ORL: normal. SNC: normal (salvo lo referido sobre ambos ojos). No focalidad neurológica.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Ecografía transfontanelar: examen normal. No se aprecian signos de lesiones ocupantes de espacios. Ventriculos normales y línea media bien centrada.
- Ecografía abdominal: hígado, vesícula, bazo y riñones sin alteraciones. No líquido libre en cavidad. No evidenciamos masas en cavidad.
- Rx. P.A. Tórax: sin hallazgos patológicos.
- Se solicita Ác. Homovalínico y vanilmandélico en orina de 24 horas.

Conclusiones: Ante ptosis persistente en un neonato hay que realizar seguimiento estrecho y valorar posibilidad de Horner Congénito (ptosis, miosis, heterocromía, enoftalmos, anhidrosis). Dado que en un alto porcentaje la etiología del Síndrome de Horner Congénito es benigna / idiopática, de

momento en nuestro caso se continúa estudio ambulatoriamente, pero es fundamental descartar neuroblastoma como causa secundaria en edad pediátrica.

P-093

OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO DE COLELITIASIS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Barchino Muñoz, L.M.; Balseiro Campoamor, M.;
García Tello, B.; Herencias Nevado, A.; Galindo Doncel, G.;
Mesa Del Castillo Payá, M.; Reques Cosme, R.; Blumenfeld
Oliveras, J.A.; Ruiz Díaz, A.I.; Gallego Fernández, C.S.
Hospital de El Escorial, San Lorenzo de El Escorial, España

Anamnesis: Niña de 10 años que acude a Urgencias por dolor abdominal de una semana de evolución localizado en flanco derecho en los últimos 4 días. Náuseas y algún vómito ocasional. Hiporexia. Deposiciones 1 o 2 al día escasas de consistencia blanda. Astenia. Afebril. No viajes recientes.

Exploración clínica: Peso: 63 kg ($p > 99$). Tinte icterico facial y leve conjuntival. Abdomen blando, no distendido, dolor a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy negativo. Resto sin hallazgos.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

Análítica sanguínea: hemograma normal; bioquímica: bilirrubina total 5,5 mg/dl, bilirrubina directa 3,8 mg/dl, bilirrubina indirecta 1,7 mg/dl, GOT 68 UI/l, GPT 194 UI/L, GGT 265 UI/L, FA 579 UI/L, resto normal.

Ecografía: hallazgos sugestivos de coledocolitiasis a nivel de cabeza pancreática y en conducto cístico con dilatación de la vía intra y extrahepática y distensión de la vesícula biliar.

Se traslada a hospital de referencia para valoración por Cirugía Pediátrica. Ingresada durante 7 días con piperacilina-tazobactam y dieta absoluta hasta realizar CPRE (colangiopancreatografía-retrograda-endoscópica) colocando prótesis pancreática, no se consigue acceder a vía biliar, pendiente de nueva CPRE. Al alta, asintomática con normalización progresiva de parámetros analíticos.

Conclusiones: La coledocolitiasis es una patología infrecuente en la edad pediátrica. Aproximadamente, un 40% de los casos son idiopáticos, aunque existen causas infecciosas (*E. coli*), enfermedad hemolítica (esferocitosis hereditaria), obesidad, dislipemia, entre otras. Los cálculos pueden originarse en los conductos biliares o, más frecuentemente, emigrar desde la vesícula. La clínica más frecuente consiste en dolor abdominal y signos de obstrucción o infección (colestasis marcada, pancreatitis/colangitis). En cuanto al tratamiento, es prioritario la extracción del cálculo, normalmente mediante CPRE. Como medidas preventivas, es importante aconsejar al niño, como hábito de vida, una alimentación equilibrada, evitando el exceso calórico, adecuando el aporte de grasas a expensas, sobre todo, de ácidos grasos insaturados y rica en fibra no absorbible.

P-094

DERRAME PLEURAL EOSINOFÍLICO, UN HALLAZGO INFRECUENTE EN PEDIATRÍA

Barchino Muñoz, L.M.; Balseiro Campoamor, M.;
Serrano Aguado, C.; García Tello, B.; Galindo Doncel, G.;
Mesa Del Castillo Payá, M.; Reques Cosme, R.; Blumenfeld
Oliveras, J.A.; Ruiz Díaz, A.I.; Gallego Fernández, C.S.
Hospital de El Escorial, San Lorenzo de El Escorial, España

Anamnesis: Adolescente de 13 años que acude a Urgencias por dolor en hemitórax derecho de características pleuríticas de 4-5 días de evolución. No clínica catarral ni disnea. Afebril. No síndrome constitucional.

Antecedentes personales: Asma bronquial sin tratamiento de base y osteocondritis necrotizante de cóndilo femoral interno izquierdo.

Exploración clínica: Buen estado general. No signos de dificultad respiratoria. Auscultación: Hipoventilación en base derecha. Resto sin hallazgos de interés.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

Radiografía de tórax: infiltrado en base derecha con pinzamiento de seno costofrénico derecho. Hemograma con eosinofilia que llegó hasta 14%, bioquímica con ionograma normal y PCR de 7,52 mg/dl.

Ante sospecha de neumonía no clasificable con sospecha de derrame, se inicia tratamiento antibiótico empírico con cefotaxima intravenosa y azitromicina oral. A las 48 horas, empeoramiento radiológico con aumento del derrame pleural cuantificado por ecografía de tórax en torno a 4,4 cm. Clínicamente estable, afebril. Se decide traslado a hospital de referencia para valoración y estudio del derrame pleural.

Ingresado en UCIP durante 24 horas realizando toracocentesis diagnóstica; líquido de características eosinofílicas y microbiología y serologías negativas. TAC destaca adenopatías inespecíficas en varias cadenas ganglionares. Mejoría y alta al quinto día. Seguimiento en Consultas de Reumatología e Infectología, marcadores inmunológicos negativos, permaneciendo asintomático.

Conclusiones: El derrame pleural eosinófilo se define como la presencia de más de un 10% de eosinófilos en el líquido pleural. Su incidencia es baja, siendo muy poco frecuente en niños. La etiología es diversa siendo las causas más frecuentes las infecciones y la presencia de sangre o aire en el espacio pleural. En derrames paraneumónicos, los eosinófilos suelen aparecer más tarde en la evolución, generalmente sobre las tres semanas. Es importante realizar estudios inmunológicos, serológicos y de extensión para descartar otras etiologías. El pronóstico depende de la etiología, no aumentando la gravedad por su presencia.

P-095

TEST DE USO DE UN GEL ÍNTIMO PEDIÁTRICO EN NIÑOS CON BALANITIS Y/O BALANOPSTITIS, BAJO PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Conte Visús, L.; Prudkin Giménez, L.; Salat Figueras, C.; Serra Baldrich, N.; Sánchez López, J.
Laboratorios Leti, Barcelona, España

Objeto del trabajo: Evaluación clínica de la eficacia y tolerancia de un gel íntimo pediátrico en niños con balanitis y/o balanopostitis, bajo práctica clínica habitual.

Material y métodos: 20 niños (3 meses - 12 años) con balanitis y/o balanopostitis. Los pacientes fueron tratados por el pediatra según práctica clínica habitual y al mismo tiempo se limpiaron la zona íntima con el gel pediátrico 2 veces / día durante 28 días. Para ello se procedió a humedecer con agua el área experimental y limpiarla usando una pequeña cantidad de producto. Enjuagar con abundante agua y secar bien sin

frotar. El pediatra realizó evaluaciones a día 0 (antes de aplicar el producto) y a día 28. Al final del estudio se contestó un cuestionario subjetivo.

Resultados y conclusiones: Tras el tratamiento clínico habitual y la higiene con el gel íntimo pediátrico durante 28 días, la irritación mejoró un 60%, la inflamación un 70%, el mal olor un 35%, el picor un 70%, el escozor un 60% y el dolor un 35% (diferencias estadísticamente significativas de todos los parámetros respecto a día 0; $p < 0,05$). El tratamiento prescrito por el pediatra funcionó correctamente y el gel no interfirió en el mismo. El 100% de voluntarios indicaron que el gel no altera el equilibrio entre piel y mucosas y que la higiene es eficaz, el 85% que no reseca la piel y notaron sensación de confort y bienestar y el 65% manifestaron un efecto calmante.

Basándose en los resultados y, en concordancia con la valoración pediátrica, se podría recomendar el uso del producto para la higiene ante la presencia de esta patología, acompañando al tratamiento médico. Todos los voluntarios evaluaron positivamente la eficacia del producto. Muy buena tolerancia del gel íntimo pediátrico.

P-096

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y LA ACEPTABILIDAD CUTÁNEA DE UNA CREMA HIDRATANTE Y CON PROTECCIÓN SPF20 EN NIÑOS

Prudkin Giménez, L.; Torra Ardévol, L.; Serra-Baldrich, N.; Sánchez-López, J.
Laboratorios LETI, Barcelona, España

Objeto del estudio: La dermatitis atópica es la enfermedad inflamatoria crónica y recidivante más frecuente en la infancia. Los agentes externos, y en particular la radiación solar, pueden intervenir en el desarrollo y exacerbación de la patología. Por esto, es fundamental hidratar, reparar y proteger la piel del niño atópico.

El objetivo principal del estudio es comprobar la eficacia hidratante y la aceptabilidad cutánea de una crema facial específica con protección solar SPF20 en voluntarios con piel atópica.

Material y métodos: Test realizado en 20 bebés y niños (6 meses-17 años) con piel atópica, a los cuales se les aplicó la crema facial con protección SPF20 durante 4 semanas en cara y cuello (evitando el contorno de los ojos y mucosas). Se realizó valoración de la aceptabilidad cutánea del producto mediante control pediátrico y dermatológico, al iniciar el estudio y después de 4 semanas de uso. A las 4 semanas de uso, los voluntarios evaluaron subjetivamente la eficacia y las cualidades cosméticas del producto en estudio.

Resultados y conclusiones: Según la valoración pediátrica y dermatológica, el producto tiene una aceptabilidad cutánea muy buena, ya que no percibieron efectos indeseados en ninguno de los voluntarios. Además, hubo un descenso estadísticamente significativo en la evaluación clínica de la sequedad del -52% ($p=0,0003$).

Todos los voluntarios manifestaron que alivia la sensación de sequedad e irritación, la piel se siente hidratada y nutrida con mayor flexibilidad y elasticidad. También disminuyó estadísticamente significativamente el picor (-89%, $p=0,0009$), tirantez (-97%, $p=0,0003$), irritación (-98%, $p=0,0002$) y una mejora de la hidratación (66%, $p=0,0006$).

Las características organolépticas fueron muy bien valoradas por parte de los voluntarios.

La crema facial con protección solar SPF20 específica para pieles atópicas, presenta una muy buena compatibilidad cutánea, es hidratante, disminuye clínicamente la sequedad y es muy bien valorada por los voluntarios.

P-097

TEST DE USO DE UN GEL INTRANASAL EN NIÑOS CON SEQUEDAD Y COSTRAS EN LA MUCOSA NASAL

Conte Visús, L.; Prudkin Giménez, L.; De Monserrat Ballvé, R.; Serra Baldrich, N.; Sánchez López, J.
Laboratorios Leti, Barcelona, España

Objeto del trabajo: Evaluación clínica de la eficacia y tolerancia de un gel intranasal en niños con sequedad y costras en la mucosa nasal.

Material y métodos: 24 niños/as (3-14 años) con sequedad y costras en la mucosa nasal. Se aplicó el gel intranasal en ambas fosas nasales durante 4 semanas, 2 veces/día (mañana y noche), mediante un suave masaje exterior. El pediatra y los voluntarios realizaron evaluaciones a día 0 (antes de aplicar el producto), a las 2 y a las 4 semanas.

Resultados y conclusiones: Tras 28 días de tratamiento se observó un descenso de la sequedad nasal (70%), costras (81%), obstrucción nasal (85%), rinorrea posterior (60%), trastornos deficitarios del olfato (100%), y un incremento del buen estado general de la mucosa nasal (56%). Al final del tratamiento, el porcentaje de voluntarios que percibieron mejora en los distintos parámetros estudiados fueron: sequedad nasal (100%), costras (93%), obstrucción nasal (96%), rinorrea posterior (88%), trastornos deficitarios del olfato (100%) y mejora del estado general de la mucosa (96%). La evaluación subjetiva de los pacientes a los 14 días, indicó que el 100% de voluntarios valoraron muy positivamente el incremento de hidratación y el descenso de tirantez, el 96% el incremento de la sensación de confort, protección y la facilidad de aplicación, y el 92% evaluaron una importante mejora general.

El gel intranasal en estudio ha demostrado mejorar significativamente todos los síntomas relacionados con la aparición de sequedad y costras en mucosa nasal. Esta mejoría ha sido percibida tanto por el pediatra como por el voluntario. El uso del producto ha mejorado la calidad de vida de los pacientes. Muy buena tolerancia. Testado bajo control pediátrico.

P-098

MI BEBÉ CON HECES ROJAS

Gómez-Limón Rivera, M.C.¹; Mayoralas, A.²

¹CS Barajas, Madrid, España; ²Hospital Ciudad Real, Ciudad Real, España

Anamnesis: Lactante sano de 3 meses de edad. Alimentación exclusiva de leche materna. Acude a consulta porque ha presentado dos deposiciones más blandas de lo habitual con restos patológicos de moco con sangre.

Exploración clínica: Buen estado general, bien hidratado y perfundido. Peso: 5.980 kilos. Talla: 58 cm. Buena ganancia ponderal. Febrícula de 37.3. Alimentación adecuada con tomas normales. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias, y que no impresiona de dolor a la palpación. Rui-

dos hidroaéreos conservados. No vómitos, pero si presenta regurgitaciones desde el nacimiento.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se solicita un coprocultivo siendo negativo tanto a virus como a bacterias. Analítica de sangre: hemograma y bioquímica en rango normal. IG E específica a proteínas vacunas, caseína y betalactoglobulina fueron normales. Se diagnosticó de una proctocolitis derivada de una alergia de proteínas vacunas no mediada por Inmunoglobulina E.

El tratamiento fue la retirada de la leche de vaca y derivados lácteos a la madre, con resolución de los síntomas del bebé.

Conclusiones: La alergia a proteínas vacunas puede estar mediada por Inmunoglobulina E o no. La proctocolitis es uno de los síntomas de la alergia a proteínas vacunas, generalmente la no mediada por inmunoglobulina E, la cual produce sobre todo síntomas digestivos. La resolución de los mismos es la retirada de la leche de vaca a la madre en el caso de lactancia materna o la sustitución por un hidrolizado en el caso de lactancia artificial.

P-099

DEFICIENCIA DE LIPASA ÁCIDA LISOSOMAL: UNA CAUSA POCO RECONOCIDA DE DISLIPEMIA Y DISFUNCIÓN HEPÁTICA

Marín Andrés, M.¹; Sala Fernández, L.¹; Gutiérrez Sánchez, A.M.¹; Alcón Grases, M.¹; Ferrer Aliaga, N.¹; García Jiménez, M.C.¹; Ros Arnal, I.¹; Cebolla Sanz, J.J.²

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España;

²Instituto de Investigación Sanitaria Aragón, Zaragoza, España

Anamnesis y exploración clínica:

- **Caso 1:** Varón de 22 meses remitido por su pediatra a la consulta de Enfermedades Metabólicas por hallazgo de hepatomegalia, esplenomegalia e hipercolesterolemia con enzimas hepáticas normales.
- **Caso 2:** Varón de 10 años remitido por su pediatra a la consulta de Enfermedades Metabólicas por hipertransaminasemia e hipercolesterolemia persistente desde los 3 años.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos

- **Caso 1:** Ante la sospecha de déficit de LAL se realiza estudio de actividad de LAL mediante biopsia de piel, constatándose muy disminuida en fibroblastos. Se confirma diagnóstico mediante estudio genético (dos mutaciones en heterocigosis en el gen LIPA). A los 2 años se inicia tratamiento con resinas, sustituyéndose 6 meses más tarde por estatinas dado la persistencia de hipercolesterolemia marcada, mejorando el perfil lipídico. Desde los 3 años presenta elevación de las enzimas hepáticas. A los 12 años se inicia tratamiento de sustitución enzimática con lipasa ácida recombinante humana normalizándose las enzimas hepáticas y el perfil lipídico.
- **Caso 2:** Ante la sospecha de déficit de LAL se realiza estudio de la actividad enzimática en sangre seca siendo indetectable. Se confirma mediante estudio genético (mutación en homocigosis en el gen LIPA). A los 11 años inicia tratamiento de sustitución enzimática con lipasa ácida recombinante humana normalizándose las enzimas hepáticas y el perfil lipídico.

Conclusiones: La deficiencia de lipasa ácida lisosomal (LAL) es una enfermedad rara, de herencia autosómica recesiva, debida a un error congénito del metabolismo lipídico a nivel del lisosoma. Ante dislipemia y/o hipertransaminasemia mantenidas con o sin hepatomegalia se debe sospechar la posibilidad de déficit LAL. La mejoría de las técnicas diagnósticas con la posibilidad de realizar estudio enzimático en sangre seca permite el estudio de la enfermedad de una forma mucho menos cruenta y accesible. La existencia de tratamiento enzimático hace más relevante el diagnóstico.

P-100

NO TODA COJERA ES SINOVITIS DE CADERA

García Tello, B.; Gallego Fernández, C.S.; Barchino Muñoz, L.M.; Balseiro Campoamor, M.; Serrano Aguado, C.; Reques Cosme, R.; Galindo Doncel, G.; Mesa Del Castillo Payá, M.; Blumenfeld Olivares, J.A.; Ruiz Díaz, A.I.
Hospital de El Escorial, San Lorenzo de El Escorial, España

Anamnesis: Niña de 2 años que acude a urgencias por cojera y molestias en pierna derecha desde hace un mes. Niegan traumatismo. Afebril. Valorada por su pediatra 3 semanas antes, se diagnostica de sinovitis de cadera y se pauta tratamiento antiinflamatorio y reposo sin mejoría.

Exploración clínica:

- Cadera derecha: Leve limitación de rotaciones interna y externa. Abducción, adducción, flexión y extensión normales. No lesiones cutáneas ni hematomas.
- Rodilla derecha: aumento de tamaño. No signos externos de inflamación. No lesiones cutáneas ni hematomas. Dolor a la movilización e incapacidad para la extensión.
- Marcha: cojera y posición antiálgica de pierna derecha.
- Resto normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Radiografía caderas: normal.
- Ecografía caderas: sin alteraciones.
- Radiografía rodilla izquierda: no alteraciones óseas, se aprecia edema importante de partes blandas.
- Analítica: Hemoglobina: 11,1 g/dl; Leucocitos: 12,10/mm3 con fórmula normal. Bioquímica sin alteraciones, PCR: 0,58 mg/dl.

Se diagnostica de artropatía de rodilla izquierda y se deriva a reumatología pediátrica donde realizan:

- Ecografía de rodilla y tobillo artritis con hipertrofia de partes blandas de rodilla, leve derrame en tobillo derecho.
- Líquido articular líquido de características inflamatorias con cultivo estéril.
- Analítica: VSG 4mg/dl, Factor-reumatoide negativo, ANAs negativos, HLAB27 negativo,
- Serologías (toxoplasma, citomegalovirus, mononucleosis, Hepatitis A y B) negativas y estudio de celiacía negativo.

Conclusiones: Aunque la sinovitis transitoria de cadera es la causa más frecuente de cojera en la infancia (niños entre 2-10 años), ante todo niño con cojera persistente que no responda bien al tratamiento, hay que realizar una exploración física minuciosa de todas las articulaciones de miembros inferiores y pruebas de imagen ya que puede haber otras patologías causantes del cuadro. Entre ellas, la artritis idiopática juvenil (de la que existen diversos tipos), enfermedad que no

es infrecuente a estas edades y que cursa con afectación de articulaciones y que también puede afectar a otros órganos.

P-101

TROMBOFILIA HEREDITARIA SINTOMÁTICA

López Rodríguez, G.; Porras Rodríguez, C.;
Martín Jaén, M.D.M.
Centro de Salud Nuestra Señora de Gracia, Carmona, España.

Anamnesis: Niña de 13 años con tumefacción y aumento de diámetro de la pierna izquierda.

- Por Eco-doppler se diagnostica de trombosis venosa profunda de la vena poplitea MII
- Se inicia tratamiento con heparina y posteriormente Aldocumar, realizando controles de INR en el centro de salud.
- Se programa estudio de trombología.
- Cuatro meses después y sin dejar el tratamiento anticoagulante comienza con un cuadro de vómitos, sin diarrea, ni fiebre que no ceden con tratamiento habitual.
- A los 4 días comienza con visión doble.
- Se deriva para descartar patología neurológica.

Exploración clínica:

- No se evidencian signos de focalidad neurológica.
- Auscultación cr normal.
- Abdomen blando y depresible, sin masa, ni visceromegalias.
- El resto normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos

- Informe de Oftalmología: Edema de papila severo con exudación peripapilar.
- TAC: normal.
- Punción lumbar: Salida de LCR hipertenso que mejora los síntomas.
- RNM: Trombosis de los senos venosos transversos y sigmoides.
- Estudio de Trombología: Trombofilia hereditaria por Mutación del Gen C677T de la MTHFR en estado heterocigoto.

Conclusiones: Niña de 13 años con una trombofilia hereditaria sintomática. Patología poco frecuente en pediatría.

Además de los controles que realiza en las consultas externas del hospital necesita atención periódica en la consulta de pediatría del centro de salud para atender la patología intercurrente propia de la edad, teniendo en cuenta que hace tratamiento con enoxaparina. Pero sobre todo atendemos la labilidad emocional secundaria al ingreso en el hospital, a un diagnóstico poco frecuente y la pérdida del curso escolar.

P-102

LA HIPOGLUCEMIA QUE NO VIENE EN LOS LIBROS

Martínez Fernández, M.; Queralt, M.; Iglesias, M.;
Jiménez, S.; Jiménez, M.; Cabezas, C.; Martín, M.;
Sánchez, A.; Tapia, E.; Moreno, M.D.M.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Antecedentes personales:

- Segundo gemelo. Edad Gestacional: 34 semanas. Nacimiento por cesárea electiva, presentación cefálica. Apgar 8/9/10. No precisa reanimación. Peso al nacimiento 2.240 gramos.

- Atresia de esófago congénita con fístula tráqueo-esofágica. Cierre de fístula en periodo neonatal. Reintervenido al año de vida para reconstrucción del tránsito mediante Esofagogastroplastia de Gavriliu.
- Portador de Gastrostomía endoscópica percutánea.

Historia Actual: Niño de 18 meses que ingresa por episodios de hipoglucemias repetidas de hasta 35 mg/dl medidas en glucemia capilar, acompañadas de sudoración y decaimiento. Ocurren de manera diaria desde hace 5 días, entre 60 y 90 minutos tras las comidas. Algunas se resuelven con suero oral y otras precisan glucagón intramuscular.

Exploración física: Buen estado general, sensorio despejado, adecuada hidratación, coloración y perfusión. Auscultación normal. Abdomen normal.

Procedimientos diagnósticos:

- Analítica en hipoglucemia: Glucemia 40 mg/dl. Iones, función hepática, hemograma, insulina, péptido C, ACTH, cortisol basal, GH, cetonemia, amonio, ácido láctico y pirúvico, ácidos grasos libres normales.
 - Orina: pH, iones, cetonuria y cuerpos reductores normales.
 - Test de ayuno nocturno de 9 horas: glucemia 57 mg/dl.
 - Gammaografía de vaciamiento gástrico: Vaciamiento gástrico acelerado compatible con Síndrome de Dumping.
- Juicio clínico: Síndrome de Dumping tardío.
Tratamiento: Medidas higiénico dietéticas.

Conclusiones: El Síndrome de Dumping es una complicación frecuente tras la cirugía esofágica, gástrica e intestinal. La alteración de la anatomía e inervación provoca una aceleración del vaciamiento gástrico que causa, entre otros síntomas, hipoglucemia postingesta. Su diagnóstico es clínico, aunque puede confirmarse con Test de Provocación o Gammaografía de vaciamiento. La mayoría de los pacientes responden al tratamiento dietético sin precisar farmacoterapia. Es importante incluirlo en el diagnóstico diferencial de hipoglucemia en pacientes postoperados, ya que es una causa evidente de la misma, detectable con una correcta anamnesis dirigida, no siendo necesario el estudio hormonal específico en este caso.

P-103

FENOTIPO ALBINO. CUÁNDO SOSPECHAR ENFERMEDAD Y AMPLIAR ESTUDIO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Pueyo Agudo, E.; De Santiago García-Caro, E.;
Cubiles Arillo, Z.; García-Caro García, E.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

Anamnesis: Niño de 7 meses, sin antecedentes personales de interés, que consulta en su Centro de Salud por catarro de vías altas. Acude acompañado por ambos progenitores; ambos con fenotipo mediterráneo (cabello, piel y ojos oscuros) destacando fototipo tipo I de Fitzpatrick en el niño. No tiene hermanos.

Exploración clínica: Exploración por aparatos normal. Percentil 25 de peso y 50 de talla. Cabello rubio, cejas y pestañas blancas, ojos azules-grisáceos y piel pálida con mucosas rosadas. Léntigos solares en piernas.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: En Atención Primaria, se realiza árbol genealógico llegando hasta familiares de 4 generaciones; abuelo de la madre con fenotipo albino. Ante la sospecha de albinismo oculocutáneo, se deriva para

estudio genético y valoración por Dermatología y Oftalmología.

A nivel oftalmológico destaca hipoplasia foveal y papilar típica de albinismo, así como estrabismo con tortícolis secundaria. A nivel dermatológico se descarta síndrome de Griscelli y Menkes (ambos cursan con cabello blanco-grisáceo y comorbilidades asociadas). El estudio genético que evidenció una mutación en heterocigosis del gen OCA2, que confirma el diagnóstico. Se amplía estudio a ambos progenitores que resultan portadores.

Conclusiones: La mutación genética de nuestro paciente condiciona un albinismo tipo A2, en el que hay producción de melanina pero con una pigmentación amarilla, lo cual confiere menor gravedad, con menor riesgo de desarrollar melanomas, aunque se asocia de forma casi constante a hipoplasia foveal y estrabismo. Es importante mantener correctos hábitos preventivos de fotoexposición, que deben ser igual de exhaustivos que en otros subtipos de albinismo, así como revisiones periódicas en oftalmología y dermatología.

Una correcta anamnesis y la realización de un árbol genealógico pueden poner sobre la pista de esta enfermedad, ya que los padres no comparten fenotipo al tener la condición de portadores.

P-104

UN TRAUMATISMO CONFUSO

Santiago Cortés, R.; Romagosa Sánchez-Monge, I.;
Escribano Sanz, P.; Tormo Sempere, Y.; Martínez Calvo, F.;
Alcon Grases, M.; Castejón Ramírez, S.; Úbeda Trujillo, R.;
Fernández Romero, B.; López Lahoz, P.
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Anamnesis: Presentamos el caso de un niño de 13 años que acudió inicialmente a nuestra consulta por dolor en talón y rodilla derecha de 3 semanas de evolución junto cojera desde hacía 5 días. Lo asociaba a una caída en la que se golpeó el pie. Además, hace unos 5 días presenta cojera. El dolor empeoraba con el ejercicio.

Exploración física: Exploración física inicial:

- Dismetría de EEII (más elevada pala ilíaca derecha con Galeazzi +) (ya observada en revisión 12 años).
- No inflamación ni hematomas en tobillo ni rodilla.
- No limitación en la movilidad de las articulaciones.
- Dolor a la presión en calcáneo pie derecho y en apófisis tibial anterior de rodilla derecha.

Exploración física durante la evolución:

- Dolor bajo glúteo derecho.
- Inflamación rodilla izquierda.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Varias radiografías de ambas extremidades inferiores.
- Analíticas sanguíneas: PCR, VSG negativos, HLA B27 positivo.
- Artrocentesis.
- En la consulta de Reumatología, para llegar a un diagnóstico se aúnan todos los hallazgos que han ido apareciendo. Ante un varón mayor de 6 años y menor de 16 con artritis que persiste más de 6 semanas con afectación de rodilla bilateral, talalgia (probable entesitis) y analítica con HLA B27 positivo; podemos decir que cumple criterios diagnós-

ticos de Artritis idiopática Juvenil relacionada con entesitis. Se instaura tratamiento inicial con Metotrexato.

Conclusiones: Podemos concluir que no todos los dolores osteoarticulares pueden ser atribuidos a un traumatismo.

P-105 SÍNDROME DE MARSHALL, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Pérez García, C.¹; López Mármol, A.B.²; López Mármol, R.³; Casero, M.⁴; Luque Salas, M.⁴

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España; ²Centro de Salud Carlos Castilla del Pino (Córdoba). IHP Córdoba., Córdoba, España; ³Hospital Costa del Sol (Marbella), Marbella, España; ⁴IHP Córdoba, Córdoba, España

Anamnesis: Lactante de 6 meses que presenta fenotipo peculiar (cara redondeada, ausencia de puente nasal e hipertelorismo) junto con probable déficit de audición detectado desde el nacimiento por potenciales auditivos no superados.

AP: EG 40 semanas, parto vaginal eutócico. Peso al nacimiento 3,365 g (p47), longitud 48 cm (p8), PC 35,5 cm (p62). En ecografías prenatales visualización de huesos largos cortos. AF: No enfermedades de interés.

Exploración clínica: En los controles realizados en atención primaria adecuado crecimiento (graficas) y exploración neurológica adecuada a su edad, excepto falta de respuesta ante estímulos sonoros. En el seguimiento por parte de otorrinolaringología, no se detectan alteraciones a nivel anatómico, pero si cribado auditivo no superado en los potenciales auditivos, pendiente de potenciales de estado estable.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Ante de sospecha de trastorno genético es derivado al servicio de genética donde se detecta una variable patogénica en heterocigosis en el gen COL11A1 (c.3816+1G>A), compatible con el diagnóstico de Síndrome de Marshall (herencia autosómica dominante). Dado que el riesgo para la descendencia es del 50%, se aconseja estudio de los progenitores para determinar si la variante ha sido heredada o de novo.

Confirmado el trastorno genético es derivado a los servicios de Oftalmología y Endocrinología pediátrica para completar el estudio y continuar con el seguimiento clínico del paciente.

Conclusiones: El Síndrome de Marshall es un trastorno genético con un patrón de herencia autosómico dominante, que produce alteración del colágeno desde los primeros meses de vida, produciendo una afectación multisistémica (sordera neurosensorial, anomalías oculares, talla baja y facies característica).

Importancia de la sospecha clínica ante un niño de facies característica para poder realizar un estudio genético orientado, que nos lleve a un diagnóstico que conlleve un seguimiento y tratamiento multidisciplinar que mejore la calidad de vida del paciente.

P-106 SIGNO DE VON GRAEFE

Carnicero Ramos, S.; Hernández Peláez, L.; Quesada Colloto, P.; Fernández Castiñeira, S.; Díaz Anadón, L.R.; Rodríguez De La Rúa, V.
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

Anamnesis: Niña de 7 años que acude a la consulta de atención primaria por alteración en la movilidad del párpado derecho desde hace 2 meses. Al inicio la alteración era esporádica, pero en los últimos días les impresiona que es más frecuente. No alteraciones visuales ni en otros músculos faciales ni otros síntomas asociados.

Exploración clínica: En la exploración se observa dificultad para el cierre palpebral derecho con la desviación de la mirada hacia abajo y hacia fuera. Sin embargo, el cierre y apertura ocular forzado es normal y no presenta ptosis ni retracción palpebral. Movimientos oculares normales. Agudeza visual y reflejo rojo normal. No se aprecian alteraciones a nivel del párpado, tanto externa como internamente, ni del globo ocular. Exploración neurológica completa normal (pares craneales sin alteraciones).

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza valoración por parte de oftalmología, que no encuentra patología salvo el defecto del cierre palpebral. Con diagnóstico de signo de von Graefe, se solicita analítica para descartar una oftalmopatía tiroidea, evidenciándose una función tiroidea normal con anticuerpos negativos. Dentro del diagnóstico diferencial se descartan aquellas patologías sistémicas que cursan con afectación bilateral o síntomas generalizados, que la niña no presenta, como un Guillain-Barré o una paramiotomía congénita. También se descarta la posibilidad de una blefaroptosis unilateral congénita, ya que es una afección que suele observarse desde los primeros meses de vida y asocia ptosis. Finalmente, tras descartar estas patologías y observando la evolución favorable que presenta, se diagnostica de una innervación aberrante del III par.

Conclusiones: El signo de von Graefe es un signo ocular poco frecuente en pediatría, pero importante conocer por su relación con la patología tiroidea y enfermedades neurológicas. Es necesario descartar una orbitopatía tiroidea y realizar una completa historia clínica y exploración general para investigar si existen otros signos o síntomas asociados.

P-107 TORTÍCOLIS ADQUIRIDA EN PEDIATRÍA, UNA ENTIDAD CON AMPLIO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pérez González, D.; Fernández Calderón, L.; López Fernández, C.; De Lamo González, E.; Aguado Antón, R.; González De La Rosa, A.; Gómez Arce, A.; Santos Lorente, C.; Justel Rodríguez, M.; Ansó Mota, M.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Introducción: La tortícolis es un signo clínico consistente en rotación cefálica e inclinación lateral del cuello. Las tortícolis adquiridas pueden ser traumáticas o no traumáticas, donde las de origen inflamatorio como infecciones ORL (abscesos, adenitis...) o el síndrome de Grisel (subluxación atloaxoidea no traumática asociada a infecciones ORL) forman parte importante del diagnóstico diferencial.

Anamnesis y exploración clínica: Presentamos paciente varón de 3 años sin antecedentes de interés que ingresa en planta de pediatría por adenitis laterocervical con tortícolis. Presenta cervicalgia e inclinación cefálica junto con fiebre de hasta 39,8°C de 48 horas de evolución. No refiere antecedente traumático. A la exploración presenta faringe hiperémica sin

asimetrías acompañada de adenopatía cervical izquierda de 3 cm de diámetro, dolorosa, sin eritema ni calor local. Asocia torticólis con lateralización izquierda.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza analítica sanguínea (27.500 leucocitos/mm³ con 81% segmentados, PCR 7,1 mg/dl), frotis faríngeo (antígeno *S. pyogenes* positivo) y ecografía cervical en la que se objetiva adenitis laterocervical sin signos de complicación. Se decide ingreso en planta con tratamiento antiinflamatorio y antibioterapia endovenosa con amoxicilina-ácido clavulánico. A las 48 horas presenta mala evolución clínica, por lo que se amplía estudio de imagen con TAC, en el que se objetiva un absceso parafaríngeo izquierdo junto con subluxación atloaxoidea tipo 1. Se contacta con ORL y se decide colocación de collarín blando y cambio de antibioterapia endovenosa a cefotaxima y clindamicina, presentando anatomía desfavorable para drenaje quirúrgico. Posteriormente evolución clínica favorable, con desaparición de la fiebre y disminución progresiva de torticólis, asociando a su vez mejoría analítica y de imagen.

Conclusiones: Es importante una anamnesis y exploración física detalladas para orientar las posibles causas de torticólis. Debemos sospechar el síndrome de Grisel ante torticólis sin antecedente traumático con infección ORL concomitante. La torticólis postural benigna constituye un diagnóstico de exclusión.

P-108

DOLOR ABDOMINAL Y AGENESIA RENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

García Jesús, M.J.; Manzaneda Navío, M.; Díaz Carrión, E.;
Márquez Caballero, J.; Sánchez De Puerta Laguna, C.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente mujer de 14 años de edad con Tetralogía de Fallot intervenida, escoliosis cervico-dorsal y agenesia renal izquierda (Secuencia VACTERL), que consultó en urgencias por dolor abdominal en flanco izquierdo de 6 días de evolución que previamente fue considerado como un estreñimiento sin respuesta satisfactoria al tratamiento.

Exploración clínica: En la exploración se detectó una masa de consistencia dura de 7 cm en flanco izquierdo, no dolorosa a la palpación y que no se modificó tras presentar deposiciones. No presentó signos de irritación peritoneal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: En ecografía y TAC se observó una lesión hipodensa en hipocondrio izquierdo que fue compatible con una torsión de bazo errante con infarto completo del tejido y pequeños focos de esplenosis, precisando una esplenectomía total que evolucionó de manera favorable.

Conclusiones: La agenesia renal puede estar asociada a una alteración en el desarrollo embrionario del mesogastrio dorsal, lo que se traduce en ausencia o hiperlaxitud de los elementos de fijación del bazo dando lugar a un bazo errante, que predispone a la hipermovilidad y torsión del mismo.

Por este motivo, es importante mantener una alta sospecha de torsión esplénica en pacientes que presentan malformaciones renales y consultan por dolor abdominal agudo.

P-109

ALERGIA, INTOLERANCIA O REACCIONES ADVERSAS A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA

Arroyo Romo, M.T.¹; Acebes Puertas, R.²; María Guerrero, R.³;
García Gutiérrez, M.D.P.⁴; Grande Álvarez, M.D.L.R.⁵

¹C.S. Simancas/ C.S. Valladolid Rural II, Simancas/ Zaratán, España;

²Hospital del Río Hortega, Valladolid, España;

³C.S. Aranda Norte, Aranda de Duero, Burgos, España;

⁴C.S. Medina de Rioseco, Medina de Rioseco (Valladolid), España;

⁵C.S. Valladolid Rural II, Zaratán (Valladolid), España

Objeto del trabajo: Las reacciones a la leche de fórmula están aumentando en nuestro medio. Los términos alergia alimentaria, intolerancia alimentaria y reacción adversa a los alimentos son términos que se emplean sin hacer distinciones entre ellos y desde Atención Primaria se puede orientar el diagnóstico y hacer un tratamiento adecuado.

Material y métodos: Se presentan casos con clínica muy similar y diagnóstico diferente de: hipersensibilidad alimentaria a proteínas de leche de vaca con mecanismo inmunogénico (alergia Ig E mediada o no Ig E mediada) y casos de mecanismo no inmunogénico o intolerancias.

Resultados y conclusiones: En los casos de reacción mediada por Ig E la clínica fue muy diferente pues en un caso precisó exclusión de lácteos a la madre y posteriormente una fórmula hidrolizada (HPLV) al lactante; en otro solo preciso HPLV aunque a los 4 años solo admite algún mililitro de leche semanal.

En un caso de reacción no mediada por Ig E se realizó exclusión de PLV durante 6 semanas y tras la introducción de la leche presentó de nuevo clínica de vómitos, irritabilidad por lo que precisó mantener un HPLV durante 12 meses en que se realizó la provocación tolerando el alimento. En otro caso, solo precisó una retirada de la PLV de 6 meses.

En el último caso se muestra que solo la retirada de la lactosa de la leche sin una fórmula de HPLV ha mejorado la clínica mostrando una intolerancia a la lactosa.

Tanto la clínica como los resultados de pruebas diagnósticas (pruebas cutáneas, determinación en sangre de Ig E específica y prueba de evitación-provocación) determinan la pauta a seguir en cuanto a tratamiento e indicación de seguimiento hospitalario o en Atención Primaria.

P-110

APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE GLOMERULONEFRITIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Arroyo Romo, M.T.¹; Acebes Puertas, R.²; Fierro Urturi, A.³;
Sanz Fernández, M.³

¹C.S. Simancas/ C.S. Valladolid Rural II, Simancas / Zaratán (Valladolid), España; ²Hospital del Río Hortega, Valladolid, España;

³C.S. Pisuegra, Arroyo de la Encomienda (Valladolid), España

Anamnesis: Niña de 5 años que acude a consulta por hematuria macroscópica de color cola sin coágulos ni síntomas miccionales y refiere malestar general y astenia. Ha presentado fiebre 72 horas antes sin síntomas acompañantes que cedió tras tratamiento con antitérmico 24 horas antes de acudir a consulta.

Exploración clínica: Presenta BEG; Peso 16 kg, Talla 114 cm; TA: 104/62; Tª 36,7; no edemas. Abdomen: blando

y depresible sin masas ni visceromegalias, no doloroso, PPR negativa. Resto de exploración sin alteraciones.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Tira reactiva con hematíes +++++; leucocitos ++; proteínas + y nitritos dudoso. En analítica sanguínea inicial presenta leucocitosis ($13,1 \times 1.000/\mu\text{L}$) con neutrófilos de 77,8%; fibrinógeno 881 mg/dl; Na 133 mmol/L; urea 48 mg/dl. PCR 358 mg/L; albúmina 3,6 g/dL; C3 33 mg/dL como datos alterados.

En urgencias se instaura tratamiento con Ceftriaxona i.v y Cefixima en domicilio en espera de analítica y urocultivo realizado ese día.

Mantiene hematuria macroscópica durante 3 días y en tira reactiva a los 5 días presenta hematíes +++ y resto negativo.

Se solicita analítica para completar estudio con ASLO 4.376 UI/ml; trombocitosis $570 \times 1.000/\mu\text{L}$; aumento de Ig G; se realiza estudio de orina de 24 horas con normalidad en la función renal. Ac anti membrana basal glomerular negativos.

No ha presentado en ningún momento edema ni detección de hipertensión.

Conclusiones: Hay una gran variedad clínica de las glomerulonefritis aguda postinfecciosas (GNAPI), desde formas rápidamente progresivas que requieren un tratamiento hospitalario intensivo hasta formas con mínimos síntomas de nefritis aguda cuyo diagnóstico se debe considerar en todo niño con hematuria y clínica de sobrecarga de volumen y realizar estudio urinario para el diagnóstico inicial. El descenso de C3 y CH50 antes de las 6-8 semanas, confirma el diagnóstico.

P-111

INCIDENCIA DE PUBERTAD ADELANTADA Y VARIABLES RELACIONADAS EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Alonso Rubio, A.M.¹; Prat Cantoral, A.²; Sánchez Ramón, S.²;

Barbero Rodríguez, A.M.¹; Pérez García, I.¹

¹Centro de Salud Covaresa-Parque Alameda, Valladolid, España;

²Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

La Pubertad Adelantada es una variante de la normalidad, se define como la presencia de caracteres sexuales entre los 8 y 9 años en las niñas.

Objetivos: Describir la incidencia de pubertad adelantada en niñas en nuestro Centro de Salud así como las características de la población y analizar posibles variables implicadas en su aparición.

Población y métodos: Se incluyeron 75 niñas de revisión rutinaria de 9 años y aquellas con aparición de caracteres sexuales previos a dicha edad.

Se ha recogido estadio Tanner, peso al nacimiento, edad de menarquia materna y meses de lactancia materna, índice de masa corporal (IMC), alimentación (raciones pollo, carne, fruta, pescado, procesados/semana) y horas de ejercicio físico.

Resultados: El 44,4% de la muestra presenta un Tanner global >1. El 34,2% presenta un Tanner de pecho > 1. El 25% presenta un Tanner de pubis >1 mientras que el 9,7% presenta un Tanner de axila >1. Un 62,61% de las niñas con peso inferior a 2.500 gramos presentan un Tanner >1, mientras que de las niñas con un peso superior a 2.500 gramos, solo un 44% (p 0,275). Un 66,48% de las niñas con antecedentes de menarquia materna <12 años presentan un estadio Tanner >1

mientras que solo el 27,88% de las niñas que no tienen dicho antecedente presentan un Tanner >1 (p 0,13). Un 10,6% de la muestra tiene IMC > Pc85. De estas, el 66,6% presentan Tanner >1 mientras que con IMC < Pc85 solo un 42% (p 0,237). No hemos encontrado diferencias respecto al antecedente de lactancia materna, alimentación y ejercicio físico

Conclusiones: Encontramos pubertad adelantada en un 44% distribuido en 34,2% de telarquía adelantada, 25% de pubarquía adelantada y 9,7% de axilarquía adelantada. Las niñas con antecedente de peso < 2.500 gramos al nacimiento, IMC > Pc85 o edad de menarquia materna < 12 años presentan mayor porcentaje de pubertad adelantada.

P-112

PRICK TEST EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Sala Fernández, L.¹; Marín Andrés, M.¹;

Gutiérrez Sánchez, A.M.¹; Ferrer Aliaga, N.¹; Alcón Grases, M.¹;

Lasarte Velillas, J.J.²; Moneo Hernández, I.²

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España;

²Centro de Salud Torreramona, Zaragoza, España

Objeto del trabajo: Describir los resultados obtenidos en los prick test realizados en niños con síntomas alérgicos (rinitis, conjuntivitis, asma) en un Centro de Salud.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas pediátricas de un Centro de Salud de la ciudad de Zaragoza, de aquellos niños de entre 3 y 17 años que habían acudido a la consulta entre enero de 2016 y junio de 2019 con síntomas alérgicos y a los que se les había realizado prick test. Se recogieron datos acerca del motivo de realización de la prueba, su resultado y la estacionalidad de los síntomas.

Resultados y conclusiones: La población a estudio fue de 99 pacientes (60% varones). La edad media era de 10,5 años (rango 3,4 a 18 años). El 31% tenían antecedentes familiares de atopia y un 28% presentaban dermatitis atópica. El 42,5% convivían con algún progenitor fumador. El 10% presentó episodios de bronquiolitis VRS. Motivo de realización del prick test: 12,9% rinitis, 11,7% conjuntivitis, 57,6% rinoconjuntivitis, 30,5% asma y 4,7% lesiones urticariales. Predomino de la sintomatología en primavera (62,3%). En cuanto a los resultados de los prick test, el 6% no presentaron sensibilización a ninguno de los alérgenos testados. La sensibilización más prevalente fue a las gramíneas salvajes (48,4%), gramíneas cultivadas (45%), Olea europea (43%), Phleum (38,8%), Salsola (32%), Platanus hybrida (26,5%), epitelio de gato (22,7%), Alternaria (17,5%), D. Pteronyssinus (17%), artemisa (13,5%), epitelio de perro (13,3%), cupressus arizonica (11,4%), D. Farinae (10,6%) y plantago (10%).

El motivo más frecuente de realización del prick test fue la combinación de síntomas de rinitis y conjuntivitis, siendo la sintomatología más frecuente en los meses de primavera. El 93% de los test mostró sensibilización a alguno de los alérgenos testados, siendo el más frecuente las gramíneas salvajes. Todavía hay un porcentaje elevado de padres fumadores.

P-113

DERMATOSIS NEONATAL, NO TODAS SON INFECCIOSAS

Delicado Calderón, I.; Cardelo Autero, N.; De Santiago

García-Caro, E.; García-Caro García, E.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

Anamnesis: lactante de 15 días de vida que consulta por lesiones acneiformes desde el nacimiento, que han ido en aumento. Se mantiene afebril en todo momento. Como antecedentes, embarazo controlado sin factores de riesgo infeccioso, parto eutócico a término, periodo neonatal sin incidencias, lactancia materna.

Exploración clínica: buen estado general, lesiones vesiculopustulosas sobre piel no eritematosa, de predominio en miembros, cara y cuero cabelludo, sin afectación palmoplantar ni sistémica.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: ante la sospecha de foliculitis, se pauta mupirocina tópica y se cita para revisión. A la semana acude por falta de mejoría, siendo diagnosticado de melanositis pustulosa benigna neonatal, suspendiéndose el tratamiento tópico. En revisiones posteriores, existe resolución completa de las lesiones, aunque persiste alguna zona hiperpigmentada residual.

Conclusiones: el manejo de las dermatosis transitorias del recién nacido se realiza desde la consulta de atención primaria, requiriendo un diagnóstico diferencial entre causas infecciosas y no infecciosas. La melanositis pustulosa benigna es poco frecuente, afectando a 1 de cada 100 recién nacidos de raza blanca, su etiología es desconocida, no asociada a infecciones perinatales. Se diagnostica clínicamente, no siendo necesaria una biopsia de las lesiones, ya que es una entidad transitoria y benigna. Se realiza seguimiento hasta objetivar desaparición de las vesículo-pústulas, no siendo necesario tratamiento.

P-114

EVOLUCIÓN DEL ENTORNO FAMILIAR Y LA LACTANCIA MATERNA EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA

Sánchez Rodríguez, L.¹; Martínez Pérez, J.²; Santamaría Orleans, A.³; Pérez Muñuzuri, A.¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, España; ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España;

³Laboratorios Ordesa, Sant Boi del Llobregat, España

Objetivos: El estudio EFAL tuvo como objetivo conocer la evolución del entorno familiar y la alimentación infantil en la consulta pediátrica.

Material y métodos: Se cumplimentaron cuestionarios de práctica clínica por 297 pediatras de atención primaria repartidos por la geografía española.

Resultados: El 91% de los encuestados percibió cambios en los modelos de familia que acuden a su consulta, siendo los más frecuentes las familias reconstruidas (79%), las monoparentales (72%) y los padres de diferente nacionalidad (64%).

El 67% indicó haber observado cambios en los acompañantes del lactante en la visita, apreciándose diferencias significativas dependiendo del tipo de centro.

Un 82% consideró que ha cambiado la actitud de las madres respecto al mantenimiento de la lactancia una vez se reincorporan al trabajo: el 40% manifiesta que recurren a la extracción de la leche materna, el 23% que reducen su jornada y el 36% que realizan ambas cosas:

El 47% señaló que más del 75% de los lactantes de su consulta inician la lactancia materna, mientras que únicamente un 21,5% menciona que más del 50% la mantienen hasta los 6 meses. Según su opinión, la experiencia previa

con lactancia materna es el factor más relevante en el inicio y mantenimiento de la misma, seguido del nivel educativo de la familia y la duración de la baja maternal.

Respecto al entorno digital, el 86,5% de los encuestados consideró que las redes sociales influyen mucho/bastante en la alimentación infantil, y el 77,1% que los padres le preguntan mucho/bastante sobre información que han encontrado en el entorno digital.

Conclusiones:

- El modelo de familia tradicional ha ido cambiando en la visita pediátrica.
- La prevalencia de lactancia materna encontrada se corresponde con la bibliografía existente.
- El entorno digital es un punto relevante de información para las familias respecto a alimentación infantil.

P-115

EVOLUCIÓN DE LA DIVERSIFICACIÓN ALIMENTARIA EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA

Sánchez Fernández-Bravo, C.¹; Pérez Muñuzuri, A.²; Santamaría Orleans, A.³; Martínez Pérez, J.¹

¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España; ²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, España;

³Laboratorios Ordesa, Sant Boi del Llobregat, España

Objetivo: El estudio EFAL tuvo como objetivo conocer la evolución del entorno familiar y la alimentación infantil en la consulta pediátrica.

Material y métodos: Se cumplimentaron cuestionarios de práctica clínica por 297 pediatras de atención primaria repartidos por la geografía española.

Resultados: Un 40% de los pediatras considera que en los últimos 10 años se ha mantenido la edad de inicio de la alimentación complementaria, y un 38% que se ha atrasado.

El 42% indica que recomiendan indistintamente papillas de cereales o fruta para iniciar la diversificación alimentaria, el 32% papilla de cereales y el 21% fruta, mientras que hace 10 años el 61% recomendaba papillas de cereales.

La percepción de los pediatras respecto al consumo de cereales infantiles, es en un 50% que se mantiene igual, y en un 34% que ha disminuido. Respecto a la introducción del gluten, un 58% opina que se ha adelantado, y un 29% que no se ha modificado.

La edad más recomendada para la introducción del gluten son los 6 meses (60%), con diferencias entre centros públicos y privados y dependiendo de la edad del pediatra.

El 55% de los entrevistados cree que se retrasa la edad de introducción de la leche de vaca, siendo la edad media actual los $18 \pm 7,3$ meses.

Respecto a las nuevas tendencias, un 76% confirma que las familias les preguntan sobre Baby Led Weaning, pero tan solo el 12,4% lo aplican.

El 91% de los encuestados considera que ha aumentado el porcentaje de familias sensibilizadas con los alimentos naturales y ecológicos.

Conclusiones:

- La edad de introducción de la alimentación complementaria y el alimento utilizado para la misma se ha visto modificado durante los últimos 10 años.

- Las consultas sobre nuevas tendencias en alimentación infantil son cada vez más frecuentes en la consulta pediátrica.

P-116

COBERTURA VACUNAL ANTIGRIPIAL EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON ASMA EN MARBELLA. RESULTADOS DE LA CAMPAÑA 2018-19: UN OBJETIVO A MEJORAR

Quintero Aguilar, A.M.¹; Feria Benítez, M.J.¹;
Parra Feria, J.²; Fernández Quintero, N.¹; Román Andrades, T.¹;
De Alba Moreno, J.¹; Lacasa Maseri, S.¹; Martínez
Serrano, S.M.¹; Parra Feria, C.¹

¹Centro de Salud Leganitos, Marbella, España;

²Parc Sanitari Sant Joan de Deu, San Boi de Llobregat, España

Objeto del trabajo: Analizar la cobertura de vacunación antigripal en la población pediátrica diagnosticada de asma infantil en nuestra área de influencia. En el área de gestión del centro de Salud de Leganitos, Marbella, se abarca una población total de 40.000 personas, de los cuales 6.000, son menores de 14 años. De ellos, 500 niños, están diagnosticados de asma infantil.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo observacional de la población menor de 14 años diagnosticada de asma infantil.

Los datos se han extraído del programa informático DIRAYA, cruzando los programas de vacunación antigripal y de asma.

Resultados y conclusiones: Analizados los registros informáticos de los cupos pediátricos que abarca nuestra área de salud, obtenemos una cobertura de vacunación del 6%.

Según las recomendaciones de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria, Asociación Española de Pediatría, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria y Sociedad de Neumología Pediátrica, todos los niños asmáticos deberían vacunarse de la gripe anualmente a partir de los 6 meses de vida.

La gripe puede empeorar la calidad de vida de los niños asmáticos.

En vista de los resultados obtenidos, con la baja cobertura en la campaña 2018-19, nos fijamos como objetivo la captación activa al principio de la siguiente campaña con llamadas telefónica a los padres, información en centros educativos y formación sobre asma y gripe a nuestro personal sanitario y no sanitario, con el fin de aumentar la cobertura al 50% de los pacientes asmáticos menores de 14 años para la próxima campaña de vacunación antigripal 2019-2020.

P-117

ARTRALGIAS Y FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: NEUROBLASTOMA. CASO CLÍNICO

García Jesús, M.J.¹; Díaz Carrión, E.²;
Capón Echevarría, I.²; Manzaneda Navío, M.¹;
Márquez Caballero, J.¹; García Malagón, C.¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;

²Centro de salud los Bermejales, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente mujer de 3 años de edad con clínica de dolor poliarticular de 5 meses de evolución con periodos

de fiebre autolimitados. Acudió a urgencias en varias ocasiones por sospecha de artritis, con dolor articular intenso de predominio en caderas, miembros inferiores y brazos que fue empeorando progresivamente e impotencia funcional, fiebre diaria de hasta 39°C y apatía/inapetencia.

Exploración clínica: Se observó regular estado general y palidez cutánea, dolor en ambas caderas y limitación a la rotación externa sin signos inflamatorios locales.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Analítica: Aumento de enzimas hepáticas y Lactato Deshidrogenasa, Factor reumatoide normal, Autoinmunidad Negativa. Anemia normocítica hipocroma con ferritina elevada. Aumento de reactantes de fase aguda.
- Orina: aumento de catecolaminas.
- Marcadores tumorales: aumento de enolasa neuronal específica.
- Pruebas de imagen: Radiografía de tórax: imagen en huso en región paravertebral izquierda, nivel dorsal, Radiografía de caderas: aumento densidad ósea en epífisis fémur izquierdo. Ecografía abdomen/caderas: sin signos inflamatorios.
- Estudios de extensión:
 - TAC toracoabdominal: masa adrenal izquierda sugestiva de neuroblastoma. Conglomerado adenopático en fosa supraclavicular izquierda. Alternancia en la densidad ósea en esqueleto axial.
 - RM craneal: Lesiones óseas en calota craneal y base de cráneo.
 - I-MIBG: Compatible con la sospecha de neuroblastoma adrenal izquierdo con afectación metastásica linfática (supraclavicular izquierda) y extensa afectación metastásica ósea/médula ósea.
 - Anatomía patológica: Ganglios linfáticos con infiltración por una proliferación neoplásica compuesta por células de tipo neuroblástico. En médula ósea intensa fibrosis medular secundaria a infiltración neoplásica.

Todos estos hallazgos fueron compatibles con un neuroblastoma en estadio metastásico que respondió favorablemente al tratamiento consensuado por el comité de tumores.

Conclusiones: La clínica de un neuroblastoma puede confundirse fácilmente con algún tipo de colagenosis, por ello es importante tener este diagnóstico en mente ante una fiebre de origen desconocido con poliartralgias en niños menores de 5 años.

P-118

SALMONELLA, ¿UNA INFECCIÓN SIN IMPORTANCIA?

Fernández Castiñeira, S.; Carnicero Ramos, S.;
Quesada Colloto, P.; Hernández Peláez, L.; Díaz Anadón, L.R.;
González López, C.; Vicente Martínez, C.
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

Anamnesis: Niña de 4 años que consulta por deposiciones diarreicas (verdosas y malolientes) y vómitos. Asocia fiebre de 39°C en las últimas horas. No ambiente epidémico familiar.

Se comprueba tolerancia oral, vomitando en repetidas ocasiones por lo que se deriva al hospital de referencia.

Exploración clínica: Postrada. Bien perfundida, lengua saburral. Pálida y ojerosa. No exantemas ni petequias. Menín-

geos negativos. Eupneica. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen blando y depresible, levemente doloroso a la palpación. No masas ni organomegalias. No signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos aumentados.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza extracción analítica (leucocitos $4,37 \times 10^3/\mu\text{L}$, procalcitonina 74,28 ng/ml y proteína C reactiva 9 mg/dl, tasa de protrombina 44%) y administración de ondansetrón intravenoso (iv).

En la exploración física posterior se detectan signos meníngeos que previamente no presentaba, por lo que se realiza punción lumbar (resultado normal) y se pauta cefotaxima iv ante sospecha de sepsis de origen abdominal. Según recomendaciones de Hematología también se administra vitamina K y plasma fresco congelado.

Se decide ingreso por cuadro de gastroenteritis, con afectación general importante y gran elevación de reactantes de fase aguda (RFA). En las primeras horas de ingreso se realiza ecografía abdominal para descartar problema quirúrgico (normal). Mantiene antibiótico intravenoso durante 8 días, así como vitamina K por la coagulopatía. Una vez descartado problema quirúrgico, y con el hallazgo de *Salmonella* en heces, se cambia el antibiótico por ampicilina. Presentó fiebre elevada con descenso posterior de la misma, estando afebril en los 5 días previos al alta. Mejoría ya notable a las 24 horas del ingreso, con tolerancia progresiva y disminución del ritmo de deposiciones. En sucesivos controles analíticos se constata descenso de RFA y normalización de la coagulación.

Conclusiones: No todas las gastroenteritis son cuadros banales y, por lo tanto, requieren una correcta anamnesis y exploración física para presentar una buena evolución.

P-119

REVISIÓN DE LOS CASOS DERIVADOS A LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL EN EL 2018 DESDE LA URGENCIA DEL HUV

Carpio Linde, M.J.; Poses Veiga, S.; González Hernández, L.I.
Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla, España

Objeto del trabajo: La Pediatría Social se encarga de casos tales como el abuso sexual a menores, el maltrato infantil o la atención a familias desestructuradas con hijos. Muchos de estos casos llegan a Urgencias desde AP, siendo clave la rápida comunicación para la atención integral a estos niños.

Material y métodos: Se han estudiado retrospectivamente los 85 casos durante el año 2018, analizando edad, sexo, domicilio y motivo de derivación. La mayoría de los casos (56,5%) corresponden a mujeres. El 38,8% eran niños con una edad igual o inferior a 3 años, el grupo de preadolescentes (de 11 a 13 años de edad) supuso un 24,8% del total. La mayoría proceden de medio urbano (60%). Entre los motivos, los más frecuentes son sospecha de maltrato infantil (17,6%) y de abuso sexual (16,5%). Otros motivos fueron la desestructuración familiar (11,7%), abuso de tóxicos (9,4%), auto y heteroagresividad (5,9%), violencia de género (diferenciada del maltrato físico infantil y entendida como la ejercida por una figura masculina hacia una mujer y sus hijos) y sospecha de acoso escolar (4,7%). Es destacable, también, que de los 14 casos de sospecha de abuso sexual, un 85% de ellos corresponden a mujeres.

Resultados y conclusiones: La conexión entre los Centros de Atención Primaria, Urgencias Pediátricas y Trabajo social es clave para la adecuada atención a los múltiples casos de Pediatría Social que se atienden anualmente. El motivo de derivación más frecuente en nuestro centro ha sido la sospecha de maltrato infantil, en pacientes mujeres y con una edad igual o inferior a 3 años. La sospecha de abuso sexual y la necesidad de orientación familiar y a grupos en exclusión social han sido otros motivos de derivación importantes. La mayoría de los pacientes que han requerido valoración por Trabajo Social proceden de medio urbano.

P-120

DOLOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL DE EXTREMIDAD INFERIOR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INICIAL DE UN HERPES ZÓSTER

Ríos Segura, S.; Ballester Pérez, A.; De Santiago García-Caro, E.; Ibáñez Fossi, J.J.; Urda, A.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

Anamnesis: Niña de 2 $\frac{9}{12}$ años que consulta en Urgencias por gonalgia izquierda e impotencia funcional. Refiere además mínimo eritema cutáneo sobre dicha zona. Sospechan dermatitis de contacto y recomiendan antiinflamatorios. Reconsultan en 48 horas en Atención Primaria por extensión de las lesiones a lo largo del miembro inferior izquierdo asociadas a prurito. No otra sintomatología. Como antecedentes destaca varicela el mes previo y vacunación antivariola a los 15 meses.

Exploración clínica: A nivel cutáneo destaca la presencia de pápulas, vesículas y costras sobre base eritematosa en miembro inferior izquierdo, agrupadas en racimos con distribución metamérica. Además, en región sacra presenta lesiones de características similares.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: El diagnóstico es clínico. Dado que se trata de un niño sano no está indicado.

Conclusiones: El herpes zóster consiste en manifestaciones cutáneas y neurológicas secundarias a reactivación del virus varicela-zoster, generalmente por disminución de inmunidad celular. La protección que confiere la vacuna de varicela es muy alta, aunque no siempre previene la enfermedad. En caso de padecerla, la presentación será más atenuada.

El dolor como pródromo es bastante infrecuente en niños (periodo preeruptivo), pudiendo llevar equívocamente al diagnóstico de otra dermatosis o patología osteomuscular, tal y como ocurrió en nuestra paciente. Le sigue el período eruptivo con aparición de una erupción eritemato-pápulo-vesiculosa en brotes, que se localiza en el dermatomo correspondiente a raíces sensoriales inflamadas por la reactivación del virus latente desde la infección primaria. Los dermatomos más afectados en niños en orden de frecuencia son cervicales, lumbosacros y miembros.

El tratamiento con aciclovir oral (efectivo en las primeras 72 horas) se reserva para niños inmunodeprimidos, especialmente si padecen infecciones cutáneas progresivas o diseminadas. En niños sanos dependerá de la gravedad clínica. El tratamiento tópico no está indicado.

P-121

MANCHA MONGÓLICA: ¿SIEMPRE ES DE LOCALIZACIÓN LUMBOSACRA O EN NALGAS?

Ríos Segura, S.; Ballester Pérez, A.; De Santiago García-Caro, E.; Olivares, F.; Urda, A.

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

Anamnesis: Varón de 15/30 meses que acude a Atención Primaria para revisión del niño sano encontrándose asintomático. Se visualiza lesión cutánea en tobillo izquierdo. La madre refiere que la presenta desde el nacimiento, manteniéndose sin cambios. No traumatismo previo. Sin incidencias perinatales ni antecedentes familiares de interés.

Exploración clínica: A nivel cutáneo presenta una mácula única localizada en maléolo externo de miembro inferior izquierdo, de coloración gris pizarra, homogénea, bordes moderadamente netos, tamaño de 4 x 3 cm. Resto de exploración por aparatos y sistemas sin alteraciones.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: El diagnóstico es clínico. No precisa tratamiento.

Conclusiones: La mancha mongólica es una de las lesiones dermatológicas más frecuentes del recién nacido. Es más común en africanos y asiáticos. Aparece al nacimiento o a las pocas semanas de vida. La localización clásica es la región lumbosacra y nalgas. Se consideran atípicas si aparecen en otras localizaciones como espalda, cuero cabelludo y extremidades. Podría conducir erróneamente al diagnóstico de hematoma y relacionarlo con maltrato infantil, pero es indolora y a corto plazo no muestra cambios de coloración. Debe distinguirse de otras melanocitosis dérmicas, malformaciones vasculares, etc.

Histológicamente muestra melanocitos dérmicos resultado de su desaparición tardía debido a proceso de migración incompleto desde la cresta neural a la unión dermoepidérmica.

Generalmente, desaparece gradualmente a partir del primer año de vida. Existe mayor probabilidad de permanecer hasta la edad adulta si presenta localización distinta a región lumbosacra, lesiones múltiples, coloración oscura y diámetro > 10 cm. Estos tres últimos junto a hipotonía y visceromegalia incrementan el riesgo de padecer errores congénitos del metabolismo, principalmente enfermedades de depósito lisosomal (gangliosidosis tipo I y síndrome de Hurler). Se ha relacionado además con facomatosis pigmentovascular, labio leporino etc. confirmando en ocasiones peor pronóstico. No siempre debe considerarse una lesión benigna, especialmente si asocia otros hallazgos patológicos.

P-122

NIÑO CON DOLOR COSTAL DE EMPEORAMIENTO PROGRESIVO ASOCIADO A ASTENIA Y PÉRDIDA DE PESO

Sánchez Magdaleno, M.; Riesco Riesco, S.; Mendoza Sánchez, M.D.C.; Polo De Dios, M.; Pavón López, T.; Arévalo Martín, N.; Domínguez Cendal, G.; Vegas Carrón, M.; Marco Sánchez, J.M.; González Prieto, A.

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Anamnesis: Niño de 3 años que inicia dolor costal derecho, con empeoramiento progresivo, asociado a cuadro leve de astenia, anorexia y pérdida de peso. Fiebre intercurrente de 48 horas de duración acompañado de clínica catarral resuelto sin antibioterapia. Es valorado en varias ocasiones en su Pediatría sin presentar hallazgos de interés. A las tres semanas, durante el baño, el padre palpa una tumoración paravertebral dorsal derecha.

Exploración clínica: Regular estado general. Palidez cutánea y de mucosas. Tumoración paravertebral dorsal derecha de unos 5 x 5 cm fluctuante. Resto sin interés.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: En analítica de Urgencias se observa pancitopenia moderada, coagulación alterada, LDH elevada, PCR de 20 mg/dl, y procalcitonina de 3 ng/ml. La extensión de sangre periférica es compatible con leucemia linfoblástica aguda. Se realiza ecografía de partes blandas en la que se aprecia colección fluctuante que comunica con la articulación costovertebral parasagital derecha en relación con un absceso intramuscular. Radiografía de tórax normal.

Es ingresado con cefepime al que, ante la sospecha de una posible espondilodiscitis, se añade cloxacilina.

Se completa estudio con resonancia magnética (RMN) visualizando neumonía bibasal con empiema *necessitatis* derecho que fistuliza a musculatura paravertebral con colección y miositis. Ante este diagnóstico, se sustituye cloxacilina por vancomicina y clindamicina para mayor cobertura. Durante su ingreso, la masa disminuye progresivamente de tamaño por lo que, tras 14 días, se suspende antibioterapia. En RMN de control presenta buena evolución del empiema.

Conclusiones: El derrame paraneumónico puede derivar en empiema. Cuando éste se extiende por la pleura parietal hacia tejido circundante, formando un trayecto fistuloso y una masa en el tejido extrapleural, se denomina empiema *necessitatis*. Es una complicación rara siendo más frecuente en pacientes inmunosuprimidos. Se trata con antibioterapia intravenosa valorando el drenaje en los casos de mala evolución.

P-123

LIQUEN AUREUS CON DISTRIBUCIÓN ZOSTERIFORME EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO

Trinidad Sevillano, R.; Márquez Caballero, J.; Carbonero Celis, M.J.; Manzaneda Navío, M.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente varón de 8 años que consulta por lesiones asintomáticas que aparecieron en tobillos hace 3 semanas y han ido ascendiendo hasta raíz proximal de miembros inferiores. Niega fiebre, dolor abdominal, artralgias, así como otra sintomatología. No refiere infección, traumatismo o ingesta de medicamentos recientes. Desde la aparición de las primeras lesiones fueron aumentando de tamaño, y después han ido disminuyendo gradualmente.

Exploración clínica: A la exploración presenta máculas amarillentoparduzcas de aspecto hemorrágico residual, de unos 5-6 centímetros, no palpables, y que no desaparecen a la vitropresión. Localizadas fundamentalmente en tobillos, y algunas lesiones en piernas.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realiza una analítica (hemograma, bioquímica y estudio de coagulación) sin hallazgos de interés. Elemental de orina, Complemento y ANAs normales.

A tenor de la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias, el juicio clínico es de liquen aureus. Ante la ausencia de síntomas, se plantea seguimiento sin necesidad de tratamiento.

Conclusiones: El liquen aureus se engloba dentro de las dermatosis purpúricas pigmentarias. Se caracteriza por la inflamación de los pequeños vasos superficiales de la piel (capilaritis) con extravasación de hematíes y depósito de hemosiderina en macrófagos. Es una entidad rara, predominando en adultos jóvenes varones, siendo más infrecuente su aparición en niños (constituye el 0,05% de las enfermedades dermatológicas en edad pediátrica). Su etiología no está bien determinada, aunque se relaciona con antecedentes de infección, ingesta de fármacos, traumatismo o ejercicio intenso.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, pudiéndose apoyar con un estudio histológico compatible. Es necesario descartar mediante pruebas complementarias otras causas de púrpura en la infancia.

Se trata de una enfermedad de curso crónico, con buen pronóstico. Las lesiones tienden a resolverse y desaparecer con el paso del tiempo.

El tratamiento suele resultar inefectivo, por lo que se tiende a tratar los síntomas, en caso de que existan.

P-124

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PEDIATRÍA, DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA DESDE CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Delicado Calderón, I.; Pueyo Agudo, E.;
De Santiago García-Caro, E.; García-Caro García, E.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

Anamnesis: Varón de 17 meses que consulta en su pediatra por episodios de heces melénicas y en ocasiones, líquidas con restos de sangre roja de 10 días de evolución, afebril en todo momento. Se solicita analítica sanguínea, objetivándose anemia microcítica hipocrómica, ferritina disminuida, leve elevación de transaminasas y VSG aumentada. Se deriva a hospital de referencia, donde se realiza gammagrafía con Tc 99 sin hallazgos significativos, siendo dado de alta con control en consultas externas de gastroenterología. Continúa con episodios similares, y 4 meses después consulta nuevamente en su pediatra. Se repite analítica, donde se objetiva anemización de hasta 7,6 g/dl de hemoglobina, por lo que se deriva nuevamente para ingreso y estudio.

Exploración clínica: A su llegada a urgencias mantiene buen estado general, palidez cutáneo-mucosa, abdomen blando y depresible, tacto rectal normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Durante el ingreso, se completa estudio con ecografía abdominal, endoscopias digestivas alta y baja, con hallazgo de hiperplasia linfoide en mucosa colónica, y se realiza gammagrafía con Tc 99 que en esta ocasión es compatible con divertículo de Meckel en la unión entre yeyuno e íleon.

Se inicia hierro oral y omeprazol y se programa cirugía que transcurre sin incidencias.

Conclusiones: La hemorragia digestiva es un motivo de consulta relativamente frecuente en pediatría, donde es fundamental tener en cuenta la edad y el tipo de hemorragia, ya que orienta hacia la causa más probable. El divertículo de Meckel es la causa más frecuente de hemorragia digestiva grave en lactantes previamente sanos y suele manifestarse como hematoquecia o melenas indoloras. Es fundamental el diagnóstico diferencial y la sospecha clínica desde la consulta de atención

primaria con el fin de iniciar el tratamiento de forma precoz y evitar la repercusión a nivel hemodinámico que se puede producir en los casos de rectorragia masiva.

P-125

QUISTE PARALABRAL COMO TUMORACIÓN AXILAR, NO TODO SON ADENOPATÍAS

Ballester Pérez, A.; Ríos Segura, S.;
González Fernández, M.D.M.; Godoy, E.; Urda, A.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

Anamnesis: Niña de 11 años, sin antecedentes de interés, que acude a su pediatra de atención primaria por presentar desde hace 3 semanas una tumoración axilar derecha, que ha ido aumentando de tamaño. No refiere antecedente traumático ni otra sintomatología asociada.

Exploración clínica: Destaca tumefacción axilar derecha, con bordes mal delimitados, de consistencia media, que ocupa la práctica totalidad del hueso axilar, dolorosa con la manipulación, sin eritema ni calor local. No adenopatías a otros niveles. No hepatoesplenomegalia.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realizó analítica de sangre con hemograma, bioquímica, reactantes de fase aguda y serologías sin hallazgos, así como prueba de la tuberculina negativa. La ecografía axilar mostró lesión quística, de 22 x 11 mm, multiloculada, con paredes finas, sin vascularización, con mala definición de planos blandos y leve hiperemia que podría estar en relación con proceso inflamatorio, planteando como posibilidad diagnóstica inicial una malformación vascular de tipo linfática. Finalmente, la resonancia nuclear magnética mostró una lesión quística lobulada de paredes finas, de aproximadamente 25 x 17 mm, localizada inmediatamente inferior, posterior y medial a la articulación glenohumeral derecha, a nivel de redondo mayor. Imagen compatible con quiste paralabral.

Tratamiento conservador mediante modificación de la actividad física, antiinflamatorios y fisioterapia.

Conclusiones: Al tratarse de una entidad infrecuente, consideramos importante su conocimiento para reconocerla. El quiste paralabral es la acumulación de líquido articular en los tejidos blandos del hombro, tras una rotura de la unión cápsula-labrum. Aparece en el 2-4% de la población, principalmente entre los 30 y 40 años; en pediatría puede aparecer en adolescentes con intensa actividad deportiva. El diagnóstico debe apoyarse en pruebas complementarias de imagen. Hasta el 80% de los pacientes mejoran con tratamiento conservador a los 6 meses; en caso de no haber respuesta, se recurrirá a la cirugía (abierto o artroscópica).

P-126

ENFOQUE DE LA ANOREXIA DEL LACTANTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Dongo Flores, P.¹; Rodríguez Solanes, P.¹; Pons Ellam, E.¹;
Sarabia Vicente, S.²; Sebastián Barberán, V.²
¹Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España;
²Centro de Salud Fuente de San Luis, Valencia, España

Objeto del trabajo: La anorexia en la infancia y el fallo de medro o desmedro asociado puede ser un problema clínico

importante que requiere un reto asistencial para el pediatra. Puede presentarse de forma aislada o formando parte del cuadro clínico de una enfermedad orgánica. Para su identificación precoz se requiere la participación del pediatra de atención primaria ya que suele ser a su consulta donde los padres acuden en primer lugar preocupados por algún aspecto relacionado con la alimentación de sus hijos.

Material y métodos: Aproximación al diagnóstico y manejo terapéutico de la anorexia del lactante en atención primaria. Se presenta el caso de un preescolar varón de 3 años con problemas habituales con la ingesta desde la introducción de la alimentación complementaria. Rechaza los alimentos sólidos y se alimenta esencialmente de leche y ocasionalmente de carne, pescado, fruta y verdura triturados.

Resultados y conclusiones: La anorexia del lactante y del niño pequeño es un motivo frecuente de consulta en pediatría por lo que resulta fundamental realizar un correcto diagnóstico diferencial entre anorexia funcional y orgánica. Para ello se requiere una anamnesis exhaustiva que incluya la identificación de síntomas acompañantes, una exploración física detallada y los datos aportados por las pruebas complementarias. El manejo terapéutico también puede ser complejo y la intervención temprana es fundamental para evitar su cronificación ya que el primer año es clave para el establecimiento de una correcta alimentación. También se necesita la participación activa de la familia y su educación nutricional

P-127

HEMANGIOMAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Domínguez Cendal, G.; Martín Ruano, A.;
García García, J.E.; Martínez García, Y.; García Herrero, M.T.;
Pavón López, T.; Polo De Dios, M.; Martínez, A.;
García Lorente, M.; Vegas Carron, M.
Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

El pediatra de Atención Primaria (PAP) es el profesional médico más cercano y accesible al niño y su familia. Su papel es fundamental en el diagnóstico y en la derivación precoz al dermatólogo de los hemangiomas susceptibles de tratamiento. Se revisan los motivos de derivación en la literatura. En este sentido, la utilización compartida de recursos virtuales (por ejemplo: evolutivo fotográfico) puede facilitar mucho la derivación de pacientes y el seguimiento del tratamiento.

Caso clínico: Niña de 2 años, sin antecedentes de interés, en seguimiento desde el nacimiento por malformación vascular en brazo y pectoral izquierdo. Ingreso en Neonatología por bradicardia sinusal y cutis reticular asimétrico en extremidad superior izquierda. El estudio ecográfico cardiológico y cerebral no mostró alteraciones.

En la revisión al mes de vida, la lesión presenta coloración roja más intensa, que no desaparece a la digitopresión, y un aumento importante de su extensión, por lo que ante la sospecha de hemangioma se decide derivación a Dermatología para valoración.

Se realizan pruebas de imagen (Ecografía abdominal y RMN cerebral) para despistaje de posibles malformaciones vasculares viscerales asociadas sin evidenciarse ninguna y se inicia tratamiento con timolol tópico durante un año con

resolución casi completa. Posteriormente, solo se ha objetivado un aumento leve del perímetro de la extremidad afecta.

Conclusiones: El tratamiento debe realizarse idealmente antes de los 3 meses de vida, ya sea oral con propranolol o tópico como en nuestro caso. Este último ha demostrado ser efectivo como alternativa al propranolol en hemangiomas de menor riesgo. El seguimiento del tratamiento, así como el incremento progresivo de las dosis y de acuerdo con el dermatólogo puede realizarse ambulatoriamente por el PAP. Por último, considero que es importante la formación de equipos multidisciplinarios y el consenso de criterios de derivación, para optimizar la atención y manejo de los hemangiomas.

P-128

DEBILIDAD AGUDA COMO MOTIVO DE CONSULTA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Capilla Miranda, A.; Zubimendi Pérez, R.M.; García López, J.;
Mellado Troncoso, E.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente de 8 años que consulta por inestabilidad de la marcha y caídas frecuentes de cinco días de evolución, asociado a dolor de espalda en región dorsal, irradiado a abdomen. Se encontraba afebril y no tenía antecedentes de infección las semanas previas. Presentó, dos días más tarde, un episodio de incontinencia urinaria.

Exploración clínica: Presentaba buen estado general, con exploración por aparatos sin hallazgos, a excepción de dolor a la palpación de espacios intervertebrales dorsales. En cuanto a la exploración neurológica, los hallazgos a destacar eran una fuerza de 3/5 en miembros inferiores a nivel proximal y en cinturas. Los reflejos osteotendinosos estaban presentes aunque discretamente atenuados y el reflejo cutáneo plantar era extensor. Presentaba marcha inestable, aunque preservada. No había afectación de la sensibilidad o esta era muy leve.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: En base a la clínica y la exploración física y ante la presencia de signos de lesión medular (signo de Babinski y afectación esfinteriana) se realiza resonancia magnética urgente a nivel hospitalario que refleja la presencia de mielitis transversa, por lo que se inicia pauta de megadosis de corticoide intravenoso.

Conclusiones:

- La debilidad es la disminución de la capacidad de mover activa y voluntariamente los músculos contra resistencia, y la lesión que la origina puede encontrarse en cualquier localización de la unidad motora (primera motoneurona, segunda, o unidad muscular).
- Es importante conocer que existen múltiples causas de debilidad aguda, siendo algunas potencialmente mortales. En dicha fase aguda, la exploración puede presentar escasos hallazgos en pacientes pediátricos, por lo que se debe hacer un correcto seguimiento del paciente o proceder a su ingreso.
- Cuando existe traumatismo previo, hallazgos sugestivos de focalidad neurológica, hipertensión intracraneal, lesión medular, cefalea, es obligado la realización de una prueba de neuroimagen para descartar proceso sugestivo de tratamiento neuroquirúrgico urgente.

P-129

EFECTO LLAMATIVO PERO ESPERABLE TRAS APLICACIÓN DE CANTARIDINA

García Muñoz, A.I.¹; Prado Chaves, Á.¹; Arranz Boned, M.¹; Martínez Gómez, A.R.²; Del Castillo Velilla, I.¹; Zriki Zahinos, N.¹; Torrente Fernández, M.D.L.M.¹;

Suárez Lascano, A.B.¹; Beraghi, M.¹; García Cabezas, M.Á.¹

¹Hospital General, Ciudad Real, España; ²Servicios Sanitarios y Asistenciales de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Anamnesis: Niña de 8 años sin antecedentes de interés que es llevada a urgencias de madrugada por presentar múltiples lesiones vesiculosas dolorosas localizadas en miembros inferiores de 6 horas de evolución. Había sido tratada 12 horas antes con cantaridina 0,7% tópica como tratamiento de moluscos y habían realizado lavado de las piernas pasadas 6 horas de la aplicación del producto, según indicación del dermatólogo que le atendió. Ya aplicado en otras ocasiones anteriores sin aparición de lesiones cutáneas posteriormente.

Exploración clínica: Buen estado general. A la inspección de miembros inferiores, presencia de vesículas de vértices redondeados y contenido claro con halo perilesional eritematoso, resto de superficie cutánea íntegra

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se indicó tratamiento sintomático de las lesiones con corticoide tópico (propionato de fluticasona, un corticoide de clase 3 –potente baja–) y antibiótico tópico (fudicine) y solución de sulfato de zinc en formato spray por sus propiedades antisépticas. La paciente fue valorada 24 horas más tarde y reevaluada durante los siguientes días con mejoría progresiva de las lesiones. Se indicó además protección solar.

Conclusiones: La cantaridina es un compuesto formulado a partir de extracto de escarabajos del orden Coleoptera. Su uso como tratamiento de moluscos contagiosos está ampliamente extendido en las consultas de dermatología por su seguridad, los buenos resultados reportados y por un beneficio especialmente reseñable en población pediátrica como es la ausencia de dolor en su aplicación. Es necesario conocer que su principal mecanismo de acción es la acantólisis y con ello, la posibilidad de formación de vesículas. Por tanto, si tras su aplicación aparecen estas lesiones, debemos instaurar tratamiento sintomático (antibiótico tópico, antisépticos asociados o no a corticoide tópico) y vigilar signos locales de infección, informando a los padres de que se trata de un efecto previsto que no empeora el resultado del tratamiento.

P-131

INVAGINACIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A GASTROENTERITIS AGUDA

Íñigo Gil, J.; Mimbrero Gutiérrez, V.; Carpio Linde, M.J.; Losada Machuca, M.

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla, España

La invaginación intestinal es la causa más frecuente de oclusión intestinal en menores de 3 años, desconociéndose la etiología de la mayoría de los casos y siendo el tipo más frecuente la ileo-cólica. En este caso, presentamos una invaginación colo-colónica secundaria probablemente a una gastroenteritis enteroinvasiva.

Anamnesis y exploración clínica: Niña de 8 meses de edad que acude al Servicio de Urgencias derivada desde su

Centro de Salud por un cuadro emético de contenido alimentario asociado a diarreas con hebras de sangre de 24 horas de evolución. A la exploración se encuentra decaída e irritable aunque normohidratada y con una exploración física anodina.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: En la analítica de urgencias destaca una cifra de 105.000 plaquetas, confirmada con un frotis de sangre periférica. Se recoge coprocultivo negativo. Con la sospecha de gastroenteritis enteroinvasiva ingresa ante la imposibilidad de tolerancia oral. A las 36 horas del ingreso presenta un episodio de dolor abdominal asociado a una crisis de llanto y una deposición con sangre, por lo que se decide realizar una ecografía abdominal en la que se objetiva una invaginación colo-colónica con cabeza invaginante a nivel del ángulo esplénico.

Se decide intento de desinvaginación ecoguiada bajo sedación sin éxito, por lo que se realiza una laparotomía en la que se objetiva abundante líquido intraabdominal seroso, adenopatías mesentéricas reactivas y la invaginación colo-colónica que se reduce manualmente sin incidencias; realizándose apendicectomía profiláctica. Dada la buena evolución posoperatoria y ausencia de complicaciones, se decide alta hospitalaria con tratamiento domiciliario.

Conclusiones: Prestar atención a ciertos signos de alarma, como crisis de dolor más duraderas en el tiempo o decaimiento de persistencia e intensidad más acusada de lo normal, nos parece importante para sospechar la presencia de otras entidades clínicas como la invaginación intestinal.

P-132

CEFALOHEMATOMA VS QUISTE LEPTOMENÍNGEO

Mimbrero Gutiérrez, V.; Íñigo, J.

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla, España

Las colecciones extracraneales pediátricas son una patología frecuente, presentándose clínicamente como masas palpables pericraneales. Para el diagnóstico diferencial debemos tener en cuenta la clínica, antecedentes, edad del paciente y los hallazgos radiológicos.

Anamnesis y exploración física: Lactante de 3 meses, sin antecedentes de interés ni traumatismo previo, que acude a Urgencias del HUVVM por bultoma parieto-occipital izquierdo recidivante, de 3 x 4 cm de diámetro, móvil y sin signos inflamatorios circundantes (no eritema, ni calor local, no doloroso a la palpación). Afebril. Parto vaginal instrumentado con ventosa como antecedente de interés. Previamente derivado por su pediatra de AP al HUVR, recibiendo alta por mejoría y ausencia de síntomas de alarma. Ahora reconsulta por crecimiento progresivo de la tumoración, la cual se describe al explorar como “cefalohematoma” de 3 x 4 cm de diámetro, blando y sin respetar suturas, fontanela anterior normotensa y sin signos de focalidad neurológica. Se plantea el diagnóstico diferencial de cefalohematoma vs colección líquida subgaleal. En el ingreso, dicha tumoración desaparece, decidiéndose alta (ecografía transfontanelar de control normal), se solicita TACAR y control por neuropediatria.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Analítica de sangre de Urgencias: con bioquímica básica, LDH y bilirrubina.

- Radiografía AP y lateral de cráneo para descartar fracturas, resultando anodinas.
- Al ingreso, RMN sin contraste y ecografía transfontanelar urgente, la cual informan como colección líquida subgaleal de 6 cm de extensión que no respeta suturas.
- Se solicita TACAR (informan de colección líquida subgaleal ahora en vértex con mismas características a las descritas). Se descarta fístula,

Conclusiones: el diagnóstico diferencial de las colecciones extracraneales permite una orientación diagnóstica más precisa, individualizando y reduciendo pruebas complementarias. Además, un manejo correcto ayuda a controlar la angustia familiar que acompaña a dicho episodio, puesto que en definitiva requiere un tratamiento conservador siendo controlable desde atención primaria.

P-133

A PROPÓSITO DE UN CASO: FIEBRE Y PETEQUIAS EN UN NIÑO DE 6 AÑOS

Márquez Caballero, J.; Trinidad Sevillano, R.;
García Malagón, C.; Sánchez De Puerta Laguna, C.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Niño de 6 años que acude a consultas por fiebre desde hace 4 días (máximo 38,4°C) que remite con anti-térmicos habituales y que desde el día anterior asocia petequias en región cervical, facial, axilar, glútea, inguinal y planta de los pies. Asocian cefalea y astenia con los ascensos térmicos. Refiere un episodio similar aunque sin petequias hace un mes que duró 4 días y remitió. No alergias conocidas. Vacunación correcta sin incluir Prevenar ni Bexsero.

No ambiente epidemiológico. No otros antecedentes de interés.

Exploración clínica: Buen estado general, hidratado, estable. Petequias en las zonas comentadas (fotos). Faringe normal, buena ventilación bilateral sin ruidos patológicos. Corazón rítmico y sin soplos. Adenopatías cervicales rodaderas no adheridas. Abdomen blando y depresible sin masas ni megalias. Exploración neurológica normal.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Analítica con hemograma, bioquímica, RFA y frotis de sangre periférica normales. A las 48 horas persiste la clínica y se realiza nueva analítica siendo el hemograma y la bioquímica normales, serologías negativas excepto IgM VEB (+). Hemocultivo, Mantoux y estudio de autoinmunidad negativo. Rx de tórax y ecografía abdominal normales.

Tratamiento con antitérmicos habituales que son efectivos reduciendo la fiebre y recortándose en cuadro en 3 días.

Conclusiones: Se etiqueta el cuadro de sospecha de infección por VEB si bien en estos casos lo más importante es hacer un buen diagnóstico diferencial de los cuadros que presentan fiebre con petequias ya que existen entidades potencialmente mortales que se presentan de esta forma.

Debemos tener presente el algoritmo de diferenciación de las distintas entidades que cursan así y a raíz de este caso podríamos realizar una exposición de las mismas.

Se debe tener en cuenta que en muchas ocasiones la entidad que hay detrás del cuadro no es grave pero debemos descartar las que sí.

P-134

FALLO DE MEDRO, RECHAZO DE TOMAS Y CIANOSIS EN LACTANTE DE 40 DÍAS

Pérez - Torres Lobato, M.D.R.¹; Jiménez Moreno, M.¹; Montero Valladares, C.¹; Laureano Zarza, M.²; Cabezas Berdión, C.¹; Queral García De Góngora, M.¹; León Carretero, S.³; Manso García, B.¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España; ²Centro de Salud en Dos Hermanas, Sevilla, España; ³Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

Anamnesis: Lactante de 40 días sin antecedentes de interés que comienza con rechazo de tomas y estancamiento ponderal a la tercera semana de vida. Alimentada por lactancia materna, su pediatra prescribe suplemento alimentario con fórmula de inicio. A pesar de ello, continúa rechazando la alimentación y comienza a perder peso en los días sucesivos, llegando a perder 100 gramos en 3 días. Había presentado algún vómito esporádico mucoso. No manifestaba diaforesis ni distrés respiratorio con la alimentación. Tampoco alteración de la diuresis, de las deposiciones, tos o fiebre.

Exploración clínica: Irritabilidad que calma en brazos maternos. Coloración pálida de piel. Subcianosis labial que se hace más evidente con el llanto. Normohidratada. Relleno capilar <2 segundos.

A la auscultación, corazón rítmico a 160 lpm, soplo I/VI en borde paraesternal izquierdo. Buena ventilación bilateral sin ruidos patológicos. Polipnea de 65-70 rpm con tiraje subcostal leve. Saturación de O₂ pre y postductal de 85% que aumenta a 90% con O₂ suplementario. Hígado 1-2 cm de reborde costal. No otros hallazgos.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

Se solicitan:

- Electrocardiograma: eje a 150 con signos de hipertrofia del ventrículo derecho.
- Radiografía tórax: cardiomegalia (ICT 0.69) e infiltrado compatible con edema agudo de pulmón.
- Ecocardiografía: drenaje venoso pulmonar anómalo total supradiafragmático (DVPAT), hipertensión pulmonar severa, CIA restrictiva con escaso gasto sistémico.
- Gasometría venosa: Acidosis respiratoria. Láctico 6,6. Hemoglobina 17.
- ProBNP: 80.000 mg/dl.

Ante el diagnóstico, se realiza atrioseptostomía de Rashkind urgente y se cursa ingreso en UCI-P. Tres días más tarde se procede a cirugía correctora del DVPAT, con resultados satisfactorios.

Conclusiones: Las cardiopatías congénitas son las malformaciones más frecuentes en la infancia. Aunque hoy día la mayoría se diagnostican prenatalmente, se ha de tener un alto índice de sospecha especialmente ante un fallo de medro, pues es esta una de las formas de presentación más frecuente en lactantes.

P-135

DERMATITIS EN UN LACTANTE DE 2 MESES DE VIDA

Márquez Caballero, J.; Carbonero Celis, M.J.;
Sánchez Tatay, V.; Trinidad Sevillano, R.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: La escabiosis es una patología emergente cuya transmisión se ve favorecida por la higiene deficiente y el hacinamiento.

namiento. El síntoma principal es el prurito nocturno por la sensibilización a los antígenos del ácaro y a sus productos. Caso index: lactante varón de 2 meses sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por lesiones cutáneas pruriginosas de 3 semanas de evolución, e irritabilidad nocturna. No otra sintomatología. La madre refiere que viven en medio rural con animales y también presenta prurito. No alergias conocidas. Lactancia artificial desde el nacimiento.

Exploración clínica: Pápulas y pústulas de predominio en palmas y plantas. En abdomen presenta 3-4 nódulos escabíóticos y se intuyen varios surcos acarinos en antebrazos. Algunas lesiones presentan exudados y descamación. Costra láctea. No otros hallazgos. Se realizó diagnóstico de sospecha de escabiosis que fue confirmado por dermatología.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Permetrina al 5% en crema antes de la ducha de por la noche que se dejó actuar durante 8-10 horas, y se lavó al día siguiente. Se repitió el tratamiento a los 7 días y lo realizó el paciente y el resto de convivientes. Se recomendó lavar la ropa, toallas y sábanas a 90°C. La evolución fue favorable.

Conclusiones: Debe sospecharse ante lesiones cutáneas pruriginosas con prurito nocturno, sobre todo cuando afecta a varios miembros de una familia. El surco acarino es la lesión específica aunque rara en los lactantes y neonatos, y se pueden observar tanto pápulas, vesículas, pústulas, con eccematización e impetiginización como en nuestro caso. El diagnóstico diferencial se hace con la dermatitis atópica, la dermatitis seborreica, etc. La crema de permetrina al 5% se considera el tratamiento de elección. A veces el prurito puede persistir tras tratamiento por una sensibilidad adquirida al ácaro y no debe ser confundido con una reinfestación.

P-136

HIPERCALCEMIA IATROGÉNICA EN LOS PRIMEROS MESES DE VIDA

Díaz Ortiz, N.; Fuentes Muñoz, I.; Martínez Bravo, M.; Blázquez, C.J.

Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España

Anamnesis: Paciente de 4 meses y 25 días alimentado con lactancia materna exclusiva, en tratamiento con 400 UI de vitamina D3 al día. Sin antecedentes de interés salvo reflujo gastroesofágico fisiológico, motivo por el que, en numerosas ocasiones, tras las regurgitaciones, recibía nueva dosis de vitamina D3.

Se detecta en analítica solicitada por otro motivo un Calcio total 11,2 mg/dL, encontrándose asintomático a nivel digestivo, renal, neuromuscular y cardiovascular.

La hipercalcemia se define como una concentración plasmática de calcio mayor de 10,5 mg/dL. El principal efecto de la vitamina D consiste en mantener la normocalcemia y prevenir la hipofosfatemia, asegurando el balance positivo de calcio necesario para la mineralización del hueso en formación y el desarrollo de la placa de crecimiento.

Exploración clínica: Buen estado general, normocoloreado y bien hidratado. Bien perfundido, no aspecto séptico. No exantemas ni petequias. Eupneico, sin dificultad respiratoria externa. Fenotipo normal. No lesiones cutáneas. Auscultación

cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Neurológicamente vital y activo, sonriente. Fontanela anterior normotensa.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Se realizan bioquímica en sangre y orina, para confirmar y estudiar el origen de la hipercalcemia detectada. Se confirman hipercalcemia (Calcio corregido 10,7 mg/dL) y la elevación de la 1,25-OH vitamina D3 (35,9 ng/mL), descartándose elevación de PTH (21 pg/mL) y del índice Ca/Cr en orina (1,37).

Por ello se sospecha como primera causa una intoxicación por vitamina D3 suspendiéndose la ingesta de la misma. Se realiza control analítico 3 meses después hallando un Calcio corregido 10,29 mg/dL.

Conclusiones: La hipercalcemia suele ser asintomática por debajo de 12 mg/dL, pero se relaciona con complicaciones a largo plazo (nefrocalcinosis, osteopenia y fracturas patológicas). Por esto es importante reconocer y tratar adecuadamente a estos pacientes. La causa más frecuente de hipercalcemia es la iatrogénica. Esta forma de hipercalcemia es transitoria y de intensidad moderada.

P-137

MEMBRANAS ORO-FARÍNGEAS DE ORIGEN INFECCIOSO EN LACTANTE DE 6 MESES DE EDAD

Casas Pérez, M.; Trastoy Quintela, J.; Rodríguez Núñez, A.; Rey García, S.M.; Trabazo Rodríguez, S.; López Franco, M.

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

Anamnesis: Paciente de 6 meses de edad de origen sudamericano, correctamente vacunado, que acude por dificultad respiratoria de inicio súbito tras un vómito, asociando febrícula y fluxión nasal leve.

Exploración clínica: Taquipnea, estridor inspiratorio leve y prolongación de la espiración con sibilancias espiratorias, eritema y edema de úvula con resto de la exploración física sin alteraciones a su llegada.

A las 24 horas de ingreso se resuelve el edema uvular, observándose membranas blanquecinas blandas en región del paladar blando, úvula y epiglotis sin obstruir la vía aérea.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- Se realiza hemograma, bioquímica y reactantes de fase aguda, destacando; 9.530 Neutrófilos/ μ L (cayados 13,0%), Proteína C reactiva 6,93 mg/dL y Procalcitonina 23,0 ng mL.
- Anticuerpos halterófilos de Mononucleosis infecciosa Negativo.
- Niveles de inmunoglobulinas en sangre normales.
- Tinción de Gram negativo.
- PCR de virus respiratorios en exudado nasofaríngeo Positivo para Adenovirus.
- Cultivo de exudado faríngeo y membrana mucosa, negativos.
- Cultivo para *Corynebacterium diphtheriae* y detección de toxinas pendiente.
- Anatomía Patológica de membrana mucosa; material fibrinoleucocitario con abundantes colonias cocáceas gram positivas, y sin presencia de hongos, hallazgos concordantes con un proceso infeccioso supurativo oro-faríngeo.
- Requirió soporte respiratorio con heliox y tratamiento con adrenalina nebulizada. Se inició tratamiento antimicro-

biano empírico con amoxicilina-ácido clavulánico, al que se añadió eritromicina y nistatina oral tras la aparición de membranas oro-faríngeas.

Presentó una evolución favorable con resolución del cuadro.

Conclusiones:

- La uvulitis aguda infecciosa en nuestro medio suele estar causada por bacterias del género *Streptococcus*, *Fusobacterium nucleatum*, *Haemophilus influenzae* del grupo b o *Candida albicans*.
- A pesar de ser una entidad rara en nuestro medio gracias a las altas tasas de vacunación, ante la presencia de membranas oro-faríngeas en las que se descarta origen fúngico se debe pensar en una posible difteria.

P-138

FALLO DE MEDRO EN RECIÉN NACIDO CON CLÍNICA RESPIRATORIA CRÓNICA

Pedrosa García, I.; León Carretero, S.; Borrero Sánchez, A.; Cabello Gómez, S.; Palomo Jiménez, L.; Rivero De La Rosa, M.D.C.; Losada Machuca, M.

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla, España

Anamnesis: Recién nacido de 28 días de vida con antecedente de pequeño para su edad gestacional con escasa ganancia ponderal (250 g desde su nacimiento). Escasa apetencia sin reclamo de las tomas, hábito estreñido y dificultad para la alimentación por tos en relación a las tomas, estando el resto del tiempo asintomático.

Exploración clínica: Peso Percentil <1, Longitud Percentil 7, Perímetro cefálico Percentil 2, Índice Waterlow 40,5%, Índice Shukla 56,1%. Escaso pániculo adiposo.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Por sospecha inicial de fístula traqueo-esofágica, tránsito esófago-gastro-duodenal y fibrobroncoscopia: Acúmulo de restos postdeglución en área faringolaríngea con aspiración y tos sugiriendo incoordinación motora del esfínter esofágico superior. En manometría esofágica: Incoordinación faringo-esofágica y de la apertura del cardias con esfínter esofágico inferior hiperpresivo y enlentecimiento del vaciamiento esofágico.

Otras pruebas normales: Hemograma, gasometría, bioquímica, perfil lipídico, perfil nutricional, proteinograma, inmunoglobulinas, función tiroidea, IgE total y específica a alimentos, coprocultivo, ecografía abdominal, sedimento de orina, urocultivo, etc.

Evolución favorable: Alimentación inicial con débito continuo por sonda nasogástrica con fórmula de inicio hidrolizada y posteriormente fórmula hipercalórica con buena tolerancia permitiendo aumentar volúmenes y fraccionar tomas con ganancia ponderal adecuada. Se indican ejercicios de estimulación oral y mantener reflejo de succión-deglución-respiración con tomas con tetina cortas. En control a los 6 meses de vida, realiza todas las tomas por boca con cuchara y tetina precisando espesar líquidos.

Conclusiones: Un 10% de los niños atendidos en consultas de Atención Primaria tienen fallo de medro; la causa principal es una ingesta insuficiente para suplir las necesidades para crecer. Solo en un 5% de los casos existe una causa orgánica. Aunque la alteración en la succión y la deglución es menos común en un niño a término, en un 12% de los casos de clínica

respiratoria crónica en el primer mes de vida existe una aspiración crónica.

P-139

MONOARTRITIS SÉPTICA EN LACTANTE CAUSADA POR *KINGELLA KINGAE*

Alonso Ferrero, J.; Membrives Aparisi, J.; Sánchez Sierra, M.N.; Garrote Molpeceres, R.; Urbanja Rodríguez, E.

Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

Anamnesis: Lactante de 17 meses sin antecedentes de interés, correctamente vacunada. Acude al Servicio de Urgencias por presentar cojera de miembro inferior izquierdo y rechazo a la deambulación de 15 horas de evolución. No traumatismo ni caída previos constatados. Afebril. Cuadro catarral asociado.

Exploración clínica: Buen estado general. No aspecto séptico. A nivel locomotor: no estigmas cutáneos. Rodilla izquierda tumefacta, limitada y dolorosa, leve edema y calor local sin eritema a dicho nivel. Peloteo rotuliano izquierdo. Marcha con cojera izquierda y limitación de apoyo izquierdo. Resto de exploración sin alteraciones.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Ante una monoartritis en un lactante, se ingresa y se solicita analítica sanguínea (leucocitos 16.690/mcl (linfocitos 52,2%, neutrófilos 36,2%), PCR 15,2 mg/l. VSG 27 mm), serologías víricas (negativas), hemocultivo (negativo), frotis faríngeo para virus y bacterias (negativo). Se realiza artrocentesis con extracción de escasa cantidad de líquido sinovial de aspecto purulento y se lava la articulación con suero fisiológico. Se inicia antibioterapia intravenosa con cloxacilina y cefotaxima durante 5 días y se pauta ibuprofeno vía oral. Previo al alta, se cambia a cefuroxima vía oral que se mantiene durante 2 semanas ante la confirmación microbiológica de artritis por *Kingella Kingae*. Mejoría progresiva de rodilla izquierda, con resolución prácticamente completa de tumefacción y limitación manteniendo apoyo de la extremidad izquierda.

Conclusiones: A pesar de que *S. Aureus* continúa siendo el agente etiológico responsable de la mayor parte de infecciones osteoarticulares en edad pediátrica, *Kingella Kingae* es un microorganismo emergente en nuestro medio, sensible a penicilinas y cefalosporinas que debemos conocer. Ante una monoartritis en un lactante (febril o no) debemos sospechar artritis séptica y realizar ingreso hospitalario. Diagnosticarla precozmente con una artrocentesis es fundamental para instaurar el tratamiento antibiótico adecuado y evitar posibles complicaciones.

P-140

A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE DE TRECE AÑOS CON DOLOR ABDOMINAL EPIGÁSTRICO

García López, J.; Zubimendi Pérez, R.M.; Capilla Miranda, A.; Benítez Gómez, I.; Mellado Troncoso, E.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente mujer de 13 años que acude a su Centro de Salud por dolor abdominal de localización epigástrica de 4 horas de evolución. Este dolor, de carácter continuo e intensidad creciente se asoció a anorexia y náuseas, así como a pérdida de peso no cuantificada en los últimos dos meses.

Antecedentes personales: niña sana, correctamente inmunizada, en tratamiento con hierro oral por anemia microcítica hipocroma leve.

Exploración clínica: A la palpación abdominal, destacó un abdomen blando y depresible, sin signos de peritonismo ni ruidos hidroaéreos. Se detectó una masa abdominal central de predominio derecho, dura, mate a la percusión y de bordes delimitados. Resto de la exploración por aparatos y sistemas sin hallazgos de interés.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Inicialmente se solicita una ecografía abdominal urgente donde se observa una masa a nivel epigástrico-mesogástrico de unos 8 cm de diámetro transversal y craneocaudal.

Posteriormente se decide realizar Tomografía Computarizada donde se evidencia una distensión gástrica a expensas de contenido heterogéneo sugestivo de trico/fitobezoar.

Durante el ingreso hospitalario, se realizan múltiples entrevistas con la paciente, permitiéndonos llegar a un diagnóstico de presunción. Nos refiere que ingiere gran cantidad de pelo con la idea fantástica de aumentar la longitud de su cabello.

Finalmente se decide intervención quirúrgica para exéresis de la masa, confirmando el diagnóstico de un tricobezoar de 1.159 gramos. Se procede a su vez a la derivación de la paciente a la Unidad de Salud Mental Infantil.

Conclusiones: El tricobezoar es una inusual causa de dolor abdominal en Pediatría que se presenta como una masa con imagen radiológica característica. Se trata de una patología infrecuente que suele estar asociada a trastornos psiquiátricos. Su manejo requiere un abordaje multidisciplinar con la colaboración de pediatras, cirujanos, radiólogos y psiquiatras infantiles.

P-141

SEPSIS MENIGOCOCCEMIA EN LACTANTE MENOR

Eslava Schmalbach, E.A.; Paz Quiñones, L.; Ribes González, M.; Olmos Sánchez, E.; Rey Shilling, Y.; Parra Cuellar, C.; Frigola Vila, E.; Miralles Puigbert, A.; Geronés Domingo, L.; Ruiz Alonso, D.

Hospital de Palamós, Girona, España

Anamnesis: 1 mes 26 días, clínica de 10 h, fiebre de 39,4°C, deposiciones diarreicas, recibió Paracetamol, sigue irritabilidad

Exploración clínica: Peso 5 kg P 96 Frecuencia cardiaca 171, temperatura axilar 39 grados, Frecuencia respiratoria 52 Oximetría 98%. Mal estado general, mal perfundido, levemente taquipneico, petequias en tórax y extremidades con rápida progresión.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

- 2 venas periféricas. Tensión Media 57-60 mm/hg.
- Solución salina fisiológica-(Gelastan). Entre Cristaloideos y Coloides 60 cc/kg.
- Adrenalina 0,2 mcg/kg min, Dopamina hasta 20 mcg/kg/min.
- Hidocortisona 15 mg/ IV (50 mg/m²/sc).
- Antibióticos: Ampicilina 100 mg/kg/dosis 500 mg, cefotaxima 100 mg/kg/dosis 500 mg, Vancomicina 15 mg/kg
- Analítica: Electrolitos séricos normales, Sodio límite inferior.

- Gasometría venosa Ph 7,19PCO₂ 41, HCO₃ 16, EB -11.
- Hemograma: Leucocitos 2.400 mm³, Neutrófilos 720 mm³, plaquetas 183.000 mm³, Hb 10 g/dl, Htco 29,7%, PCR 54,09 mg/l, Glucemia 152 mg/dl, lactato 56,3 mg/dl.
- Coagulación: Tasa de Protrombina 56%, Tiempo de protrombina 2,74 Tiempo de cefalina 40,59 sg, Dímero D 2157 ng/ ml.
- PCR viral Negativa, PCR sanguínea: Neisseria Meningitidis Sero-grupo B.
- Ampicilina y vancomicina Iniciados en Hospital Comarcal.

Conclusiones: La sepsis Meningococemia se presenta como Meningitis (50%), Meningitis y Menogococemia 35-40%, Meningococemia sin evidencia clínica de meningitis.

En niños menores de 3 meses la sintomatología tiende a ser aún **más inespecífica, debido a la inmadurez de su sistema inmunológico**. Simulan al inicio, cuadro vírico con reactantes de fase aguda no conclusivos.

La rápida progresión de la Enfermedad con alto porcentaje de Meningococemia es muy rápida llevando al niño a la muerte por complicaciones múltiples muy frecuentemente la coagulación intravascular diseminada.

El diagnóstico y la terapia empírica rápidamente reducen la posibilidad de Muerte o cuadro secular posterior.

P-142

RECTORRAGIA ASOCIADA A SÍNDROME DE WISKOTT-ALDRICH ¿COMPLICACIÓN HEMORRÁGICA O AUTOINMUNE?

López Sánchez, M.L.; Balboa Vega, M.J.;

Cuadrado Caballero, M.C.; Rivero De La Rosa, M.C.

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Paciente diagnosticado de síndrome de Wiskott-Aldrich (WAS) que debuta con trombocitopenia inmune (PTI) y rectorragia.

Anamnesis: Varón diagnosticado de PTI aguda a los 2 meses en contexto de rectorragia y plaquetopenia (100.000/mm³), con buena respuesta inicial a corticoterapia. Posteriormente persiste plaquetopenia, precisando reiteradamente corticoides, gammaglobulina y transfusión de plaquetas.

A los 12 meses aparecen lesiones dérmicas que junto a refractariedad de la trombocitopenia y antecedentes de trombocitopenia en tío materno, hacen sospechar WAS, confirmando mediante estudio genético mutación p.Glu-133-Ala en exón 4 (madre y tío materno con misma mutación).

A los 7 años reaparece rectorragia junto con heces melénicas.

Exploración clínica: Palidez cutánea. Facies cushingoides. Hematomas aislados.

Procedimientos diagnósticos:

- Analítica: hemoglobina 8,4 g/dl, plaquetas 40.000/mm³.
- Calprotectina fecal: 5.715 mcg/g heces.
- VSG: 28 mm/h.
- Virus heces: negativos.
- Coprocultivo: negativo.
- PCR Clostridium difficile heces: negativo.
- Ecografía abdominal: normal.
- Gammagrafía de intestino delgado: descarta divertículo Meckel.

- AngioTC abdomen: engrosamiento circunferencial de pared colónica, aumento captación de contraste; compatible con colitis infecciosa/inflamatoria.
- EnteroRM: similar a angioTC.
- Panendoscopia oral: gastritis crónica activa.
- Colonoscopia: mucosa colónica friable y edematosa con lesiones aftosas; pancolitis crónica inespecífica.

Procedimientos terapéuticos: Corticoterapia iv 2 mg/kg/día.

Evolución: Tras descenso de corticoides recaída clínica, obligando a pautar nuevo ciclo corticoideo e iniciando estudio preliminar para trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH).

Conclusiones: Las enfermedades autoinmunes ocurren, con más frecuencia, asociadas a inmunodeficiencias. El 25-40% de los pacientes con WAS asocian trastornos autoinmunes, siendo los hallazgos gastrointestinales frecuentes. La colitis autoinmune se describe hasta en el 3%.

WAS normalmente debuta en primeros meses de vida con sangrado por trombocitopenia, como es el caso de nuestro paciente. El diagnóstico diferencial incluye los procesos infecciosos que complican a estos pacientes.

El manejo de la colitis es complejo, dado que deben evitarse inmunosupresores. El TPH representa el único tratamiento exitoso para todos los aspectos de esta enfermedad.

P-143

VALIDEZ DE LAS PRUEBAS DE CRIBADO EN EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN DE ORINA

Piera Carrión, S.; Parada Ricart, E.; Castilla Villena, M.
Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona, España

Objeto del trabajo: Analizar resultados de pruebas de cribado de tira reactiva de orina (TRO) y sedimento de orina (SO) por bolsa y método estéril (ME) en pacientes incontinentes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes entre 15 días y 3 años de edad en los que se haya realizado urocultivo (UC) por ME entre agosto y diciembre de 2017. Se recogieron los resultados de TRO y/o SO por bolsa y/o por ME. El SO es negativo si ≤ 5 leucocitos/campo, ≤ 5 hematíes/campo y bacterias escasas/ausentes.

Resultados y conclusiones:

- De los 72 pacientes incluidos, 31 tenían UC positivo.
- Solo 3 pacientes tenían SO por bolsa (SOB) negativo (en todas el UC resultó negativo).
- De los 13 pacientes con TRO por bolsa (TROB) negativa, en 10 el sedimento resultó positivo y el UC fue positivo en 3.
- De los 40 pacientes con SOB positivo en los que se dispuso de SO por ME éste tan solo resultó positivo en 20 casos (10 UC positivo) y en los otros 20 negativo (4 UC positivo).
- La sensibilidad (S) de la TROB fue del 83% y del 90% en TRO por ME. El valor predictivo positivo (VPP) fue de 0,45 y de 1 respectivamente.
- La S del SOB fue del 100% y del 76% en SO por ME (VPP 0.35 y 0.65 respectivamente).
- La especificidad en el SO por ME fue del 70%.
- La prueba más sensible para el diagnóstico de ITU es el SOB a expensas de una alta tasa de falsos positivos.
- Una TRO negativa en lactantes con sospecha de ITU no parece suficiente para descartar dicho diagnóstico.

- Dado que escasas muestras con SOB y TROB negativas enviadas para UC no podemos descartar la pérdida de algunos pacientes con UC positivo ni calcular especificidad ni valor predictivo negativo de las muestras por bolsa.

P-144

A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE DE TRECE AÑOS CON LUMBALGIA DE TRES MESES DE EVOLUCIÓN

Zubimendi Pérez, R.M.; García López, J.; Capilla Miranda, A.;
Martínez Carapeto, I.; Sánchez Álvarez, M.J.
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Anamnesis: Paciente de 13 años que consulta en Centro de Salud por lumbalgia de 3 meses de evolución tratada con diclofenaco, con respuesta parcial. En la última semana dolor a nivel lumbar bajo y sacroilíacas, no limita la flexión y si la actividad y el sueño, dificultad para la deambulación erguida, no trastornos de esfínteres, no focalidad neurológica, bipedestación autónoma. Hiperestesia a nivel cutáneo en fosa iliaca derecha. Afebril.

Antecedentes personales: Correctamente vacunado. No antecedentes personales ni familiares de interés.

Exploración clínica: Afectación del estado general. Dolor lumbar en la zona prevertebral izquierda. No dolor a la palpación de apófisis espinosas, postura escoliótica a la derecha antiálgica, limitación de la flexión y extensión lumbar y test de Fabere y Neri positivos. Dolor lumbar a la elevación de miembro inferior izquierdo sobre palmo (aproximadamente 30) no en miembro inferior derecho. Reflejos osteotendinosos conservados y simétricos, reflejos bulbo cavernosos ausentes. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal. Refiere hiperestesia no dolorosa a nivel de fosa iliaca derecha.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Ante la sospecha de patología lumbosacra, se realiza Resonancia Magnética Nuclear (RNM) lumbar sin contraste informada como normal. Se repite RNM con contraste de la columna toracolumbar visualizándose lesión intratecal intramedular que afecta al cono medular de unos 74 mm de diámetro, con estructura interna solidoquistica hipercaptante.

Conclusiones: Los tumores intramedulares son raros en la infancia. Es necesaria una exploración neurológica exhaustiva para detectar signos clínicos que nos oriente y nos defina el nivel de afectación. La prueba diagnóstica de elección es la RNM. La anamnesis junto con la exploración neurológica nos puede definir el nivel de afectación para dirigir la región anatómica a explorar con la prueba complementaria.

P-145

MALFORMACIÓN ANORRECTAL CONGÉNITA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Romero Morilla, S.¹; Pradas Chía, J.²; Núñez Barcia, A.²;
Martínez Prieto, V.²; Alcántara Almonte, Y.²;
Moreno Pena, L.A.²

¹CS Puente Genil II, Puente Genil, España; ²H.A.R. Écija, Sevilla, España

Anamnesis: Recién nacido a término de peso adecuado a edad gestacional, que es valorado a las 14 horas de vida por

ausencia de defecación espontánea. Embarazo normoevolutivo. Ecografías prenatales normales.

Exploración física: Auscultación cardiopulmonar: tonos rítmicos sin soplos; buen murmullo vesicular. Abdomen: distendido, sin masas. Genitales externos masculinos normales. Periné con buena configuración, no plano, con estigma a modo de asas de cubo en cuerpo perineal anterior. No orificio anal ni fistuloso.

Procedimientos diagnósticos y tratamiento: Hemograma, bioquímica y coagulación: normales. Radiografía de abdomen: dilatación de asas intestinales sin gas distal. No gas extraluminal. Ecografía abdominal: severa dilatación de estómago y asas de intestino delgado, con líquido en cavidad abdominal; abundante contenido en recto. Distancia de 2 cm entre fondo de saco ciego del recto y la piel. Ecografía cerebral y lumbosacra: sin hallazgos. Ecocardiograma: normal. Se mantiene en dieta absoluta hasta intervención quirúrgica. Se realiza Ileostomía de descarga, y se revisa a los 2 meses en consulta observándose a través de colostomía MAR alta con Fístula recto-vesical y Ano Imperforado. Se programa para Anorrectoplastia sagital posterior.

Conclusiones: La MAR congénita es una patología cuya incidencia es de 1/5.000 recién nacidos vivos. Pueden presentarse aislada aunque el 40-70% de los casos se asocia a otras anomalías congénitas: Urológicas las más frecuentes, vertebrales y medulares, cardiológicas, intestinales y ginecológicas. El diagnóstico de las MAR es clínico, mediante una exploración cuidadosa del periné y una historia clínica completa. En las primeras 24 horas de vida hay que realizar ecografía abdomino-pélvica, radiografía de raquis y sacro, ecocardiografía y ecografía medular. Según el tipo de malformación suele estar indicada la colostomía y, después se completa el estudio. La corrección definitiva se realiza en los primeros 6 meses de vida mediante Anorrectoplastia sagital posterior.

P-146

SÍNDROME DE BARDET-BIEDL, UN SÍNDROME POLIMALFORMATIVO POR CILIOPATÍA

Fuentes Muñoz, I.; Blázquez, J.C.; Díaz, N.; Martínez, M.
Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España.

Anamnesis: Paciente varón de 4 años de vida, con los antecedentes de situs inversus prenatal, sindactilia en manos y pies, clinodactilia, dilatación pielocalicial bilateral intraútero y criptorquidia bilateral, fue remitido a unidad de genética por síndrome polimarformativo en el contexto de diagnóstico reciente de obesidad, escoliosis, retraso del aprendizaje y déficit de atención. El estudio molecular fue compatible con ciliopatía tipo Síndrome Bardet-Biedl por variante c.T332A, p.L111X en el exón 4 del gen LZTFL1. Desde ese momento, se realizaron controles oftalmológicos anuales y a partir de los 9 años de vida, se objetivó degeneración tapetoretiniana con deterioro de la agudeza visual progresiva. Durante el seguimiento, se detectó proteinuria persistente e hipercalciuria idiopática leve.

Exploración clínica: Buen estado general. Fenotipo normal. Auscultación cardiopulmonar y abdomen normales. Ausencia del 5 dedo de mano derecha. Dedo supernumerario

en mano izquierda. Sindactilia en pie derecho del segundo y tercer dedo. Superposición del cuarto dedo del pie izquierdo con dedo corto. Genitales normales.

Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Para alcanzar el diagnóstico se realizó ecocardiografía, estudio genético-molecular, bioquímica en suero y estudio de orina de 24 horas y sistemático y sedimento de orina. El tratamiento fue la orquidopexia bilateral, amputación de dedo supernumerario, corsé de Milwaukee, metilfenidato, enalapril y losartán.

Conclusiones: El Síndrome de Bardet-Biedl es una enfermedad hereditaria multisistémica rara, caracterizada por poli-dactilia, retraso mental, obesidad, subdesarrollo de órganos reproductores, sordera y retinosis pigmentaria, sin tener que aparecer todos ellos al nacimiento. Es más frecuente en varones y su frecuencia es de 1 cada 50.000 recién nacidos. El pronóstico depende de la severidad de la lesión de los órganos afectados. No hay ningún tratamiento definitivo, este se limita al control de la obesidad y cirugía correctora de la polidactilia. Su herencia es autosómica recesiva y presenta heterogeneidad genética intensa, en relación a múltiples mutaciones cromosómicas.

P-147

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO EN VIAJES INTERNACIONALES. NUESTRA EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE SALUD GLOBAL UBICADA EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Seoane Cea, A.¹; Montesdeoca Melián, A.²; Mateos Durán, M.²; Rivero Batista, C.²; Castillo De Vera, M.³; Alegría Medina, C.¹

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España; ²Centro Salud Guanarame, Las Palmas de Gran Canaria, España;

³Centro Salud el Doctoral, Las palmas de Gran Canaria, España

Objeto del trabajo: Los viajes internacionales con niños se han incrementado, siendo una de las motivaciones principales las visitas a familiares (VFR).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Revisión de planes de viaje individualizados realizados en la unidad en los últimos 8 años. Variables: tipo de viaje, duración, edad y destino. Se utilizó el test X² para el análisis de variables cualitativas, mediante el programa SPSS.

Resultados: Desde 2012 a 2019 realizamos 1331 planes de viaje. El 95% de los viajeros eran VFR y la duración en el 71% era mayor a 30 días, encontrando una asociación estadísticamente significativa entre niños VFR con viajes de larga estancia en contraposición a los no VFR (p<0,05). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre VFR y otras variables como edad inferior a 2 años o viaje a zonas endémicas de paludismo.

Conclusiones:

- La mayoría de nuestros viajeros son VFR, lo cual ya de por sí, implica un riesgo añadido. Hallamos asociación estadísticamente significativa entre ser VFR y realizar un viaje de larga estancia.
- Atención Primaria es el lugar ideal (accesible) para realizar consejos al viajero internacional.
- Nuestros viajeros VFR no presentan otros factores de riesgo, a diferencia de otras publicaciones.

33 Congreso Nacional SEPEAP 2019

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE PEDIATRÍA
EXTRAHOSPITALARIA Y
ATENCIÓN PRIMARIA



HOTEL BEATRIZ TOLEDO

TOLEDO

17/19 OCTUBRE



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria



FUNDACIÓN PRANDI
DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA



SPM y CM
Sociedad de Pediatría
Madrid y Castilla-La Mancha

Secretaría Técnica

GRUPO PACIFICO
he power of meeting

C/Maria Cubi, 4 - Pral. 08006 Barcelona
C/Castelló 128, 7ª planta 28006 Madrid
congresosepeap@pacifico-meetings.com
www.sepeap.org