



El Rincón del Residente



caso clínico interactivo
www.sepeap.org

Coordinadores: M. García Boyano*, S. Criado Camargo*,
R. Vila de Frutos**, L. García Espinosa*

*Residentes de Pediatría del Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid.

**Residente de Pediatría del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid.

El Rincón del Residente es una apuesta arriesgada de Pediatría Integral. No hemos querido hacer una sección por residentes para residentes. Yendo más allá, hemos querido hacer una sección por residentes para todo aquel que pueda estar interesado. Tiene la intención de ser un espacio para publicaciones hechas por residentes sobre casos e imágenes clínicas entre otras. ¡Envíanos tu caso! Normas de publicación en www.sepeap.org

Caso clínico MIR. Haz tu diagnóstico

Se rasca el gato y me rasco yo. Pequeño brote epidémico familiar

M. Viana Granchinho*, A. Cubero Santos**

*Residente de 3^{er} año MFyC en el Centro de Salud Zona Centro, Badajoz.

**Pediatra en el Centro de Salud El Progreso, Badajoz



Resumen

Presentamos el caso de una enfermedad infecciosa frecuente en la edad pediátrica, que no suele presentarse como brote epidémico ni suponer un reto terapéutico. Sin embargo, en nuestro caso, afectó a cuatro hermanos que no respondieron favorablemente al tratamiento, tal como sería esperable, ya que tardó cuatro meses en solucionarse. Planteamos al lector una serie de preguntas para el diagnóstico y manejo de casos similares.

Abstract

We present a case of a frequent infectious disease in the pediatric age that does not usually present as an epidemic outbreak or pose a therapeutic challenge. However, in our case it has affected four brothers and due to various factors it didn't respond favorably to treatment, as it would be expected. It took four months to resolve. A series of questions for the diagnosis and management of similar cases are herein formulated.

Caso clínico

Anamnesis. Niños de 5 y 6 años que acuden a la consulta de Pediatría para valoración de lesiones cutáneas, muy pruriginosas, localizadas en tronco y cuero cabelludo, de semanas de evolución. No presentan fiebre ni otra sintomatología acompañante. Viven en medio urbano. Como antecedente epidemiológico a destacar, a los niños les gusta jugar con animales y, recientemente, han estado en contacto muy estrecho con gatos callejeros que presentaban zonas sin pelaje. Los hermanos duermen juntos. No refieren ningún otro familiar que tenga lesiones similares.

Pediatr Integral 2020; XXIV (1): 60.e1–60.e4

Exploración física

A la exploración física, se aprecian lesiones: redondeadas, rojizas, planas, bien delimitadas, que se extienden por los bordes, dejando una zona central descamativa y bordes sobre-elevados papulovesiculosos en el tronco de uno de los niños (Fig. 1) y una placa alopecica con pelos rotos y descamación en cuero cabelludo de su hermano (Fig. 2).

1. Ante la anamnesis y exploración física, ¿cuál sería la orientación diagnóstica?

- Pitiriasis rosada.
- Tiña corporal y de cuero cabelludo.
- Granulomas anulares.
- Impétigo.
- Picaduras.



Figura 1.



Figura 2.

2. ¿Cuál es la etiología de dichas lesiones?

- a. Vírica.
- b. Bacteriana.
- c. Fúngica.
- d. Parásitos.
- e. Autoinmune.

3. ¿Qué tratamiento sería el más adecuado?

- a. Aplicación de mupirocina tópica, 1 aplicación cada 8 h durante 5-10 días.
- b. No necesita tratamiento, una vez que suele remitir de forma espontánea.
- c. No necesita tratamiento, aunque se podría pautar crema de corticoides si las lesiones son muy molestas, sobre todo, en cuero cabelludo.
- d. Griseofulvina oral, al menos, durante 6 semanas, junto con clotrimazol crema, una aplicación diaria en lesiones corporales.
- e. Mebendazol 100 mg dosis única y repetir dosis a los 15 días.

4. ¿Qué recomendarías a los pacientes para prevenir el contagio?

- a. Medidas higiénicas: lavado de manos frecuente, limpieza de lugares comunes o compartidos...
- b. Evitar el contacto con animales infectados (se puede identificar por la presencia de una pequeña área de piel donde falta pelaje).
- c. No compartir elementos personales.
- d. Evitar transpirar excesivamente.
- e. Todas las respuestas anteriores son correctas.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Respuestas correctas

Pregunta 1. Respuesta correcta: b. Tiña corporal y de cuero cabelludo.

Comentario

Las tiñas son infecciones fúngicas contagiosas que afectan a las capas superficiales de la piel y los anejos cutáneos. Su contagio suele ser a través de contacto directo, ya sea piel con piel con una persona infectada, de animal a ser humano o de objeto a ser humano (ropa, toallas, ropa de cama y sábanas, peines y cepillos).

La tiña corporal se caracteriza por placas eritemato-desquamativas centrífugas que crecen de forma excéntrica, con mayor actividad en los bordes, que suelen ser discretamente pápulo-pustulosas y muy pruriginosas. A su vez, la tiña del cuero cabelludo se suele manifestar como placas alopecias con pelos rotos y descamación.

Pregunta 2. Respuesta correcta: c. Fúngica.

Comentario

Las tiñas son infecciones causadas por hongos filamentosos denominados dermatofitos. Existen diversas especies de dermatofitos, pero solo tres son patógenas humanas: *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*.

Pregunta 3. Respuesta correcta: d. Griseofulvina oral, al menos, durante 6 semanas, junto con clotrimazol crema, una aplicación diaria en lesiones corporales.

Comentario

Para el tratamiento de las tiñas, se plantean tres alternativas: tratamiento tópico, sistémico o ambos de forma complementaria. El tratamiento tópico consiste en la aplicación de un imidazólico, siendo el tratamiento de referencia el clotrimazol (una aplicación diaria durante 4-6 semanas). Se prefiere el tratamiento sistémico si hay: lesiones numerosas, afectación ungueal o del cuero cabelludo o si son tiñas inflamatorias. Algunos ejemplos de fármacos que se pueden utilizar son: griseofulvina (fármaco de elección) a 20 mg/kg/día, al menos, durante 6 semanas, terbinafina o itraconazol.

Pregunta 4. Respuesta correcta: e. Todas las respuestas anteriores son correctas.

Comentario

La tiña es difícil de prevenir, dado que es contagiosa incluso antes de que los síntomas aparezcan. De esta forma, es fundamental tomar una serie de precauciones como: medidas higiénicas (lavado de manos frecuente, limpieza de lugares comunes o compartidos...), evitar transpirar excesivamente, evitar el contacto con animales infectados y no compartir elementos personales (ropa, toallas, cepillos...).

Evolución

Tras el diagnóstico de tiña, se inicia tratamiento tópico con ketoconazol gel para los lavados del cuerpo y cuero cabelludo,

combinado con tratamiento sistémico con *griseofulvina oral* a 20 mg/kg/día durante 6 semanas, y se cita a los pacientes a la semana para revisión y valoración de la evolución de las lesiones, cita a la que no acuden.

Mes y medio después, vuelven a consulta. Refieren que las lesiones persisten y que tienen dos hermanos de 10 y 11 años a los que les han aparecido lesiones similares en cuero cabelludo. Al explorarlos, se objetiva empeoramiento de la tiña del cuero cabelludo, con la aparición de muchas lesiones y aumento de tamaño e impetiginización de las lesiones previas (Fig. 3). Las lesiones del cuerpo se han curado. Sospechamos que la mala evolución está relacionada con el incumplimiento terapéutico y el contacto mantenido con la fuente de contagio. Se les vuelve a insistir en la importancia de un adecuado cumplimiento terapéutico y medidas preventivas, y se les vuelve a pautar: griseofulvina en fórmula magistral, mupirocina en las lesiones impetiginizadas y ketoconazol gel para los lavados del cuerpo y cuero cabelludo.

En esta ocasión, sí pudimos comprobar una buena adherencia a citas y al tratamiento, y se consiguió la erradicación.



Figura 3.

Discusión

Las tiñas son enfermedades infecciosas producidas por hongos filamentosos denominados dermatofitos, que afectan a estructuras queratinizadas como: piel, pelo y uñas⁽¹⁻³⁾. La incidencia y los agentes etiológicos de las dermatofitosis varían mucho según: área geográfica, situación socioeconómica, inmigración, prácticas culturales, fármacos utilizados y época del año⁽³⁾.

Existen diversas especies de dermatofitos, pero solo tres son patógenas humanas: *Trichophyton*, *Microsporum* y *Epidermophyton*⁽²⁾.

Se clasifican según la localización, dividiéndolas en seis grupos:

1. Tiña del cuero cabelludo (*tinea capitis*): típica de la infancia. Suele cursar como placas alopecias con pelos rotos y

descamación, y puede ocasionar pequeñas epidemias^(2,3). En algunos países industrializados, representa un problema de salud pública, llega a afectar al 4% de niños en edad escolar y hasta el 15% son portadores asintomáticos⁽²⁾.

2. Tiña del cuerpo (*tinea corporis*): lesiones muy pruriginosas que se caracterizan por placas eritematodescamativas centrífugas que crecen de forma excéntrica, con mayor actividad en los bordes que suelen ser discretamente pápulo-pustulosos. La aparición de las lesiones suele darse en partes descubiertas, a causa de la fácil inoculación de las esporas fúngicas^(2,3).
3. Tiña de los pies (*tinea pedis*): se relaciona con el empleo de calzado y la frecuentación de espacios públicos, y se caracteriza por descamación en los espacios interdigitales^(2,3).
4. Tiña incógnito: es una tiña tratada erróneamente con corticoides, lo que dificulta su diagnóstico, ya que estos modifican el aspecto de la lesión^(2,3).
5. Tiña inguinal (*tinea cruris*): placas eritematodescamativas de bordes más activos, a nivel inguinal^(2,3).
6. Tiña ungueal: hiperqueratosis subungueal con onicomicosis^(2,3).

Su contagio suele ser a través de contacto directo, ya sea: piel con piel con una persona infectada, de animal a ser humano o de objeto a ser humano (ropa, toallas, ropa de cama y sábanas, peines y cepillos)⁽³⁾.

El diagnóstico es clínico, por la identificación de lesiones sugestivas, aunque a veces no es fácil y se puede confundir con: eccemas, dermatitis atópica, picaduras, dartros acromiante, granuloma anular, pitiriasis rosada, psoriasis, lesiones facticias..., con los cuales hay que hacer el diagnóstico diferencial⁽¹⁾. En determinadas situaciones es necesario proceder al cultivo⁽²⁾.

Respecto al tratamiento, se plantean dos vías: tópica o sistémica, o ambas de forma complementaria^(2,3). El tratamiento tópico consiste en la aplicación de un imidazólico, siendo el tratamiento de referencia el *clotrimazol* (una aplicación diaria durante 4-6 semanas). Se prefiere el tratamiento sistémico, si hay: lesiones numerosas, afectación ungueal o del cuero cabelludo, o si son tiñas inflamatorias. Algunos ejemplos de fármacos que se pueden utilizar son: *griseofulvina*, vía oral (fármaco de elección) a 20 mg/kg/día, al menos, durante 6 semanas, *terbinafina* o *itraconazol*^(2,3). Es fundamental realizar una pauta de tratamiento larga y mantenida, una vez que la mayoría de los casos de recidivas son debido a tratamientos cortos⁽²⁾.

En conclusión, la tiña a pesar de ser una entidad frecuente en la edad pediátrica, no suele presentarse como brotes epidémicos. Hay determinados casos, como el nuestro, que debido a las dificultades económicas para acceder al tratamiento en fórmula magistral, mal cumplimiento terapéutico y dificultad de seguimiento clínico, debido a cambios constantes de domicilio, pueden suponer un reto terapéutico de difícil manejo y conllevar un pequeño brote familiar. En nuestro caso, tardamos cuatro meses en solucionarlo.

Palabras clave

Tiña; Epidemia; Micosis; *Tinea*; *Epidemic*; *Mycosis*.

Bibliografía

1. Ruiz Escusol S, Guijarro Tapia E, Cardona Marqués A, Hernández Alabart MM, Muniain Díaz de Cerio MP, Martín Lorente AM, et al. Epidemia de tiña por *Trichophyton tonsurans* en una escuela. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016; 18: 325-31.
2. Sánchez-Carazo JL, Martín B. Las tiñas. An Pediatr Contin. 2007; 5: 114-7 - Vol. 5 Núm.2 DOI: 10.1016/S1696-2818(07)74120-3.
3. Hernández MB, Campos M, Saavedra-Lozano J. Actualización infecciones fúngicas superficiales. An Pediatr Contin. 2013; 11: 254-66.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Caso clínico MIR. Haz tu diagnóstico

Esplenomegalia asintomática a los 3 años de edad

M. Polo de Dios*, J.M. Marco Sánchez*,
M.C. Mendoza Sánchez**, T. de la Calle Cabrera***

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

*Residente del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca,

**Médico adjunto de la Unidad de Hematología y Oncología Infantil del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

***Médico Adjunto de Pediatría del Centro de Salud Tamames de Salamanca.



Resumen

Niña de 3 años a la que se detecta esplenomegalia en un examen periódico de salud de Atención Primaria, sin otra clínica acompañante. En la analítica realizada, como estudio complementario, destaca ligera anemia con reticulocitos elevados y una bilirrubina levemente aumentada.

Abstract

3-year-old girl with splenomegaly detected in a routine medical examination at a Primary Care Center with no other symptoms. The blood test shows anemia with increased reticulocyte count and hyperbilirubinemia.

Caso clínico

Niña de 3 años a la que se detecta esplenomegalia en un examen periódico de salud de Atención Primaria. No refiere astenia, pérdida de peso ni anorexia. No se objetiva ictericia, ni asocia orinas colúricas. No refiere otra sintomatología. Antecedentes personales: ingresada en Neonatología al 2º día de vida por hiperbilirrubinemia, con una bilirrubina total máxima de 20,1 mg/dL y Coombs directo negativo, que precisó fototerapia simple durante 48 horas. Desarrollo psicomotor adecuado y curva ponderoestatural ascendente. Antecedentes familiares: padre con talasemia menor; resto, sin interés.

En la exploración física, se objetiva esplenomegalia de aproximadamente 3-4 cm, con abdomen blando, depresible y no doloroso a la palpación, sin otras masas ni hepatomegalia. No se palpan adenopatías. No ictericia ni palidez. No otros hallazgos exploratorios relevantes.

Se realizan las siguientes pruebas complementarias:

- Analítica: Hb: 11,3 g/dL; Hto: 29%; VCM: 73,4 fL; HCM: 28,3 pg; CHCM: 38,6 g/dL; ADE: 17,8%; reticulocitos: 11,2%. Series leucocitaria y plaquetar: normales. Bilirrubina total: 2,02 mg/dL; bilirrubina directa: 0,59 mg/dL; LDH: 243 U/L. Resto de la analítica sin alteraciones.
- En la extensión de sangre periférica, se observan esferocitos, sin células dismórficas ni células inmaduras. Test de Coombs directo: negativo. Electroforesis normal.
- Ecografía abdominal: bazo aumentado de tamaño para la edad, de 11 x 3 cm de diámetro, con ecoestructura homogénea sin lesiones focales. Hígado, vesícula, porta, colédoco, páncreas y riñones normales.

1. ¿Cuál de estas entidades no forma parte del diagnóstico diferencial de la esplenomegalia en el niño?
 - a. Mucopolisacaridosis.

- b. Leishmaniasis.
 - c. Anemia hemolítica.
 - d. Leucemia linfoblástica aguda.
 - e. Glucogenosis hepática.
2. A la vista de los hallazgos en la exploración física y los datos de las pruebas complementarias, ¿qué patología es la más probable?
 - a. Esferocitosis hereditaria.
 - b. Infección aguda por virus Epstein-Barr.
 - c. Leucemia linfoblástica aguda.
 - d. Anemia megaloblástica por déficit de vitamina B₁₂.
 - e. Anemia hemolítica autoinmune.
 3. En relación a la esferocitosis congénita, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?
 - a. La presencia de esferocitos es patognomónica.
 - b. El tratamiento mediante esplenectomía es curativo de la enfermedad y debe realizarse en todos los casos.
 - c. Es debido a una deficiencia enzimática.
 - d. Es necesario el diagnóstico de confirmación por citometría de flujo.
 - e. Como complicaciones asociadas podemos encontrar litiasis biliar.
 4. En un paciente en el que nos planteamos realizar esplenectomía por esferocitosis hereditaria grave, ¿qué medidas de prevención deberán tenerse en cuenta?
 - a. Vacunación antigripal anual.
 - b. Penicilina diaria profiláctica mínimo hasta 1-2 años después del procedimiento.
 - c. Esperar al menos hasta que el paciente cumpla 5 años.
 - d. Vacunaciones frente al neumococo con pauta secuencial (VNC13/VNP23), *Haemophilus influenzae* tipo b y ACWY.
 - e. Todas son verdaderas.

Respuestas correctas

Pregunta 1. Respuesta correcta: e. Glucogenosis hepática.

Comentario

- Incorrecta. Este defecto enzimático produce un acúmulo progresivo del sustrato correspondiente en diferentes tejidos, incluyendo frecuentemente el bazo.
- Incorrecta. El cuadro clínico de presentación de la leishmaniasis se caracteriza por: fiebre, esplenomegalia, hepatomegalia y alteraciones analíticas como: anemia, leucopenia, trombocitopenia, hipoalbuminemia e hipergammaglobulinemia.
- Incorrecta. En las anemias hemolíticas, se produce una reducción de la vida media del hematíe, debido a una destrucción anormalmente elevada. Según la intensidad y el mecanismo fisiopatológico de la hemólisis, esta cursará de forma asintomática o con: anemia, ictericia y/o esplenomegalia, más frecuentemente en el caso de la hemólisis extravascular.
- Incorrecta. Es el cáncer más frecuente en la infancia, constituyendo el 80% de todas las leucemias agudas de la edad pediátrica. En muchos de los casos, cursa con esplenomegalia por infiltración tumoral.
- Correcta.** Las *glucogenosis* hepáticas son el conjunto de enfermedades hereditarias que afectan al *metabolismo* del glucógeno almacenado en el hígado. En general, están causadas por deficiencias de *enzimas* implicadas en dicho proceso y tienen unas características clínicas similares (*hepatomegalia*, *hipoglucemia* y retraso del crecimiento).

Pregunta 2. Respuesta correcta: a. Esferocitosis hereditaria.

Comentario

- Correcta.** El VCM ligeramente disminuido, la CHCM elevada, así como el aumento de LDH, bilirrubina y reticulocitos son parámetros altamente sugerentes para sospechar un cuadro de esferocitosis hereditaria, cuando el Coombs directo es negativo.
- Incorrecta. En la infección aguda por el VEB, es frecuente encontrar leucocitosis a expensas de linfocitos, así como alteraciones de la función hepática, datos que no encontramos en este caso.
- Incorrecta. Parece poco probable, no solo por la anamnesis y la normalidad de la exploración física, sino por la ausencia de citopenias y de blastos, y la normalidad del recuento leucocitario en la analítica, aunque el diagnóstico definitivo precisa estudiar la médula ósea.
- Incorrecta. La anemia megaloblástica por déficit de vitamina B₁₂ es una anemia arregenerativa en la que el VCM suele ser elevado, aunque en ocasiones, puede estar enmascarado si asocia ferropenia o una talasemia. Puede haber trombopenia y leucopenia asociadas. El recuento reticulocitario suele ser normal o bajo.

- Incorrecta. El test de Coombs directo suele ser positivo.

Pregunta 3. Respuesta correcta: e. Como complicaciones asociadas podemos encontrar litiasis biliar.

Comentario

- Incorrecta. La presencia de esferocitos en el frotis no es patognomónica de la enfermedad, pudiendo aparecer en las anemias hemolíticas neonatales por mecanismo isoimmune por paso transplacentario de anticuerpos maternos y en las anemias hemolíticas autoinmunes.
- Incorrecta. La esplenectomía es efectiva para disminuir la hemólisis, logrando prolongar la vida media del eritrocito. Con este procedimiento se reducen las manifestaciones clínicas y las complicaciones (anemia y litiasis vesicular). Se recomienda en los casos graves y se debe considerar en los moderados, si afectan a la calidad de vida en los mayores de 6 años.
- Incorrecta. La esferocitosis hereditaria es un tipo de anemia hemolítica debida a un defecto de algunas proteínas de la membrana eritrocitaria.
- Incorrecta. La asociación de: historia familiar positiva, hallazgos clínicos característicos (anemia hemolítica con CHCM > 36 g/dl), la visualización de esferocitos en el extendido de sangre periférica y la prueba de Coombs directa negativa, pueden ser suficientes para confirmar el diagnóstico.
- Correcta.** La litiasis biliar es la complicación principal junto a las crisis anémicas. En nuestra paciente, se realizó una citometría de flujo con 5'eosina maleimida, la cual mostró valores levemente inferiores a la normalidad, por lo que no se pudo confirmar ni descartar el diagnóstico de esferocitosis hereditaria mediante la misma. Por dicho motivo, se llevó a cabo un estudio genético mediante secuenciación masiva, en el cual se objetivó una variante Glu596STOP en el gen *STPB* (espectrina beta) que confirmó el diagnóstico de esferocitosis hereditaria.

Pregunta 4. Respuesta correcta: e. Todas son verdaderas.

Comentario

- Incorrecta.
- Incorrecta.
- Incorrecta.
- Incorrecta.
- Correcta.** La vacunación antigripal es importante en esta patología, ya que puede ser predisponente para infecciones por gérmenes capsulados. Se requiere profilaxis con penicilina un mínimo de 1-2 años después del procedimiento. El riesgo de sepsis post-esplenectomía es mayor en niños pequeños y puede disminuirse al diferir la esplenectomía hasta los 5 años de edad. *Haemophilus influenzae* tipo b, meningococo y neumococo son gérmenes encapsulados

que afectan especialmente a los pacientes con asplenia y frente a los cuales deben estar protegidos.

Discusión

El diagnóstico de la esferocitosis hereditaria se basa en: la historia clínica, los antecedentes familiares, la exploración física y los parámetros analíticos (hemograma, morfología e índices eritrocitarios, recuento de reticulocitos y prueba de Coombs directa negativa)⁽¹⁾. El VCM y la CHCM son parámetros clínicos importantes para predecir el diagnóstico. Se usa como valor de corte de CHCM >36 g/dL como parámetro indicador⁽²⁾. Como resumen, nuestros parámetros diagnósticos clínicos para sospechar una esferocitosis serían los siguientes: esplenomegalia en la mayoría de casos, índices eritrocitarios (VCM disminuido, CHCM elevado, aumento de reticulocitos y anemia), presencia de esferocitos en la extensión de sangre periférica, test de Coombs directo negativo y evidencia de hemólisis (LDH, reticulocitos y bilirrubina elevados).

En ausencia de historia familiar, el diagnóstico diferencial más importante es la anemia por déficit enzimático. En caso de morfología atípica, deben considerarse otras anomalías de membrana.

La confirmación se realiza mediante estudios complementarios como, entre otros: el test de fragilidad osmótica

eritrocitaria, de lisis con glicerol acidificado, de criohemólisis hipertónica o la citometría de flujo con de 5'eosina maleimida, que tiene una sensibilidad del 89-93% y una especificidad del 96-99%⁽³⁾.

El tratamiento varía según la sintomatología. La esplenectomía estaría indicada en casos graves. El suplemento de folato está indicado solo en casos de hemólisis moderada o grave. Es importante en estos pacientes un seguimiento periódico según el grado de severidad.

Palabras clave

Esplenomegalia; Anemia hemolítica; Esferocitosis hereditaria; *Splenomegaly; Hemolytic Anemia; Hereditary Spherocytosis.*

Bibliografía

1. González H. Anemias hemolíticas en la infancia. *Pediatría Integral*. 2012; XVI(5): 378-86.
2. Attie M, Cocca A, Basack N, Schwalb G, Drelichman G, Aversa L. Actualización en esferocitosis hereditaria. *Hematología Pediátrica*. 2012; 16:106-13.
3. Madero L, Lassaletta A, Sevilla J. *Hematología y oncología pediátrica*. 3ª ed. Madrid: Ergon; 2015.



Questionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".