sepeap

Pediatría Integral

Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

VOLUMEN XXX
Nº ESPECIAL 25
OCTUBRE 2026
CURSO VIII

40 Congreso Nacional

SEPEAP

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria





MADRID | 15, 16 y 17 de octubre de 2026
Hotel NH Collection Madrid Eurobuilding
sepeap.org

sepeap

aep Asociación Española de Pediatría

SPMyCM Sociedad de Pediatría Madrid y Castilla-La Mancha

FUNDACIÓN PRANDI DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA

CARTAS DE BIENVENIDA



Cristóbal Coronel Rodríguez

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

Queridos/as compañeros/as y amigos/as:

Es un verdadero honor daros la bienvenida al 40º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), que tendrá lugar en Madrid del 15 al 17 de octubre de 2026, una edición especialmente significativa al celebrar cuarenta congresos de encuentro, aprendizaje y compromiso con la salud infantil.

A lo largo de estas cuatro décadas, nuestra sociedad ha crecido en experiencia, en responsabilidad y en vocación de servicio. Hoy seguimos compartiendo la misma ilusión que nos ha acompañado desde nuestros inicios: la de crear un espacio de referencia para la actualización científica, el intercambio de conocimientos y el fortalecimiento de los lazos profesionales entre todos los pediatras que trabajamos por y para nuestros niños y sus familias.

El programa científico de esta edición ha sido cuidadosamente diseñado por la Junta Directiva y los comités organizador y científico, con el objetivo de ofrecer contenidos actuales, rigurosos y de clara aplicabilidad en la práctica clínica diaria. Contaremos con la participación de ponentes de reconocido prestigio, que abordarán los principales retos y avances en pediatría extrahospitalaria y atención primaria, fomentando la participación activa, el debate constructivo y la reflexión compartida.

Madrid, ciudad abierta, dinámica y acogedora, será el escenario perfecto para combinar intensas jornadas de trabajo con espacios para el encuentro personal y profesional, en un entorno que invita al diálogo, la colaboración y la convivencia.

Como presidente de la Sociedad, os invito cordialmente a formar parte de este 40º Congreso Nacional de la SEPEAP, convencido de que será una experiencia enriquecedora tanto en el ámbito científico como humano.

Recibid un afectuoso saludo.



Gema García Ron

Presidenta del comité organizador

Queridos/as compañeros/as y colaboradores/as:

Es un placer daros la bienvenida al 40º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), que se celebrará en Madrid del 15 al 17 de octubre de 2026. Para el Comité Organizador, y para mí personalmente, asumir la responsabilidad de esta edición tan especial supone un honor y una gran responsabilidad, y agradecemos profundamente la confianza depositada por la SEPEAP al delegar en nosotros la organización de este congreso en Madrid.

Desde el primer momento, hemos trabajado con dedicación para diseñar un congreso que responda a las necesidades reales de la práctica pediátrica actual, cuidando cada detalle para que el encuentro sea dinámico, participativo y de alto valor formativo. Nuestro objetivo ha sido crear un entorno que favorezca el intercambio de experiencias, la actualización de conocimientos y el contacto directo entre profesionales, ponentes y entidades colaboradoras.

La colaboración de los patrocinadores resulta fundamental para hacer posible este proyecto. Gracias a vuestro apoyo, el congreso no solo crece en calidad científica, sino también en oportunidades de innovación, formación y desarrollo profesional. Valoramos especialmente vuestra implicación y vuestra confianza en este foro como espacio de encuentro entre la comunidad pediátrica y la industria.

Madrid nos acogerá como sede de este 40º aniversario, ofreciendo un marco incomparable para compartir conocimiento, reforzar alianzas y seguir avanzando juntos en la mejora de la atención a la infancia.

En nombre del Comité Organizador, os agradezco sinceramente vuestro apoyo y vuestra participación, y os animo a formar parte activa de este congreso que, sin duda, será memorable.

Recibid un cordial saludo.

CASA DE S. M. EL REY

CREDENCIAL

Nº 220/2026

Su Majestad el Rey, accediendo a la petición que tan amablemente Le ha sido formulada, ha tenido a bien aceptar la

PRESIDENCIA DEL COMITÉ DE HONOR

del **«40.º CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA (SEPEAP)»**, que tendrá lugar en Madrid del 15 al 17 de octubre de 2026.

Lo que me complace participarle para su conocimiento y efectos.

PALACIO DE LA ZARZUELA, 2 de octubre de 2026

EL JEFE DE LA CASA DE S.M. EL REY

SEÑORA PRESIDENTA DEL CONGRESO.

MADRID



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

Comité de honor

Presidencia de Honor:
S.M. el Rey Don Felipe VI

Presidenta de la Comunidad de Madrid
Excma. Sra. Dña. Isabel Díaz Ayuso

Alcalde de Madrid:
Excmo. Sr. D. José Luis Martínez-Almeida Navasqüés

Consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid:
Excma. Sra. Dña. Fátima Matute Teresa

Presidente de la Asociación Española de Pediatría:
Dr. D. Luis Carlos Blesa Baviera

Presidenta de la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha:
Dra. Dña. Virginia González Ojeda

Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria:
Dr. D. Cristóbal Coronel Rodríguez

Presidenta del Comité Organizador del 40 Congreso Nacional SEPEAP:
Dra. Dña. Gema García Ron

Presidente de Honor de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria:
Ilustre Dr. D. José del Pozo Machuca

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

Presidente: Cristóbal Coronel Rodríguez

Vicepresidenta: Belén Aguirrezabalaga González

Secretaria: María del Carmen Sánchez Jiménez

Tesorero: Gonzalo de la Fuente Echevarría

Presidente de la Fundación Prandi:
Fernando García-Sala Viguer

Presidente de Honor de la SEPEAP:
Dr. José del Pozo Machuca
†Dr. Francisco José Prandi i Farràs

Asesor de la Junta Directiva:
Francisco Javier Pellegrini Belinchón

Vocales nacionales:
María Ángeles Learte Álvarez
Begoña Pelegrín López
Gema García Ron
Alfonso Amado Puentes
Anselmo Hernández Hernández

Pediatría Integral

Directora de la Revista Pediatría Integral:
Inés Hidalgo Vicario

Subdirectores Pediatría Integral:
Josep de la Flor i Brú
Teresa de la Calle Cabrera

Jefe de redacción de Pediatría Integral:
Jesús Pozo Román

Página web

Director de la página web: Javier López Ávila

Fundación Prandi

Presidente: Fernando García-Sala Viguer

Vicepresidenta 1ª: María Ángeles Learte Álvarez

Secretaria: María Prandi Chevalier

Patronos:
José Luis Bonal Villanova
Cristóbal Coronel Rodríguez
Fernando García-Sala Viguer
María Ángeles Learte Álvarez
Venancio Martínez Suárez
Francisco Javier Pellegrini Belinchón
María Prandi Chevalier

Comité Organizador

Presidenta: Gema García Ron

Presidente de Honor: José del Pozo Machuca

Vicepresidente: Santiago-Esteban García Tapia

Comité Científico

Olga María Gómez Bueno
Reyes Mazas Raba
Begoña Pelegrín López
Jimena Pérez Moreno
María Villa Arranz
Noelia Rodríguez Blanco -
(Coordinación Científica de Enfermería)

Índice

TALLERES SIMULTÁNEOS

Cirugía pediátrica en Atención Primaria 7
Ponentes: David Peláez Mata, Carmen Cebrián Muiños, Alicia Mira Palacios

TALLERES SIMULTÁNEOS

Electrocardiografía 10
Ponentes: Beatriz del Pozo Menéndez, Hemir David Escobar Pirela

TALLERES SIMULTÁNEOS

La simulación clínica y el *debriefing*: ejes del aprendizaje práctico en RCP pediátrica 12
Ponentes: Sara Pons Morales, Martín Ródenas Moreno, Fernando Moya Domingo, Ignacio Manrique Martínez

TALLERES SIMULTÁNEOS

Reanimación cardiopulmonar básica pediátrica y desfibrilación semiautomática (DESA) 14
Ponentes: Ignacio Manrique Martínez, Alejandro Fernández Calatayud, Juan Antonio Utrero Valiente, Sara Pons Morales, Valero Sebastián Barberán, Carmen de la Torre Morales

TALLERES SIMULTÁNEOS

Diagnóstico diferencial de exantemas en pediatría. ¿Sabrías diagnosticar de forma clínica un caso de sarampión? 18
Moderadora: Gema García Ron
Ponentes: Javier Pellegrini Belinchón, Gema García Ron

TALLERES SIMULTÁNEOS

Cuando la empatía cura: patología pediátrica que necesita de una buena comunicación 23
Coordinadora: Dra. Reyes Mazas Raba
Ponentes: José Gabriel Ruiz Soler, Reyes Mazas Raba, Ana María Escalona Gil, María Martín Galache

TALLERES SIMULTÁNEOS

Utilidad de la ecografía clínica en urgencias pediátricas 27
Ponentes: Manuel Porcar Almela, Inés Osiniri Kippes

CURSOS PRECONGRESO

Un paseo musical por la piel 29
Ponentes: Begoña Pelegrín López, Carlos Iglesias Gómez, Luis Ortiz González, Reyes Mazas Raba

SEMINARIOS SIMULTÁNEOS

Criterios Roma V: nuevo paradigma en los trastornos digestivos funcionales 30
Moderador: Cristóbal Coronel Rodríguez
Ponentes: Luis Carlos Blesa Baviera, Juan José Díaz Martín

SEMINARIOS SIMULTÁNEOS

Manejo 360° del trastorno del espectro autista 32
Moderador: Adrián García Ron
Ponentes: Pedro Javier Rodríguez Hernández, Aida Hamdani Mañas

CONFERENCIA EXTRAORDINARIA

Práctica clínica e investigadora: cómo integrarla en la vida diaria 35
Moderadora: Gema García Ron
Ponente: Javier Cortés Castán

MESA REDONDA SIMULTÁNEA

Prevención e identificación temprana de los trastornos de la conducta alimentaria en el niño 36
Moderadora: Reyes Mazas Raba
Ponente: Venancio Martínez Suárez

MESA REDONDA SIMULTÁNEA

Actualización del abordaje y tratamiento del asma en Atención Primaria 38
Moderador: Francisco Javier Pellegrini Belinchón
Ponentes: Cristina Ortega Casanueva, Javier Pellegrini Belinchón, Sonia de Arriba Méndez

MESA MIR

Taller de emergencias pediátricas en Atención Primaria 42

Moderadora: María del Carmen Sánchez Jiménez
Ponentes: Elena Blanco Iglesias,
Esther Pérez Suárez

CASOS CLÍNICOS SIMULTÁNEOS

Casos clínicos de endocrinología en Atención Primaria 48

Moderadora: Inés Hidalgo Vicario
Ponente: María Güemes Hidalgo

CASOS CLÍNICOS SIMULTÁNEOS

Hematuria y síndrome nefrítico en la infancia: importancia del diagnóstico diferencial con otras glomerulopatías desde Atención Primaria 49

Moderadora: Olga María Gómez Bueno
Ponentes: Cristina Blázquez Gómez,
Mar Espino Hernández,
Ana Roche Gómez

ENCUENTRO CON EL EXPERTO SIMULTÁNEO

Prevención de la conducta suicida en el adolescente: papel del pediatra de Atención Primaria 53

Moderadora: María Villa Arranz
Ponente: Jesús García Pérez

ENCUENTRO CON EL EXPERTO SIMULTÁNEO

Riesgos nutricionales pediátricos en el siglo XXI 58

Moderador: Fernando García-Sala Viguer
Ponente: Isidro Vitoria Miñana

ENCUENTRO CON EL EXPERTO SIMULTÁNEO

Point of care: ¿lo necesitas o no? 59

Moderadora: Ana Alonso Rubio
Ponentes: María Domínguez Villoria,
Cristina García Ribera,
Josep Marés Bermúdez

COMUNICACIONES ORALES 60

PÓSTER CON DEFENSA 102

PÓSTER SIN DEFENSA 148

sepeap
Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Cirugía pediátrica en Atención Primaria

David Peláez Mata*, Carmen Cebrián Muiños**, Alicia Mira Palacios*

*Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Gregorio Marañón. Madrid - **Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Salamanca

Introducción y justificación

La cirugía menor ambulatoria (CMA) abarca un conjunto de intervenciones quirúrgicas sencillas, realizadas bajo anestesia local sobre tejidos superficiales o estructuras de fácil acceso, con una duración breve y un riesgo mínimo de complicaciones posquirúrgicas significativas. La inclusión de estos procedimientos dentro de la cartera de servicios de la Atención Primaria (AP) está regulada por el Sistema Nacional de Salud en España. Su puesta en práctica promueve importantes ventajas: incrementa de forma directa la capacidad resolutiva del pediatra del primer nivel asistencial, disminuye la demora en la atención especializada hospitalaria al resolver casos de baja complejidad y permite un acercamiento terapéutico más humanizado y familiar para el niño y sus cuidadores. Sin embargo, a pesar de sus claros beneficios clínicos y de gestión, su implantación real en la pediatría extrahospitalaria sigue siendo escasa y desigual.

El pediatra de AP desempeña un rol estratégico insustituible en el seguimiento del niño. No solo es el primer profesional en detectar patologías quirúrgicas susceptibles de corrección electiva durante los controles rutinarios de salud infantil, sino que además debe poseer las competencias clínicas para manejar de forma inmediata patologías agudas prevalentes como laceraciones, heridas o procesos infecciosos cutáneos simples. Este taller surge, por tanto, con la vocación de unificar criterios, sistematizar la formación teórico-práctica del profesional de AP y de los residentes de Pediatría, y definir de manera inequívoca los criterios de seguridad y derivación oportuna hacia la cirugía especializada.

Objetivos docentes

El taller está estructurado con un enfoque eminentemente práctico, enfocado en dotar a los profesionales inscritos de las siguientes capacidades y destrezas científicas:

- **Conocer y manejar con destreza el instrumental quirúrgico básico:** identificando la función específica y el agarre correcto de cada elemento.
- **Dominar los materiales de sutura habituales:** comprendiendo las diferencias fundamentales entre suturas absorbibles y no absorbibles, calibres USP e indicaciones de acuerdo con la localización anatómica.
- **Aplicar técnicas sencillas de anestesia local de forma segura:** seleccionando el fármaco idóneo, calculando dosis en función del peso pediátrico y reconociendo sus posibles efectos adversos o toxicidad sistémica.
- **Adquirir habilidades manuales de suturas cutáneas:** ejecutando con precisión los puntos discontinuos y continuos de mayor utilidad clínica en el niño. Esta es la parte práctica de más peso del taller.
- **Garantizar la seguridad del procedimiento:** delimitando el campo quirúrgico bajo condiciones estrictas de asepsia y asumiendo con rigor los criterios de derivación especializada y exclusión de la técnica en AP.

Desarrollo del taller y contenidos científicos

Instrumental quirúrgico y preparación del campo

Para llevar a cabo procedimientos de cirugía menor en pediatría no es indispensable disponer de un quirófano convencional, siendo suficiente con un espacio limpio y debidamente acondicionado que cuente con camilla de exploración, luz focal dirigible, mesa, lavabo, contenedor de residuos biosanitarios y material básico de reanimación cardiopulmonar. El instrumental mínimo imprescindible para constituir una caja de cirugía menor pediátrica incluye (Fig. 1):

- **Mango y hojas de bisturí:** habitualmente mangos compatibles con hojas del nº 11 (incisión/drenaje de abscesos) y nº 15 (incisiones fusiformes de precisión).
- **Pinzas de disección:** especialmente pinzas tipo Adson con dientes (para la sujeción de la piel sin provocar aplastamiento de los bordes) y Adson sin dientes (para la manipulación delicada de planos subcutáneos).
- **Tijeras:** una tijera curva de disección de puntas romas para la disección roma de tejidos, y una tijera recta de hilos para el corte preciso de las suturas.



Figura 1. Instrumental mínimo imprescindible para constituir una caja de cirugía menor (tijeras, pinzas, portaagujas).

- **Pinzas hemostáticas:** pinzas tipo mosquito.
- **Portaagujas:** de tamaño adecuado para agujas pequeñas (p. ej.: portaagujas de Mayo-Hegar o de tipo Olsen-Hegar).

El bisturí se puede manejar en forma de "cuchillo" (para incisiones largas y profundas), "bolígrafo" (para cortes cortos y de máxima precisión) o "arco de violín", según las necesidades técnicas del operador. El mantenimiento estricto de la asepsia exige realizar un lavado de manos quirúrgico con jabón antiséptico, la colocación de guantes estériles, la preparación del instrumental sobre una mesa cubierta con paño estéril, la desinfección cutánea mediante el pincelado con clorhexidina al 2 % o povidona yodada en círculos concéntricos desde el centro a la periferia, y la delimitación del área mediante paños estériles fenestrados.

Anestesia local y consideraciones pediátricas

La anestesia debe seleccionarse meticulosamente atendiendo a su potencia, duración y potencial de toxicidad sistémica en el niño. En el paciente pediátrico se emplean de forma predominante los anestésicos locales de tipo amida por su excelente perfil de seguridad, destacando la **mepivacaína al 1 %** (dosis máxima de 4,5 mg/kg; duración aproximada de 90-120 minutos) y la **bupivacaína al 0,25-0,5 %** (dosis máxima de 1,5 a 2,5 mg/kg; de acción más prolongada). Debe tenerse especial precaución con las mezclas que asocian vasoconstrictores (adrenalina), estando estrictamente contraindicada su aplicación en zonas acras o de irrigación terminal (dedos de manos y pies, pabellón auricular, punta de la nariz y pene) debido al riesgo de inducir necrosis isquémica tisular.

La anestesia tópica (crema EMLA, gel de anestésico) es de gran utilidad en pediatría. Es indolora, pero su acción es superficial y poco duradera, por lo que debe utilizarse como complemento a la infiltración y requiere su aplicación bajo apósito oclusivo durante un periodo de 45 a 90 minutos previos a la intervención. En la reparación de laceraciones cutáneas agudas simples, el uso del **gel LAT (lidocaína, adrenalina, tetracaína)** ha demostrado proporcionar una anestesia excelente de forma no invasiva, facilitando la sutura sin necesidad de pinchazos adicionales.

Para la infiltración local, la aguja debe introducirse en el tejido subcutáneo, realizando una **aspiración previa** antes de cada inyección para evitar la administración intravascular accidental, la cual puede inducir toxicidad sistémica grave (neurológica y cardiológica). Las técnicas de infiltración más empleadas son el trayecto lineal, el bloqueo en abanico (romboidal) y el habón local. Las complicaciones potenciales de la anestesia local engloban la toxicidad sistémica, las reacciones de hipersensibilidad y el síncope vasovagal asociado a la ansiedad de la punción.

Materiales de sutura y selección del calibre

La selección idónea del material de sutura es fundamental para optimizar la cicatrización y minimizar la reacción inflamatoria cutánea. Los hilos de sutura se clasifican, según su permanencia en el organismo, en:

- **Suturas no absorbibles:** permanecen indefinidamente en el organismo y requieren su retirada física de la piel.
- **Suturas absorbibles:** se degradan gradualmente en el organismo mediante hidrólisis y no requieren retirada.
- **Adhesivos tisulares:** se aplican sobre la epidermis de heridas lineales limpias bajo nula o mínima tensión, manteniendo los bordes unidos de forma rápida, indolora y estética.

El calibre del hilo viene determinado por su numeración en ceros ("a más ceros, menor grosor"). En cirugía pediátrica se utilizan calibres finos para minimizar las marcas cicatriciales: calibres de 4/0 a 6/0 en cara y cuello, y de 3/0 a 4/0 en tronco, abdomen, espalda y extremidades. Para el plano subcutáneo se emplean exclusivamente hilos absorbibles de 3/0 o 4/0.

Principios generales de reparación de heridas y técnica quirúrgica

Toda sutura tiene como principio fundamental la aproximación precisa de tejidos homólogos para facilitar una cicatrización adecuada. La técnica quirúrgica del pediatra debe guiarse rigurosamente por los **principios de Halsted**:

- **Manipulación cuidadosa de los tejidos:** utilizando pinzas de disección y evitando aplastar los bordes.
- **Lograr una buena eversión de los bordes cutáneos:** la aguja debe penetrar la epidermis en un ángulo de 90º (perpendicular) respecto al plano cutáneo.
- **Disminuir la tensión de la herida antes de cerrarla.**
- **Cierre por planos:** en heridas profundas es indispensable aproximar el tejido subcutáneo (fascia de Scarpa) para eliminar los espacios muertos en los que puedan acumularse fluidos (seromas o hematomas).
- **Asegurar una hemostasia local de manera meticulosa:** mediante presión directa o ligadura de pequeños vasos.
- **Colocar el menor número de puntos necesario** que consiga una buena aproximación de los bordes sin estrangular los tejidos.

Al realizar el anudado, la primera lazada debe ser doble (nudo de cirujano) y la siguiente en sentido contrario, de forma que el nudo quede siempre situado a uno de los lados de la línea de incisión para facilitar la inspección y simplificar la posterior retirada de puntos.

Técnicas básicas de sutura cutánea

- **Punto simple discontinuo:** Técnica estándar en cirugía menor. Se realizan puntos independientes, equidistantes entre sí y respecto a los bordes de la incisión, garantizando la aposición de los bordes cutáneos.
- **Punto simple con nudo invertido o enterrado:** de elección para aproximar planos profundos y cerrar espacios muertos. Se realiza con material absorbible fino, discurriendo la aguja de abajo-arriba en un borde y de arriba-abajo en el contrario, quedando el nudo enterrado en el plano dermo-graso.
- **Punto de colchonero (vertical u horizontal:** los hilos distribuyen la tensión de forma uniforme.
- **Punto en V o de colgajo (sutura de 3 puntos):** técnica específica para suturar heridas que minimiza la necrosis isquémica en el vértice del colgajo.
- **Sutura continua intradérmica:** sutura estética por excelencia. El hilo discurre oculto de forma continua a nivel de la dermis, con nudos o fijaciones únicamente en los extremos de la incisión, proporcionando una cicatriz lineal fina sin marcas visibles de puntos.

Seguridad del procedimiento, complicaciones y criterios de derivación

Por definición, la cirugía menor posee un bajo índice de complicaciones posquirúrgicas significativas. Sin embargo, el pediatra de AP debe conocer y anticiparse a las complicaciones potenciales:

- **Hemorragia:** favorece la formación de hematomas y la subsiguiente infección. Se debe evitar intervenir a pacientes con alteraciones de la coagulación.
- **Seroma y hematoma:** se previenen mediante una hemostasia meticulosa y el correcto cierre de espacios muertos por planos dermo-grasos.
- **Infección:** se evita con una irrigación y limpieza de arrastre exhaustivas y una estricta técnica aséptica.
- **Dehiscencia:** secundaria a una tensión excesiva o nudos flojos. Ante una dehiscencia, no se debe volver a suturar, indicando el cierre por segunda intención.
- **Granuloma de sutura:** reacción inflamatoria de cuerpo extraño. Se previene empleando materiales absorbibles finos.
- **Cicatriz hipertrófica y queloide:** mayor predisposición en ciertas zonas corporales de alta tensión.

Criterios de derivación especializada y exclusión en AP

Es de vital importancia identificar los límites de la cirugía menor en AP. El pediatra debe abstenerse de actuar y derivar al cirujano pediátrico en las siguientes circunstancias:

- **Lesiones sospechosas de malignidad:** es obligatorio enviar sistemáticamente para su correspondiente análisis histopatológico definitivo cualquier espécimen sólido extirpado en el centro de salud.
- **Lesiones profundas que sobrepasen la aponeurosis muscular:** dado el elevado riesgo de lesión de estructuras vasculares, tendinosas o nerviosas profundas.
- **Lesiones localizadas en zonas anatómicas de alto riesgo:** debido a su compleja vascularización o repercusión funcional y estética: cara, regiones retroauricular, mandibular y cervical, flexuras (codo, muñeca) y dedos.
- **Pacientes pediátricos no colaboradores:** en los que la inmovilización física o la anestesia local sean insuficientes para garantizar la seguridad del procedimiento.
- **Heridas sucias o contaminadas:** con riesgo elevado de complicaciones que puedan necesitar cuidados especiales, antibioterapia IV o técnicas agresivas de limpieza.

Cuidados posteriores y seguimiento

Una vez finalizado el procedimiento, se debe realizar un seguimiento estrecho del paciente pediátrico. Se pautarán analgésicos sistémicos no opioides como ibuprofeno o paracetamol a las dosis habituales (evitando la aspirina por riesgo de hemorragia). Los cuidados locales recomendados a la familia incluyen:

- Mantener la herida limpia, seca y cubierta con apósito estéril durante las primeras 24-48 horas.
- Posteriormente, higiene suave diaria de la herida con agua y jabón neutro, secando minuciosamente sin frotar.
- La retirada de puntos se planificará rigurosamente según la zona anatómica y la tensión de la herida.
- Se debe advertir a la familia sobre los signos de alarma (dolor progresivo, eritema, secreción purulenta, fiebre).

Conclusiones

La incorporación de un programa reglado de CMA en la cartera de servicios de la Atención Primaria Pediátrica representa una estrategia altamente eficiente y coste-efectiva. Permite resolver de manera inmediata procesos frecuentes como laceraciones o extirpación de lesiones cutáneas benignas, optimizando sustancialmente el gasto sanitario de forma indirecta y reduciendo las listas de espera hospitalarias por medio de un servicio rápido y accesible.

No obstante, para garantizar la excelencia en los procesos, es indispensable una adecuada capacitación teórica y práctica del pediatra, el mantenimiento riguroso de los principios de asepsia y Halsted, y el cumplimiento de los criterios objetivos de seguridad y derivación, garantizando en todos los casos un seguimiento postquirúrgico minucioso del niño.

Bibliografía

Triana Junco P, Dore Reyes, M. Calendario quirúrgico en pediatría. En: Guerrero-Fernández, J. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. 6ª edición. Madrid. Ed. Médica Panamericana, 2018.

De Diego García EM, Tardáguila Calvo AR. Cirugía programada. Calendario quirúrgico. Pediatr Integral. 2014; 10: 760-6. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-12/cirugia-programada-calendario-quirurgico/.

Black KD, Cico SJ, Caglar D. Wound management. Pediatr Rev. 2015; 36: 207-15. Disponible en: https://doi.org/10.1542/pir.36-5-207.

Arroyo Sebastián A, Tomás Gómez AJ, Andreu Gálvez J, García Peche P, Arroyo Sebastián MA, Costa Navarro D, et al. Programa de implantación y desarrollo de la cirugía menor ambulatoria en atención primaria. Atención Primaria 2003; 32: 371-5.

Ramírez Puerta D, López Abuin JMC. Cirugía Menor. Manual de Práctica Quirúrgica y traumatológica en Atención Primaria. Fundación Instituto Upsa del dolor; 2003.

Peláez D, Alonso MA, Moráis A. Cirugía menor ambulatoria en atención primaria. An Pediatr Contin. 2006; 4: 189-92.

Electrocardiografía

Beatriz del Pozo Menéndez*, Hemir David Escobar Pirela**

*Cardiólogo Pediátrico. Jefe de Servicio - ** Cardiólogo Pediátrico. Adjunto de Servicio - Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz. Madrid

El electrocardiograma (ECG) es un registro eléctrico de la actividad del corazón. Es una técnica sencilla y reproducible que requiere de una adecuada técnica de realización y su estudio precisa de una lectura sistemática del mismo. El registro basal consta de 12 derivaciones: plano frontal (DI, DII, DIII, aVR, aVL, aVF) y precordiales (V1-V6).

La despolarización y repolarización cardiaca a nivel auricular y ventricular están representadas por las ondas y segmentos del ECG, que son:

- Onda P: despolarización de las aurículas, primero derecha y después izquierda.
- Segmento PR: repolarización auricular y enlentecimiento fisiológico a la entrada del ventrículo.
- Complejo QRS: despolarización ventricular. La despolarización del septo ocurre en primer lugar con el registro de la onda Q y, posteriormente, el ventrículo izquierdo, seguido del derecho, con las ondas R y S. Toda onda positiva es R; si es menor de 5 mm, será r y si hay doble onda positiva, se registra como R´ o r´. Toda onda negativa será codificada como S con similares características en cuanto al voltaje dicho previamente.
- Segmento ST: en condiciones normales, es isoeléctrico, sin diferencias de potenciales. Es la fase de despolarización lenta e inicial, incluyendo al punto J.
- Onda T: corresponde a la repolarización ventricular.

El ECG en la infancia tiene unas diferencias sustanciales con respecto al registro en la vida adulta. La principal diferencia es el predominio del ventrículo derecho durante los primeros meses de vida, igualándose al registro de adultos alrededor de los 10-11 años.

El predominio del ventrículo derecho en la infancia se objetiva con la desviación del eje eléctrico del QRS a la derecha (+110-120º en los primeros meses de vida) y el predominio de fuerzas derechas (ondas R predominantes en aVR y en precordiales derechas y ondas S predominantes en precordiales izquierdas). La duración del intervalo PR es más corta en la infancia de forma fisiológica y se va alargando conforme se avanza a la vida adulta. De igual manera, la onda T además suele ser negativa en precordiales derechas y va positivizando conforme se llega a la edad adulta.

No nos debe dar miedo enfrentarnos a su lectura para llegar a un diagnóstico si lo hacemos de forma sistemática. Para ello, estudiamos los siguientes ítems:

1. Ritmo.
2. Frecuencia.
3. Eje eléctrico.
4. Intervalos.
5. Crecimiento de cavidades.
6. Repolarización.

Ritmo

Hablamos de ritmo sinusal cuando el estímulo eléctrico se origina en el nodo sinusal. Las aurículas se activan de arriba abajo y de derecha a izquierda. Por tanto, en el ECG visualizaremos una onda P positiva en cara inferior (DII, DIII y aVF) y negativa en la derivación derecha (aVR), junto con complejos QRS regulares y precedidos de onda P. Todo lo que no cumpla este criterio podrá ser considerado no sinusal.

Frecuencia cardiaca

La frecuencia varía según la edad del paciente, siendo mayor a menor edad. Existen varias formas de calcularla. Lo más fácil es disponer de una regla de lectura automática de frecuencia, pero cuando no se dispone de ella, lo más sencillo es calcular la distancia entre dos RR consecutivos, dividiendo 300 entre el número de cuadrados grandes existentes entre ambas R, como se observa en la figura 1. Otro método es el de 1500. La frecuencia cardiaca se obtiene de dividir 1.500 entre el número de cuadrados pequeños que hay entre dos R consecutivas.

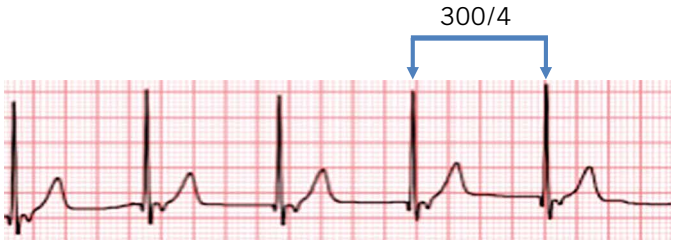


Figura 1. Cálculo de la frecuencia cardiaca según el método de 300.

Eje eléctrico

Para el cálculo del eje eléctrico, utilizamos las derivaciones del plano frontal, concretamente las derivaciones I y aVF, y el método de las aproximaciones (Fig. 2). Según la positividad

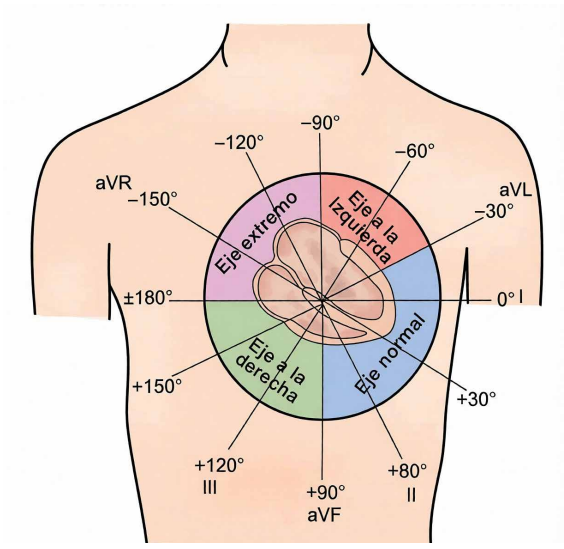


Figura 2. Sistema de referencia hexaxial para el cálculo del eje eléctrico según el método de las aproximaciones.

Tabla I. Trastornos de la conducción intraventricular

Bloqueo de rama izquierda	Bloqueo incompleto de rama derecha	Bloqueo completo de rama derecha
– Eje izquierdo – QRS ancho con duración mayor a 100 ms – No ondas Q en DI, V5, V6 – Ondas R anchas con muesca en DI, aVL, V5 y V6 – Ondas S anchas en V1 y V2	– No alteración del eje – QRS estrecho – Patrón rsR´o RsR´ en V1 – No alteraciones en la onda S en derivaciones izquierdas	– Eje derecho – QRS ancho con duración mayor a 100 ms – Patrón rsR´ con R´ empastada en aVR, V1, V2 – S ancha y empastada en DI, V5, V6

de sus ondas, buscamos la que tenga más positividad y así se acercará el eje eléctrico a esa derivación. Si buscamos además la derivación en la que el complejo QRS sea más isodifásico, el eje será perpendicular a esa misma derivación.

Intervalos

- PR: desde el comienzo de la onda P hasta el comienzo del QRS. Incluye la actividad auricular y el retraso de la conducción que genera el nodo auriculoventricular. Puede ser corto (síndromes de preexcitación) o largo (trastornos de la conducción auriculoventricular).
- QRS: tiempo que tarda el impulso eléctrico en despolarizar los ventrículos. Puede ser estrecho o ancho (trastornos de la conducción intraventricular o latidos ectópicos) (Tabla I).
- QT: mide el tiempo total de despolarización y repolarización ventricular. Para su cálculo, hay que utilizar el método tangencial (punto en el que se corta la tangente de la rama descendente de la onda T con la línea isoeléctrica) y usar las derivaciones con la onda T más claramente marcada, DII y V5 de forma estándar. En pediatría, corregimos esta medida con la frecuencia cardiaca, según la técnica de Bazett (Fig. 3).

$$\text{QTc} = \frac{\text{QTmedio (s)}}{\sqrt{\text{Intervalo RR previo (s)}}}$$

Figura 3. Fórmula de Bazett.

La fórmula de Bazett no corrige adecuadamente el intervalo a frecuencias cardiacas bajas; en este caso, se puede utilizar la fórmula de Fridericia, igual, pero con raíz cúbica en vez de cuadrada.

Crecimiento de cavidades

Cálculo de los voltajes para identificar criterios de crecimiento de cavidades auriculares y ventriculares. Para ello, en el caso de las aurículas, utilizamos la morfología de la onda P, en cuanto a amplitud y duración. Por otra parte, muchas cardiopatías congénitas producen sobrecarga de presión o volumen en los ventrículos, generando criterios electrocardiográficos de hipertrofia ventricular. Los voltajes exclusivamente altos no son criterio para definir una hipertrofia patológica, ya que, en el corazón del deportista, se objetivan voltajes altos sin cumplir otros criterios (Tabla II).

Tabla II. Criterios de crecimiento ventricular derecho e izquierdo

Criterios de hipertrofia ventricular derecha	Criterios de hipertrofia ventricular izquierda
– Desviación del eje a la derecha – Voltajes: R en V1, V2 y aVR > LSN – S en V5, V6 y D1 > LSN – Relación R/S anormal a favor de VD – T positiva en V1 > 3 días de vida – Presencia de onda Q o R pura en V1	– Desviación del eje a la izquierda – Voltajes: R en DI, II, III, aVF, aVL, V5, V6 > LSN – S en V1, V2 > LSN – Relación R/S anormal a favor de VI – Q profundas > 7 mm y/o T altas en V5-V6 – Patrón de tensión con ondas T planas o invertidas en DI o aVF. – T negativas en precordiales izquierdas

Repolarización ventricular

La onda T acompaña en polaridad al QRS. En condiciones normales, es negativa en aVR, III y V1. En los niños, es frecuente observar su negatividad desde V1-V4 y dependiendo de la edad. A partir de los 10 años, va positivizándose, pudiendo quedar solo negativa en V1. Siempre será patológico observar T negativa en V5-V6 a cualquier edad. En los niños, se pueden observar cambios en la polaridad en situaciones de miocardiopatías hipertróficas, trastornos de la conducción intraventricular o extrasistolia ventricular. Se pueden observar T negativas en cara inferior en el prolapso de la válvula mitral.

Puntos clave a recordar

- El ritmo sinusal precisa de un ritmo regular con complejos QRS precedidos de ondas P y que la onda P sea positiva en cara inferior (DII, DIII y aVF) y negativa en aVR.
- La frecuencia depende de la edad. El recién nacido y el lactante mantienen el gasto cardiaco a expensas de la frecuencia cardiaca.
- El intervalo PR se modifica con la edad. Es más corto cuanto más pequeño sea el niño.
- El eje superior siempre es patológico (aVF negativo siempre es patológico).
- El QTc se mide en DII y V5. Varias mediciones precisas, utilizando la regla de la tangente.
- La onda T siempre acompaña en polaridad al QRS en estado basal.
- T siempre positivas en V5-V6.

Bibliografía

Rijnbeek PR, Witsenburg M, Schrama E, Hess J, Kors JA. New normal limits for the paediatric electrocardiogram. Eur Heart J. 2001; 22: 702-11. Disponible en: https://doi.org/10.1053/euhj.2000.2399.

Allen HD, Shaddy RE, Penny DJ, Feltes TF, Cetta F, Mital S, et al. Moss & Adams' heart disease in infants, children, and adolescents: including the fetus and young adult. 9ª ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.

Hartmann J, Paerregaard MM, Norsk J, Pietersen A, Karmark Iversen K, Bundgaard H, et al. Gestational age and neonatal electrocardiograms. Pediatrics 2021; 148: e2021050942. Disponible en: https://doi.org/10.1542/peds.2021-050942.

Park MK, Salamat M. Park´s Pediatric Cardiology for practitioners. 7ª ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2020.

La simulación clínica y el *debriefing*: ejes del aprendizaje práctico en RCP pediátrica

Sara Pons Morales[(1)], Martín Ródenas Moreno[(2)], Fernando Moya Domingo[(3)], Ignacio Manrique Martínez[(4)]

[(1)]Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. GT RCP Básica SEPEAP - [(2)]Centro de Salud Nou Moles. Valencia - [(3)]Centro de Salud Las Torres de Cotillas. Murcia - [(4)]Instituto Valenciano de Pediatría. Valencia. GT RCP Básica SEPEAP

La parada cardiorrespiratoria (PCR) en la edad pediátrica, aunque menos frecuente que en la edad adulta en la práctica clínica de Atención Primaria, constituye una urgencia vital que conlleva una altísima gravedad y la exigencia de una respuesta inmediata y coordinada. La supervivencia y el pronóstico neurológico dependen en gran medida de la identificación precoz y el establecimiento de unas medidas iniciales estructuradas y eficaces. A diferencia del adulto, la etiología predominantemente respiratoria en pediatría exige un adecuado manejo de la vía aérea (Fig. 1).

La baja incidencia de estas emergencias extrahospitalarias genera un elevado nivel de inseguridad en los profesionales y variabilidad en la actuación ante situaciones críticas. En situaciones de alto estrés, solo la retención teórica de los algoritmos resulta insuficiente. La formación tradicional basada en el aprendizaje pasivo no garantiza la retención de competencias técnicas y no técnicas a largo plazo. Por ello, la simulación clínica se presenta como la estrategia de elección para el aprendizaje en urgencias pediátricas, ya que permite la práctica repetitiva, la automatización de decisiones y el entrenamiento en un entorno seguro que no compromete la seguridad del paciente[1].

Frente a la formación tradicional, los juegos formativos (*serious games*) y las dinámicas de *escape room* actúan como una variante novedosa de la simulación de baja/media fidelidad. Esta estrategia, además de ser interesante y entretenida para el usuario, permite que se aprenda en un entorno reactivo y seguro[2,3].

En el caso del *escape room*, a través de la resolución progresiva de retos clínicos, los participantes repasan de forma implícita la secuencia de la RCP básica pediátrica (reconocimiento de la inconsciencia, solicitud de ayuda y llamada al 112, apertura de la vía aérea, comprobación de respiración y signos de vida, ventilaciones de rescate y relación compresión-ventilación 15:2)[4]. Proponemos el siguiente programa metodológico:

- **Secuencia de retos y pruebas aplicadas:** los equipos deben resolver pruebas cooperativas que integran conceptos clave como la desobstrucción de la vía aérea (OVACE), las compresiones torácicas de calidad mediante metrónomo, la colocación de parches del DESA o el triaje de buenas prácticas.
- **Comunicación y coordinación:** pruebas dinámicas (como la comunicación mediante *walkie-talkies*) obligan a ejercitar la comunicación en bucle cerrado, el liderazgo compartido y la distribución de roles bajo la presión del tiempo.

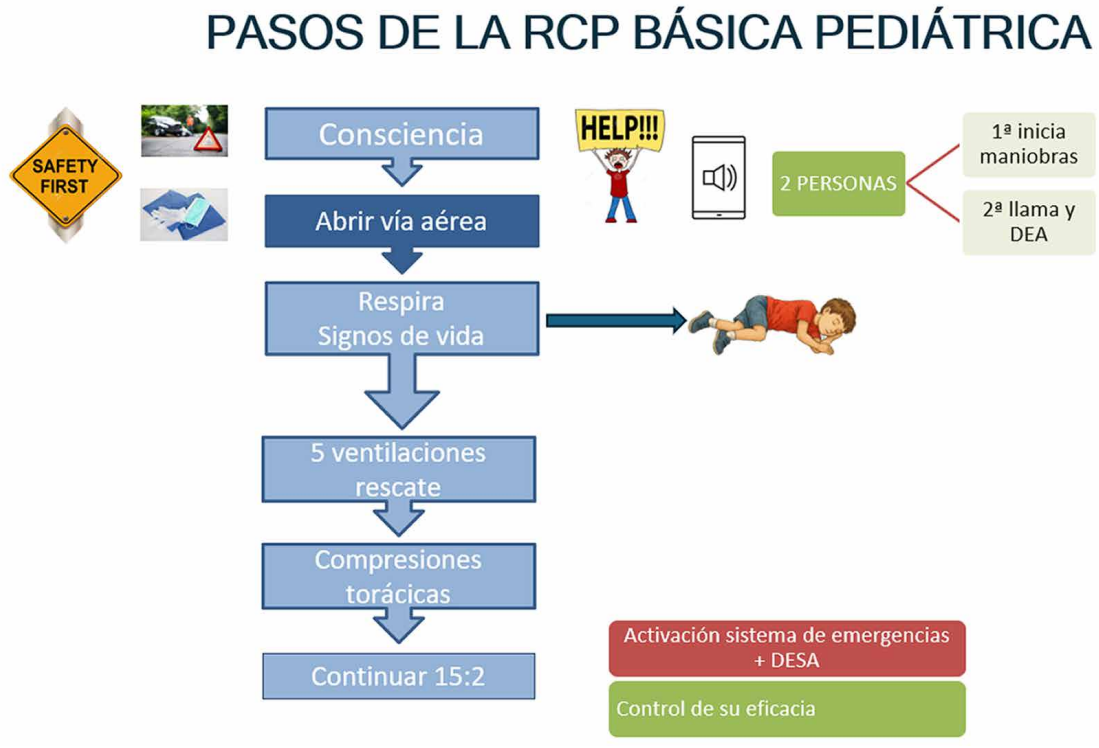


Figura 1. Pasos de la RCP básica.

- **Seguridad psicológica e integración técnica:** la equivocación durante el juego es una oportunidad directa de aprendizaje sin repercusión en el paciente. La fase final concluye con la llegada al espacio de RCP y la ejecución práctica de las maniobras de RCP sobre un maniquí con retroalimentación.

Se ha demostrado que la fase de juego genera un alto grado de motivación y adherencia, pero el verdadero impacto pedagógico se consigue en la sesión posterior de *debriefing* o revisión de lo sucedido. En esta revisión estructurada se analizan las actuaciones de forma constructiva y no punitiva a través de tres fases[5]:

1. **Fase de descripción:** permite a los profesionales expresar las emociones y liberar la tensión acumulada por la presión del cronómetro, predisponiendo al grupo hacia un análisis racional y receptivo. De forma objetiva se repasan las acciones realizadas.
2. **Fase de análisis:** se repasan los hitos de forma cronológica. Se examinan tanto el desempeño técnico (frecuencia/profundidad de compresiones, ventilaciones eficaces) como el no técnico (gestión del estrés, claridad verbal). Mediante la técnica del autodescubrimiento, se examinan las causas de los aciertos o errores cometidos y se analiza el proceso de toma de decisiones, el trabajo en equipo y la comunicación.
3. **Fase de resumen o aplicación práctica (mensajes para llevar):** se repasan los puntos clave del algoritmo y se definen las acciones de mejora que cada profesional aplicará en su práctica asistencial diaria ante una emergencia real.

La integración de la simulación gamificada mediante *escape room* y un *debriefing* posterior ofrece un modelo docente integral para la Pediatría de Atención Primaria. Esta combinación no solo garantiza la actualización de conocimientos teóricos, sino que fortalece la respuesta emocional, la cohesión de equipo y la destreza motriz necesarias para una correcta actuación ante la emergencia.

Bibliografía

1. González Gómez JM, Chaves Vinagre J, Ocete Hita E, Calvo Macías C. Nuevas metodologías en el entrenamiento de emergencias pediátricas: simulación médica aplicada a la pediatría. An Pediatr (Barc). 2008; 68: 612-620. Disponible en: https://doi.org/10.1157/13123296.
2. Martínez Espinosa G, Muñoz-Santanach D. Actividades basadas en simulación: ¿cómo empezar? An Pediatr (Barc). 2025; 103: 503-957. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2025.503957.
3. Ruza Tarrío FJ, De la Oliva Senovilla P. La simulación en pediatría: revolución en la formación pediátrica y garantía para la calidad asistencial. An Pediatr (Barc). 2010; 73:1-4. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2010.04.011.
4. López-Herce Cid J, del Castillo J, Morales SP, Manrique Martínez I, Sebastián Barberán V, Rodríguez Núñez A, et al. Novedades en las recomendaciones de reanimación cardiopulmonar pediátrica 2026. An Pediatr (Barc). 2026; 104: 504162. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2026.504162.
5. Castillo Rodríguez JM. Juegos serios en emergencias: una herramienta formativa sanitaria. Garnata 91. 2021; 24: e212414.

Reanimación cardiopulmonar básica pediátrica y desfibrilación semiautomática (DESA)

Ignacio Manrique Martínez[1], Alejandro Fernández Calatayud[2], Juan Antonio Utrero Valiente[3], Sara Pons Morales[1,4], Valero Sebastián Barberán[1,5], Carmen de la Torre Morales[6]

[1]Instituto Valenciano de Pediatría. Valencia - [2]Servicio de Pediatría. HLA Vistahermosa. Alicante - [3]Centro de Salud Corea de Gandía. Valencia - [4]Servicio de Pediatría. Hospital Peset. Valencia - [5]Instituto Valenciano de Pediatría. Valencia - [6]Clínica Miramar. Córdoba
Grupo de Trabajo de RCP Pediátrica de la SEPEAP

Documento resumido y reformulado con finalidad docente. No sustituye la formación práctica ni el entrenamiento periódico en RCP pediátrica.

Conceptos fundamentales

La reanimación cardiopulmonar básica (RCPB) comprende las actuaciones dirigidas a reconocer una parada cardiorrespiratoria y mantener temporalmente la ventilación y la circulación hasta que el niño recupere signos vitales o llegue ayuda especializada.

- La actuación debe iniciarse con rapidez, reduciendo al mínimo el tiempo sin ventilación y sin circulación eficaz.
- La RCPB forma parte de la cadena de supervivencia: prevención, reconocimiento precoz, activación del Sistema de Emergencias Médicas (SEM), RCP de calidad y atención avanzada.
- Las maniobras deben adaptarse a la edad y al tamaño del paciente.
- La ventilación tiene una importancia especial en pediatría, ya que muchas PCR infantiles tienen un origen respiratorio.
- El conocimiento del DESA completa la respuesta inicial ante una PCR.

Secuencia inicial de actuación

- Comprobar que el entorno es seguro para la víctima y para el reanimador.
- Valorar la respuesta del niño mediante estímulos adecuados.
- Si no responde, pedir ayuda y continuar inmediatamente la valoración.
- Abrir la vía aérea y comprobar la respiración y los signos vitales durante un máximo de 10 segundos.
- Si no respira normalmente, administrar 5 ventilaciones iniciales de rescate.
- Si persisten la ausencia de signos vitales o la situación de PCR, iniciar compresiones torácicas.

Activación del SEM

- Con teléfono móvil, llamar al 112 en modo manos libres o altavoz mientras se continúa la atención.
- Con dos o más reanimadores, uno inicia la RCP y otro activa el SEM y busca el DESA.
- Ante un colapso súbito presenciado con sospecha de origen cardiaco, la activación del SEM y la obtención del DESA deben realizarse de forma inmediata.

La secuencia debe ser ordenada: rapidez sí, pero sin saltarse pasos esenciales.

Algoritmo de RCP básica pediátrica

El siguiente algoritmo resume la secuencia de actuación ante un lactante o niño que no responde y no respira normalmente. Se utiliza la versión corregida facilitada para este material docente (Fig. 1).

Vía aérea, ventilación y compresiones

Apertura de la vía aérea

- Sin sospecha de traumatismo cervical: maniobra frente-mentón.
- En el lactante se mantiene la cabeza en posición neutra; en el niño se realiza una extensión moderada.
- Con posible lesión cervical, se priorizan maniobras que limiten el movimiento del cuello, sin comprometer la permeabilidad de la vía aérea.
- Solo se extraen cuerpos extraños claramente visibles y accesibles. No deben realizarse barridos digitales a ciegas.

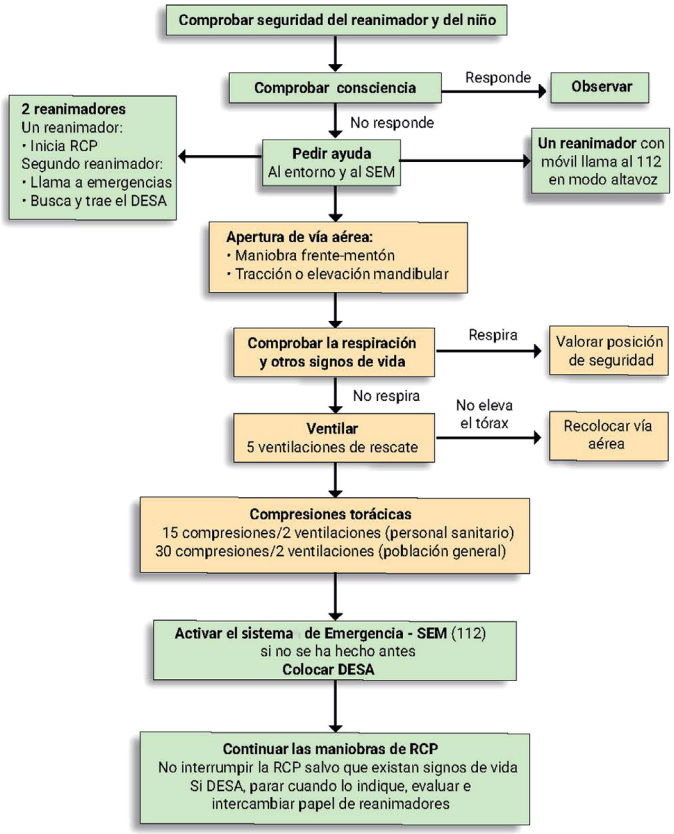


Figura 1. Algoritmo corregido de RCP básica pediátrica.

Tabla I

Reanimador	Relación	Aplicación
Población general	30:2	Uno o dos reanimadores
Personal sanitario	15:2	En RCP pediátrica

Con dos reanimadores, es aconsejable intercambiar funciones aproximadamente cada 2 minutos para mantener la calidad.

Ventilaciones de rescate

Si el niño no respira o la respiración es ineficaz, se administran 5 ventilaciones iniciales. Cada insuflación dura aproximadamente 1 segundo y debe producir una elevación visible del tórax.

- Lactante: ventilación boca-boca y nariz.
- Niño: ventilación boca-boca, pinzando la nariz.
- Si el tórax no se eleva, recolocar la vía aérea y volver a intentarlo.

Compresiones torácicas

- Frecuencia: 100-120 compresiones por minuto.
- Profundidad: aproximadamente un tercio del diámetro anteroposterior del tórax; unos 4 cm en lactantes y 5 cm en niños.
- Permitir la reexpansión completa del tórax después de cada compresión.
- Lactante: técnica de dos pulgares abrazando el tórax cuando sea posible.
- Niño: una o dos manos, según tamaño del paciente y fuerza del reanimador (Tabla I).

Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE)

La conducta depende de la eficacia de la tos y del nivel de consciencia. El objetivo principal es conseguir que vuelva a pasar aire de forma eficaz por la vía aérea.

Niño consciente con tos efectiva

- Animar a toser y mantener una vigilancia estrecha.
- No realizar maniobras de desobstrucción mientras la tos sea efectiva.
- Intervenir si la tos se hace ineficaz, el niño empeora o pierde la consciencia.

Niño consciente con tos no efectiva

- Pedir ayuda y activar el SEM.
- Examinar la boca y retirar únicamente un cuerpo extraño visible y accesible.
- Lactante: alternar hasta 5 golpes interescapulares y hasta 5 compresiones torácicas.



Figura 2. Algoritmo de desobstrucción de la vía aérea en lactante o niño consciente con tos no efectiva.

- Niño: alternar hasta 5 golpes interescapulares y hasta 5 compresiones abdominales (Fig. 2).

OVACE con pérdida de consciencia

Si el lactante o el niño pierde la consciencia, la actuación pasa a seguir una secuencia de RCPB, manteniendo la búsqueda de un cuerpo extraño visible y comprobando si las ventilaciones consiguen elevar el tórax.

- Si no se hizo antes, pedir ayuda y activar el 112.
- Abrir la vía aérea, examinar la boca y extraer el cuerpo extraño solo si está accesible.
- Comprobar respiración y signos vitales.
- Realizar 5 ventilaciones de rescate.
- Si el tórax no se eleva, continuar con compresiones y ventilaciones sin perder tiempo en comprobaciones repetidas de signos vitales.
- Si en algún momento el tórax vuelve a expandirse, se considera que vuelve a pasar aire, pero la RCPB continúa hasta la recuperación clara de signos vitales (Fig. 3).

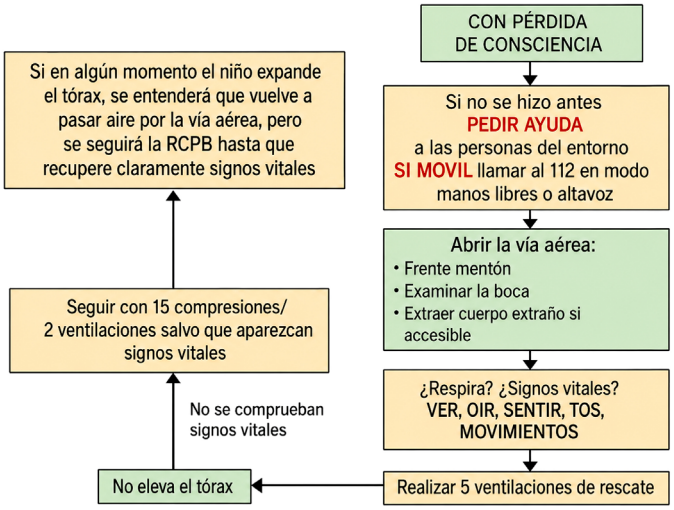


Figura 3. Algoritmo de desobstrucción de la vía aérea en lactante o niño inconsciente.

Dispositivos de succión para el atragantamiento: evidencia y consideraciones en pediatría

El atragantamiento por cuerpo extraño constituye una emergencia tiempo-dependiente, especialmente relevante en los niños pequeños. En los últimos años se han popularizado dispositivos de succión diseñados para intentar extraer el cuerpo extraño mediante presión negativa. Su difusión entre familias, centros educativos y cuidadores ha sido rápida, aunque la evidencia científica disponible continúa siendo limitada y no permite situarlos al mismo nivel que las maniobras convencionales de desobstrucción.

Evidencia científica disponible

La literatura publicada está formada principalmente por series de casos, registros retrospectivos, estudios experimentales, simulaciones con maniquíes y trabajos sin grupo control. Las revisiones disponibles coinciden en que la evidencia es heterogénea y de baja calidad metodológica, por lo que no es posible demostrar de forma sólida una eficacia superior o equivalente frente a las técnicas tradicionales. Algunos estu-

dios describen resultados favorables, pero deben interpretarse con prudencia por el riesgo de sesgo de publicación, la falta de comparadores y, en determinados trabajos, la relación con fabricantes o distribuidores.

Situación regulatoria

La comercialización o el registro administrativo de estos dispositivos no equivale a una recomendación clínica basada en la evidencia. En Estados Unidos, la FDA ha clasificado recientemente un dispositivo dentro de una categoría de Clase II como tratamiento de segunda línea. Esta consideración no lo convierte en una intervención inicial: su posible utilización se plantea únicamente después del fracaso de las maniobras convencionales. En Europa, el marcado CE acredita el cumplimiento de requisitos técnicos y de seguridad del producto, pero no demuestra una eficacia clínica superior a las maniobras manuales recomendadas.

Riesgos y limitaciones

- Presiones de succión elevadas: la presión negativa generada puede ser considerable y existe preocupación por posibles lesiones de las estructuras orofaríngeas y faringolaríngeas.
- Empeoramiento de la obstrucción: una aplicación incorrecta podría desplazar el cuerpo extraño hacia una posición más profunda.
- Interferencia con la tos: intentar colocar el dispositivo puede dificultar o interrumpir una tos todavía útil.
- Retraso de maniobras eficaces: localizar, montar y aplicar el dispositivo consume un tiempo crítico que puede retrasar las técnicas manuales recomendadas.
- Falsa sensación de seguridad: su disponibilidad no debe sustituir la formación de la población en las maniobras básicas de desobstrucción.

Recomendación actual

En el momento actual, las maniobras convencionales continúan siendo el estándar de actuación ante la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño:

- Obstrucción leve: estimular al niño para que continúe tosiendo y vigilar su evolución, sin realizar maniobras de desobstrucción mientras la tos sea efectiva.
- Obstrucción grave con paciente consciente: alternar 5 golpes interescapulares con 5 compresiones abdominales en el niño o 5 compresiones torácicas en el lactante.
- Pérdida de consciencia: iniciar inmediatamente las maniobras de RCP.

Conclusión

Actualmente, no existe evidencia científica suficiente para recomendar de forma rutinaria los dispositivos de succión en los protocolos pediátricos de tratamiento del atragantamiento. No deben sustituir ni retrasar las maniobras manuales basadas en la evidencia. La prioridad continúa siendo la prevención, la formación de la población y la aplicación precoz y correcta de las técnicas convencionales. Serán necesarios estudios clínicos independientes y metodológicamente rigurosos antes de plantear su incorporación a las guías de práctica clínica (Tabla II).

Tabla II. Resumen de la evidencia actual sobre dispositivos de succión antiatragantamiento

Punto valorado	Situación actual
Evidencia clínica	Limitada
Estudios comparativos robustos	No disponibles
Sustituyen maniobras estándar	No
Recomendación pediátrica rutinaria	No
Prioridad actual	Prevención y formación

Desfibrilación semiautomática en pediatría

El DESA analiza el ritmo cardiaco y, si identifica un ritmo desfibrilable, indica la administración de una descarga. Sus instrucciones visuales y acústicas guían al reanimador durante el procedimiento.

Modo pediátrico y parches

- Si existe modo pediátrico, se utiliza en niños de menos de 25 kg, aproximadamente menores de 8 años.
- En mayores de 8 años y adolescentes se emplea el modo estándar de adulto.
- Entre 1 y 8 años se prefieren parches pediátricos; si no están disponibles, pueden utilizarse los de adulto.
- En menores de un año la experiencia es limitada, pero el DESA puede utilizarse si no existe otra alternativa, especialmente ante sospecha de parada de origen cardiaco.

Colocación

- Mayores de 8 años: posición anterolateral habitual.
- Menores de 8 años: posición anteroposterior cuando sea necesario para evitar que los parches se superpongan.
- Los parches deben quedar bien adheridos y sin bolsas de aire.

¿Cuándo utilizarlo?

En la PCR pediátrica la RCPB es prioritaria porque los ritmos desfibrilables son poco frecuentes. En general, se realiza al menos 1 minuto de RCPB antes de colocar el DESA, salvo en el colapso súbito presenciado o cuando se sospecha un origen cardiaco.

Secuencia práctica

1. Encender el DESA y seguir sus instrucciones.
2. Colocar los parches sobre el tórax desnudo.
3. Durante el análisis, asegurarse de que nadie toca al niño.
4. Si se aconseja descarga, comprobar que nadie está en contacto con la víctima y administrar la descarga.
5. Reanudar inmediatamente la RCPB durante 2 minutos.
6. Mantener la secuencia hasta la recuperación o la llegada del equipo especializado.

Algoritmo de RCP básica con DESA

Este algoritmo complementa la secuencia de RCPB e integra la actuación según haya uno o varios reanimadores y según se disponga o no de un DESA (Fig. 4).

Puntos clave para recordar

- La RCPB es prioritaria y debe iniciarse sin demora.
- En pediatría, las ventilaciones son una parte esencial de la reanimación.
- Las interrupciones de las compresiones deben ser mínimas.

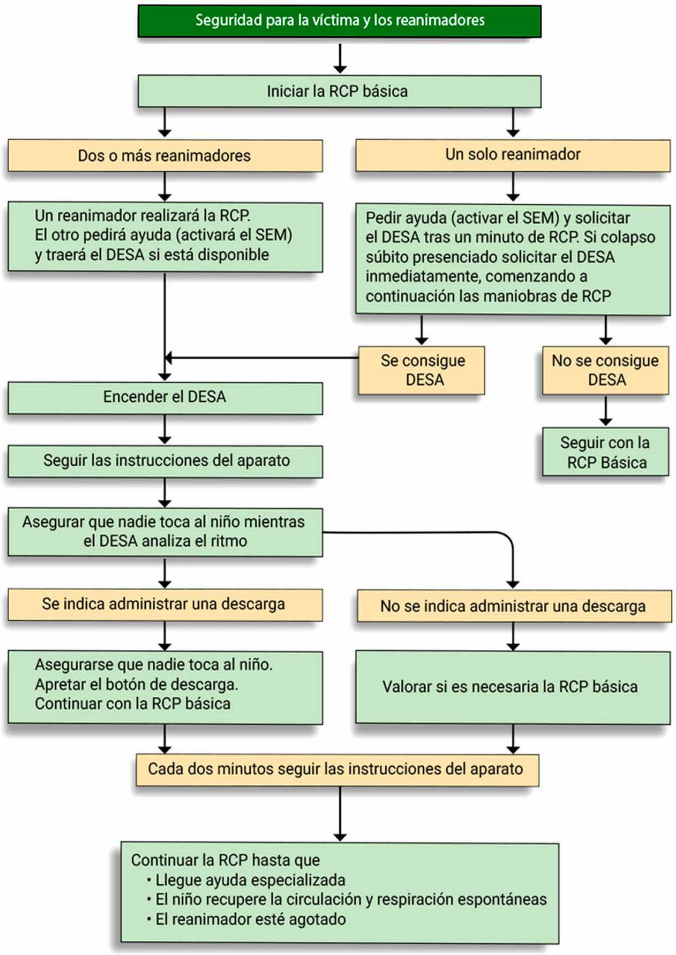


Figura 4. Algoritmo de RCP básica con DESA en lactantes y niños.

- En OVACE, una tos efectiva debe respetarse; las maniobras se reservan para la tos no efectiva.
- El DESA puede utilizarse en niños de cualquier edad, adaptando el modo y los parches cuando sea posible.
- La formación práctica y el entrenamiento periódico son imprescindibles.

Abreviaturas

OVACE: obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño; PCR: parada cardiorrespiratoria; RCP: reanimación cardiopulmonar; SEM: sistema de emergencias; SNC: sistema nervioso central.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo. Las figuras utilizadas en este artículo cuentan con la autorización del Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal (Manual de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal, 7ª edición. 2026).

Bibliografía

1. Calvo C, Manrique I, Rodríguez-Núñez A, López-Herce Cid J. Reanimación cardiopulmonar básica en pediatría. En: Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. 5.ª ed. Madrid: Publimed; 2006. p. 59-78.
2. Manrique I, Calvo C, González R. Reanimación cardiopulmonar básica y desfibrilador semiautomático en niños. En: Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. 7ª ed. Madrid: SioSi Punto Gráfico; 2026.
3. Cheng J, Liu B, Farjat AE, Routh J. National estimations of airway foreign bodies in children in the United States, 2000 to 2009. Clin Otolaryngol. 2019; 44: 235-9. Disponible en: https://doi.org/10.1111/coa.13261.
4. Djakow J, Turner NM, Skellett S, Buysse CMP, Cardona F, de Lucas N, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025: Paediatric Life Support. Resuscitation. 2025; 215: 110767. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110767.
5. Dunne CL, Peden AE, Queiroga AC, Gomez Gonzalez C, Valesco B, Szpilman D. A systematic review on the effectiveness of anti-choking suction devices and identification of research gaps. Resuscitation. 2020; 153: 219-26. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.02.021.
6. Greif R, Lauridsen KG, Djärv T, Ek JE, Monnelly V, Monsieurs KG, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Executive Summary. Resuscitation. 2025; 215: 110770. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110770.
7. Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal. Manual de reanimación cardiopulmonar pediátrica y neonatal. 6.ª ed. Ed. Siosi; 2022.
8. Katzenschlager S, Acworth J, Tiwari LK, Kleinmann M, Myburgh M, Castillo JD, et al. Pulse check accuracy in pediatrics during resuscitation: a systematic review. Resusc Plus. 2025; 23: 100959. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.resplu.2025.100959.
9. Skellett S, Orzechowska I, Thomas K, Fortune PM. The landscape of paediatric in-hospital cardiac arrest in the United Kingdom National Cardiac Arrest Audit. Resuscitation. 2020; 155: 165-71. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.07.026.
10. López-Herce J, Del Castillo J, Matamoros M, Cañadas S, Rodríguez-Calvo A, Cecchetti C, et al. Factors associated with mortality in pediatric in-hospital cardiac arrest: a prospective multicenter multinational observational study. Intensive Care Med. 2013; 39: 309-18. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00134-012-2709-7.
11. López-Herce J, Manrique I, Calvo C, Rodríguez A, Carrillo A, Sebastián V, et al. Novedades en las recomendaciones de reanimación cardiopulmonar pediátrica y líneas de desarrollo en España. An Pediatr (Barc). 2022; 96: 146.e1-146.e11. Disponible en: https://www.analesdepediatria.org/es-novedades-recomendaciones-reanimacion-cardiopulmonar-pediatrica-articulo-S1695403321002083.
12. Manrique Martínez I. Manual de reanimación cardiopulmonar básica en Pediatría. 1.ª ed. Madrid: Ergon Ediciones; 2004.
13. Manrique Martínez I, Pons Morales S. Dispositivos de succión para el atragantamiento: revisión crítica de la evidencia y consideraciones en pediatría. Pediatr Integral. 2026; 4: 279.e1-279.e3. Disponible en: https://doi.org/10.63149/j.pedint.152.
14. Rodríguez-Núñez A, Iglesias V. Desfibrilación semiautomática en niños. En: Manual de reanimación cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. 5.ª ed. Madrid: Publimed; 2006. p. 141-6.
15. Rodríguez-Ruiz E, Abelairas-Gómez C, Barcala-Furelos R. Foreign body airway obstruction and anti-choking suction devices. Time to step forward. Resuscitation. 2020; 157: 133-4. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.09.038.
16. Scholefield BR, Acworth J, Ng KC, Tiwari LK, Raymond TT, Christoff A, et al. Pediatric Life Support: 2025 International Liaison Committee on Resuscitation Consensus on Science With Treatment Recommendations. Resuscitation. 2025; 215: 110813.

Diagnóstico diferencial de exantemas en pediatría. ¿Sabrías diagnosticar de forma clínica un caso de sarampión?

Javier Pellegrini Belinchón*, Gema García Ron**

***Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Pizarrales. Salamanca. Profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Pontificia de Salamanca. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca - **Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. Profesora de la Facultad de Medicina. Universidad Alfonso X. Madrid. Vocal nacional de la Junta Directiva de la SEPEAP**

Objetivo general

Actualizar las competencias de pediatras en ejercicio y residentes de pediatría en el reconocimiento, diagnóstico diferencial y manejo clínico de los principales exantemas en la edad pediátrica, con especial énfasis en la identificación precoz y adecuada notificación de casos sospechosos de sarampión.

Objetivos específicos

- Identificar las características clínicas y epidemiológicas de los exantemas más frecuentes en la infancia, incluyendo los de origen viral, bacteriano, inflamatorio y medicamentoso.
- Realizar un diagnóstico diferencial adecuado de los distintos cuadros exantemáticos pediátricos mediante la valoración sistemática de la morfología de las lesiones, su distribución, evolución temporal y síntomas asociados.
- Describir la evolución clínica del sarampión, enfermedad en auge en este momento en toda Europa, identificando signos clínicos clave del sarampión y estableciendo un diagnóstico diferencial y su manejo adecuado.
- Reconocer los signos y síntomas de alarma que pueden indicar enfermedades potencialmente graves o situaciones que requieran una actuación urgente.
- Aplicar las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas actualizadas para el manejo de los exantemas pediátricos más prevalentes en los ámbitos de Atención Primaria y Urgencias.
- Establecer criterios adecuados de seguimiento, derivación y medidas de prevención y control epidemiológico, incluyendo las enfermedades exantemáticas inmunoprevenibles y aquellas con implicaciones de salud pública.

La piel, como órgano más extenso del cuerpo humano, se caracteriza por su visibilidad y una gran capacidad de reacción ante estímulos locales o generales, lo que en muchos casos puede facilitar el diagnóstico o abordaje de enfermedades tanto infecciosas como de otra etiología en las que se ve involucrada la piel[1].

El exantema, que se puede definir como una erupción cutánea, se designa y clasifica por sus características morfológicas y evolutivas; es un signo que constituye un motivo frecuente de alarma en los padres y, por lo tanto, en la consulta de Atención Primaria y en Urgencias Pediátricas Hospitalarias. Aunque se pueden ver en cualquier edad, se diagnostican con mayor frecuencia en menores de 5 años debido, probablemente, a la inmadurez del sistema inmunitario y a la elevada exposición a agentes infecciosos en guarderías y primeros años de educación primaria.

El exantema puede ser, en algunos casos, la manifestación más importante de la enfermedad, o al menos la que más preocupe a la familia, pero en la mayoría de los casos se acompaña de otros signos y síntomas que nos ayudarán a realizar o enfocar el diagnóstico clínico, como más adelante se expondrá de forma diferenciada con el sarampión. Por eso es fundamental abordarlos a través de una sistemática que integre todos los datos clínicos y evolutivos que permitan un amplio diagnóstico diferencial.

A las características del exantema se deben unir las manifestaciones clínicas acompañantes, los hallazgos exploratorios y los antecedentes epidemiológicos[2]. En la mayoría de los casos, no será necesario realizar exploraciones complementarias.

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[1,3-4].

Aunque, ocasionalmente, el examen de la piel es tan característico que puede llevar a un diagnóstico, como es el caso de la pitiriasis rosada, en la mayoría de los casos los exantemas son clínicamente indistinguibles y serán los signos y síntomas acompañantes, asociados a las características de la erupción cutánea, los que determinen la sospecha de la etiología de la enfermedad exantemática.

Por lo tanto, es muy complicado y no se debe intentar 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.

Una anamnesis correcta y dirigida es obligada y debe incluir necesariamente[1-3]:

- Inmunizaciones recibidas, otras enfermedades exantemáticas pasadas que dejan inmunidad de por vida, viajes realizados en las últimas semanas o país de procedencia si se trata de niños inmigrantes, teniendo en cuenta las enfermedades prevalentes de la zona y medicaciones administradas. Ambiente epidémico familiar o escolar, contactos o enfermedades sistémicas.

Tabla I. Lesiones elementales

Lesión	Descripción
Mácula	Un área circunscrita de cambio de color en la piel sin elevación o depresión. No es palpable. Puede ser de cualquier color
Mancha	Mácula de más de 1 cm
Pápula	Lesión superficial que hace relieve. Se toca.
Placa o parche	Pápulas de más de 1 cm
Habón o roncha	Pápula edematosa transitoria (evanescente)
Nódulo	Lesión sólida, palpable, redondeada o elipsoidal que crece en profundidad. Se puede palpar, pero no se ve. 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
Flictena	Varias ampollas que se unen.
Pústula	Vesícula con contenido purulento
Quiste	Cavidad rodeada de una cápsula. Generalmente en la dermis. Contenido variado
Absceso	Cúmulo fluctuante de pus y restos celulares localizado en dermis o tejido subcutáneo
Petequia	Extravasación de sangre menor de 1 cm. No desaparece con la vitropresión o digotoextensión
Púrpura	Extravasación de sangre mayor de 1 cm

Tabla II. Lesiones elementales secundarias

Lesión	Descripción
Escamas	Fragmentos laminares de la epidermis que se desprenden por sí mismas
Costra	Resulta de la desecación sobre la superficie cutánea de exudados orgánicos. Son secreciones secas que no se desprenden por sí mismas. Amarillas: esfacelo. Negras: escara
Erosión	Pérdida de sustancia muy superficial y no lineal de parte o toda la epidermis
Excoriación	Pérdida de continuidad de la piel, generalmente superficial, que se produce de forma habitual por arrancamiento de la piel por rascado
Fisura	Grietas lineales que afectan a la epidermis y a la dermis superficial
Fístula	Trayecto anómalo que comunica la superficie cutánea con una cavidad supurativa
Úlcera	Pérdida de sustancia que afecta a la epidermis, la dermis y puede llegar al tejido celular subcutáneo
Atrofia	Lesión secundaria a la disminución o ausencia de alguno de los componentes de la piel
Cicatriz	Patrón de curación de una herida o una ulceración, ya sea traumática o inflamatoria
Esclerosis	Endurecimiento o induración circunscrito o difuso de la piel; se detecta mejor por palpación que por inspección
Liquenificación	Áreas de piel engrosada con acentuación de los pliegues cutáneos. Suele ser secundaria al rascado intenso y prolongado de la piel

- Características del exantema. Momento y localización del inicio, evolución si es craneocaudal o no, distribución centrífuga o centrípeta, valorar si las lesiones son simétricas o asimétricas y si tienen relación con las radiaciones solares al aparecer en zonas expuestas de la piel, afectación de palmas y plantas, edemas acompañantes, afectación de mucosas, tipo, color, tamaño y forma de las lesiones, si son puntiformes, anulares, lineales, en encaje.
- Signos y síntomas acompañantes como tos, enantema, prurito, afectación ocular, adenopatías o artralgias, otros signos y síntomas, si tiene fiebre, los días de evolución y su relación con el exantema. También hay que considerar la clínica durante el periodo prodrómico y su duración.
- Factores precipitantes sospechosos como fármacos, exposición solar, tipo de calzado, ambiente epidemiológico.
- Factores predisponentes como atopia, alergias o urticarias anteriores.

Posteriormente es necesario realizar la exploración del niño desnudo.

Las lesiones elementales dermatológicas se describen en la tabla I[5-7]. Se consideran elementales o primarias aquellas lesiones que no suponen la evolución de una previa.

Las lesiones secundarias son debidas a la evolución de las anteriores, por sobreinfección, rascado o tratamiento; pueden ser transitorias o permanentes y se expresan en la tabla II[6,8]:

- En primer lugar, es fundamental descartar la presencia de petequias, hemorragias que no desaparecen con la vitropresión (diascopia) o digitoextensión, y que, en ocasiones, como las petequias de esfuerzo, pueden ser banales, pero otras veces pueden indicar la posibilidad de enfermedades muy graves.
- Aunque estén descritos los exantemas urticariales, es preciso diferenciar bien el habón, como lesión evanescente típica de la urticaria, del exantema maculopapuloso habitual de determinados procesos víricos de la infancia.
- Describir el exantema con la presencia o no de máculas, pápulas, vesículas, ampollas, pústulas, nódulos y, en caso de que se asocien a lesiones secundarias, se deben nombrar y describir 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, número de lesiones, tendencia a la agrupación, síntomas acompañantes, como prurito, calor, dolor, olor y la evolución según pasan las horas o los días.

Tabla III. Exantemas. Diagnóstico diferencial clínico

Enfermedad	Causa	Pródromos	Signos asociados	Exantema
Sarampión	Paramixovirus	Fiebre. Tos. Fotofobia, cuadro catarral	S. de Koplik	Morbiliforme. Maculopapuloso confluente
Rubeola	Togavirus	Febrícula	Adenopatías	Maculopapuloso, no confluente
Exantema súbito	Virus herpes tipo 6-7	Fiebre alta de 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. Confluente. Cara en bofetón
Mononucleosis Infecciosa	Virus de Epstein-Barr	Fiebre. Amigdalitis	Poliadenopatías, esplenomegalia y astenia	Asociado a antibióticos, aunque puede producirse sin β-lactámicos
Enfermedad de Kawasaki	Desconocida	Fiebre > 5 días. Adenopatías	Labios rojos. Edema distal. Conjuntivitis	Muy variado. Polimorfo. Descamación distal
Varicela	Herpes virus. Varicela zóster	Malestar	Prurito	Mácula, pápula, vesícula, costra. Distintos estadios. Centrífuga
Herpes zóster	Herpesvirus. Varicela zóster	En niños no suele haber dolor ni molestias	El exantema sigue una metámera	Vesículas arracimadas sobre fondo eritematoso
Enfermedad de mano-pie-boca	Coxsackie A16	Asintomático, febrícula, signos catarrales	Boca y alrededores, manos, pies, nalgas	Maculopápulas que evolucionan a vesículas, fondo eritematoso
Viruela del mono	Virus de la viruela símica. Familia Poxviridae	Fiebre, astenia y cefalea	Mialgias	Máculas, pápulas, vesículas umbilicadas y costras. En el mismo estado evolutivo. Diseminación centrípeta
Enfermedad de Gianotti-Crosti	Paraviral	No	Adenopatías	En cara y extremidades
Exantema periflexural 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 eritematosas, descamativas, de color rosado y marrón

La clasificación morfológica de los exantemas se puede definir como[1-3]:

- Máculo-papuloso morbiliforme: se refiere al "morbillo" sarampión. Máculas 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 en las 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-ampolloso: 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 III)[1].

Aunque por espacio es imposible abordar en profundidad todas las enfermedades que cursan con exantemas, se hará un resumen necesariamente breve de los procesos más frecuentes en pediatría, pero dado el título del taller, se hace especial hincapié en el diagnóstico clínico del sarampión.

Sarampión[1,2,9-14]

Producido por el virus del sarampión, que es un paramixovirus del género Morbillivirus.

Se transmite por contacto directo, desde 4 días antes del inicio del exantema y hasta 5 días después de su desaparición. Muy contagioso. Deja inmunidad de por vida.

Tiene un periodo de incubación de aproximadamente 10 días de media, en el que el paciente se encuentra habitualmente asintomático. Se sigue del periodo invasivo, también llamado prodrómico, catarral o preexantemático, que dura unos 4 días de media y se caracteriza por fiebre elevada, tos, síntomas catarrales con rinorrea, lagrimeo, **conjuntivitis con fotofobia** que puede ser intensa, lo que históricamente se conocía como facies sarampionosa. En este periodo pueden aparecer las manchas de Koplik, en el 70-90 % de los casos, que se trata de puntos blancos sobre el enantema bucal a nivel de los premolares que son patognomónicas. Los médicos clásicos los describían como "espolvoreado de harina sobre tela roja" (enantema).

El periodo exantemático, que dura habitualmente de 3 a 7 días, se caracteriza por la aparición de un exantema eritematoso, rojo vinoso, maculopapuloso morbiliforme, aunque en algunas zonas puede tener tendencia a la confluencia, y que sigue una distribución y evolución craneocaudal (Figs. 1 y 2). Es importante valorar, a la hora del diagnóstico diferencial, que con la aparición del exantema, el paciente continúa con fiebre.

A esto le sigue el periodo de convalecencia o declinación, en el que desaparece el exantema también de forma craneocaudal, dejando una descamación fina que se define como furfurácea, ya que recuerda al salvado.

El diagnóstico debe basarse en la clínica, aunque en las últimas décadas, debido al éxito de la vacuna, muchos médicos jóvenes no han visto nunca a un niño con sarampión, por lo que se puede determinar una elevación de Ac IgM específicos entre 4 y 11 días después de la aparición del exantema o diagnosticar con la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para sarampión.

El tratamiento es sintomático, aunque debido a que en los niños con hipovitaminosis A el sarampión es más grave y exacerba su carencia vitamínica, con riesgo de ceguera y mala evolución del proceso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda tratamiento con vitamina A en todos los pacientes con sarampión. Los pacientes inmunodeprimidos tienen una elevada tasa de mortalidad.

Es fundamental la prevención con 2 dosis de vacuna triple o tetravírica. Tanto la vacuna como el sufrir la enfermedad dejan inmunidad de por vida.

Pueden aparecer complicaciones como consecuencia de la propia infección vírica o por sobreinfección bacteriana y, en casos raros, puede aparecer una encefalitis (1/1.000) con secuelas neurológicas o, al cabo de los años, puede desarrollarse una panencefalitis esclerosante subaguda, complicación extremadamente rara, aunque se puede dar más cuando se ha sufrido el sarampión con edad inferior a 2 años.

En resumen, para tener en cuenta en cuanto al diagnóstico clínico del sarampión:

- Fiebre elevada de 4 días de media.
- Tos intensa.
- Fotofobia. Cara catarral.
- Enantema.



Figura 1. Lesiones maculopapulosas de distribución morbiliforme. *Fuente: foto cedida por la Dra. Sara Hernández Pinchete.*

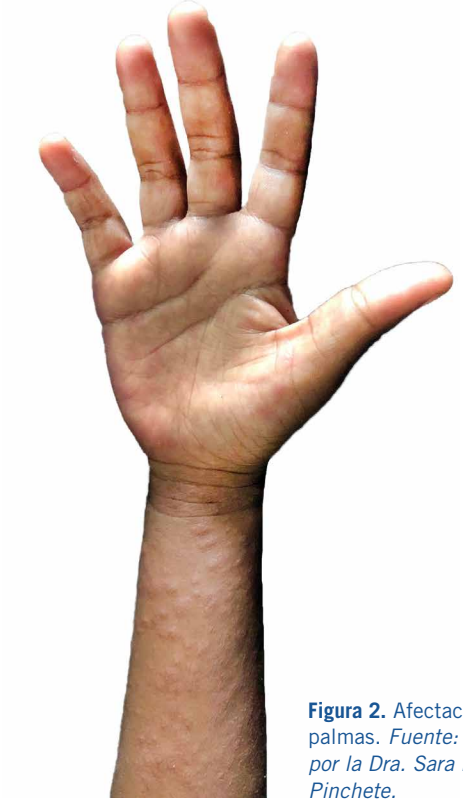


Figura 2. Afectación de las palmas. *Fuente: foto cedida por la Dra. Sara Hernández Pinchete.*

Tabla IV. Errores más frecuentes a la hora de abordar el diagnóstico diferencial de los exantemas en la edad pediátrica

- No valorar el estado general del niño
- No reconocer las lesiones petequiales o purpúricas
- No considerar el contexto epidemiológico
- No realizar una descripción correcta de la lesión elemental y su evolución
- No valorar la cronología de aparición de síntomas y signos acompañantes
- No explorar mucosas y valorar palmas y plantas
- Diagnosticar cualquier exantema como una infección vírica
- Solicitar pruebas complementarias innecesarias

- Koplik en el 70-90 % de los casos.
- Aparece el exantema y el niño continúa con fiebre alta.
- Exantema maculopapuloso morbiliforme. Craneocaudal. Puede afectar a palmas y plantas, pero no siempre.
- El exantema desaparece craneocaudal con una descamación furfurácea.

El resto de las enfermedades exantemáticas más frecuentes en la edad pediátrica se resumen en la tabla III y se recomienda la lectura de la bibliografía 1 y 2, ambas de Pediatría Integral, donde se tratan de forma pormenorizada estas enfermedades y procesos que cursan con los diversos tipos de exantemas descritos que se tratarán ampliamente en el desarrollo del taller.

En la tabla IV se expresan los errores más frecuentes que se pueden cometer al abordar el diagnóstico diferencial de los exantemas en la edad pediátrica.

Bibliografía

1. Pellegrini Belinchón J, García Ron G. Exantemas virales. Pediatr Integral. 2023; 5: 278-89. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2023-07/exantemas-virales/.
2. Silva Rico JC, Torres Hinojal MC. Diagnóstico diferencial de los exantemas. Pediatr Integral. 2014; 1: 22-36. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2014-01/diagnostico-diferencial-de-los-exantemas/.
3. Pellegrini Belinchón J, García Ron G. Exantemas. Punto de vista de un pediatra. Pediatr Integral. 2021: Num. especial 20: 19-21. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/12/35-Congreso-SEPEAP-2021.pdf.
4. Ruiz Contreras J, González Granado I. Exantemas en la infancia. Form Act Pediatr Aten Pri. 2009; 2: 183-90.
5. Toledo Pastrana T, Navarro Gastón MT. Lesiones elementales en dermatología. Fisterra: Guías Clínicas. 2026. Disponible en: https://www.fisterra.com/guias-clinicas/lesiones-elementales-en-dermatologia/.
6. 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. p. 473-80.
7. Amodeo Arahal MC, Núñez Jaldón AM, Cruz Vela MC. Lesiones elementales en dermatología. Manuales clínicos. Hospital Universitario Virgen del Rocío. 2026. Disponible en: https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias/dermatologia/lesiones-elementales-en-dermatologia/.
8. Pellegrini Belinchón J, García Ron G. Los exantemas en la consulta de pediatría. Pediatr Integral. 2022: Num. especial 21: 71-73. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2022/12/36-Congreso-SEPEAP-2022.pdf.
9. Stephenson J. Measles a Growing Global Threat as COVID-19 Disrupts Childhood Vaccinations. JAMA Health. Forum. 2021; 2: e214680. Disponible en: https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.4680.
10. Mason WH. Sarampión. En: Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, eds. Nelson, Tratado de Pediatría. 20ª ed. Vol. 1. Barcelona: Elsevier España; 2016. p. 1615-21.
11. González Hachero S, González Soria MD. Sarampión y rubeola. En: Moro M, Málaga S, Madero L, eds. Cruz Tratado de Pediatría. 11ª ed. Vol. 1. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 879-85.
12. Kliegman RM, St Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 22nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2024.
13. American Academy of Pediatrics. Red Book: 2024-2027 Report of the Committee on Infectious Diseases. 34th ed. Itasca (IL): American Academy of Pediatrics; 2024.
14. Palacios-López CG, Durán-McKinster C, Orozco-Covarrubias L, Ruiz-Maldonado R. Exantemas en pediatría. Acta Pediatr Mex. 2015; 36: 412-23.

Cuando la empatía cura: patología pediátrica que necesita de una buena comunicación

José Gabriel Ruiz Soler[1], Reyes Mazas Raba[2], Ana María Escalona Gil[3], María Martín Galache[4]

[1]Pediatra. Clínica Gabi Ruiz. Valencia - [2]Pediatra. Centro de Salud Gama. Santander - [3]Pediatra. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid - [4]Pediatra. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife

Introducción

La comunicación constituye una de las principales herramientas de la práctica médica. Antes incluso de realizar una exploración física o solicitar una prueba complementaria, los pediatras necesitamos escuchar, comprender y establecer una relación de confianza con nuestros pacientes y con sus familias. En pediatría, además, la comunicación adquiere una particular complejidad porque, habitualmente, participan tres protagonistas: el niño o adolescente, sus padres o cuidadores y el profesional sanitario. Cada uno puede experimentar y comprender la enfermedad desde una perspectiva diferente.

Para el niño, la enfermedad puede significar dolor, miedo, incomodidad o desconcierto; para los padres, incertidumbre, responsabilidad y, en ocasiones, sentimientos de culpa; para el pediatra, un proceso clínico que debe comprender, diagnosticar y tratar. Una comunicación adecuada permite integrar estas perspectivas y construir un espacio de confianza en el que la información clínica pueda ser comprendida y las decisiones puedan ser compartidas, aunque la evidencia es heterogénea y su implementación continúa siendo desigual.

La comunicación pediátrica eficaz no consiste únicamente en transmitir información correcta. El modo en que preguntamos, escuchamos, miramos y respondemos influye en la experiencia de la enfermedad y en la relación terapéutica. Los niños y adolescentes señalan como elementos relevantes de una buena comunicación que los profesionales les escuchen, les expliquen las cosas de forma comprensible, les permitan participar y les traten con respeto.

Empatía: comprender antes de intervenir

La empatía no consiste en ponerse literalmente en el lugar del paciente. Supone mostrar un interés genuino por conocer su perspectiva, comprender sus preocupaciones y prioridades, identificar sus emociones y responder de forma que estas sean reconocidas y validadas.

Esta distinción es especialmente importante en pediatría. Podemos conocer perfectamente la historia natural de una enfermedad y, sin embargo, desconocer qué significa esa enfermedad para el niño que la padece. Podemos saber que una talla baja es constitucional y, al mismo tiempo, no haber explorado el impacto que tiene para un adolescente sentirse diferente de sus compañeros. Podemos conocer las recomendaciones para el tratamiento de la obesidad y no haber preguntado cómo vive el adolescente su cuerpo o qué relación mantiene con la comida y con el ejercicio.

La empatía comienza, por tanto, con la escucha activa. Escuchar no significa únicamente permitir que el paciente hable, sino prestar atención a sus palabras, silencios, gestos y emociones. La comunicación no verbal –la mirada, la expresión facial, la postura o el tono de voz– aporta información complementaria y puede transmitir disponibilidad y respeto.

La validación emocional constituye otro elemento esencial. Validar una emoción no significa compartir necesariamente la interpretación del paciente ni confirmar que su temor tenga fundamento. Significa reconocer que esa emoción existe y que merece ser escuchada.

Ante una familia que expresa miedo, podemos no disponer de una respuesta capaz de eliminar la incertidumbre. Pero sí podemos decir: "Entiendo que esto os preocupe". Ante un adolescente que rechaza hablar de su peso, quizá sea más útil comenzar preguntando "¿Cómo te sientes con todo esto?" que iniciar directamente una conversación sobre calorías o ejercicio.

La pregunta clínica deja así de ser únicamente "**¿qué le pasa?**" para incorporar otra, igualmente necesaria: "**¿cómo está viviendo lo que le pasa?**".

El cómo comunicamos importa tanto como el qué comunicamos

Una comunicación pediátrica eficaz comienza desde el primer contacto. El contacto visual, una postura abierta, una actitud tranquila y la disposición a escuchar transmiten interés incluso antes de que aparezca la primera pregunta.

Las preguntas abiertas permiten conocer el motivo de consulta desde la perspectiva del paciente y de su familia: "¿Qué le pasa a Pablo?", "¿Qué os preocupa?" o "¿Cómo os puedo ayudar?". Posteriormente, pueden formularse preguntas cada vez más concretas, siguiendo un recorrido de lo general a lo específico.

Esta estrategia evita que el profesional se precipite hacia una hipótesis diagnóstica antes de conocer la preocupación real de la familia. También disminuye el riesgo de convertir la entrevista en un interrogatorio cerrado en el que se obtiene mucha información objetiva, pero poca información sobre la experiencia del paciente.

La comunicación debe adaptarse al desarrollo del niño. Incluso en edades tempranas es posible dirigirse directamente al menor, mirarle y favorecer su participación. En los escolares, el juego y otros recursos adaptados pueden facilitar la interacción. En los adolescentes, la autonomía progresiva y la intimidad adquieren especial relevancia. El adolescente no debe ser únicamente el acompañante silencioso de una conversación entre adultos.

La evidencia reciente sobre intervenciones dirigidas a mejorar la participación infantil en Atención Primaria muestra que la formación de los profesionales, las guías de comunicación y

Tabla I. Elementos de una comunicación pediátrica empática

Elemento	Aplicación práctica
Escucha activa	Permitir que el niño y la familia expliquen su experiencia antes de dirigir la entrevista
Preguntas abiertas	Explorar primero qué sucede y qué preocupa
Contacto visual	Dirigirse al niño y no exclusivamente al adulto acompañante
Adaptación al desarrollo	Utilizar lenguaje, recursos y preguntas acordes a la edad
Validación emocional	Reconocer miedo, preocupación, frustración o incertidumbre
Información comprensible	Evitar tecnicismos y comprobar la comprensión
Autonomía	Favorecer la participación progresiva del niño y del adolescente
Decisión compartida	Acordar objetivos y actuaciones cuando existan diferentes alternativas
Seguimiento	Mantener abierto el espacio de comunicación más allá de la consulta puntual

determinadas modificaciones del flujo asistencial pueden mejorar el intercambio de información y el conocimiento, aunque los resultados sobre otras medidas de comunicación centrada en el paciente son variables (Tabla I).

Patologías en las que la empatía puede ser especialmente relevante

La comunicación es necesaria en cualquier proceso pediátrico, pero determinadas situaciones clínicas la convierten en una herramienta especialmente importante.

En las enfermedades crónicas, la relación terapéutica es fundamental para la educación sanitaria y la adherencia. En los trastornos del neurodesarrollo, es necesario adaptar la comunicación a las características del niño y consensuar objetivos con la familia. En las enfermedades raras, la incertidumbre diagnóstica o pronóstica puede prolongarse durante años. En oncología y otras enfermedades graves, el pediatra debe ser capaz de comunicar información difícil y acompañar emociones intensas.

Pero también las enfermedades leves y autolimitadas requieren una comunicación de calidad. En determinadas bronquiolitis leves, procesos infecciosos o crisis febriles simples, el tratamiento puede ser principalmente sintomático y la familia puede esperar una intervención que no está indicada. En estas situaciones, explicar el diagnóstico, la evolución esperable, los signos de alarma y el motivo por el que no se necesita un tratamiento específico forma parte de la propia intervención clínica.

La ausencia de una intervención farmacológica no significa ausencia de tratamiento. Una explicación adecuada puede reducir la incertidumbre, evitar pruebas innecesarias y proporcionar seguridad a la familia (Tabla II).

Cuando el problema clínico y la preocupación familiar no coinciden

Uno de los mayores retos de la consulta pediátrica aparece cuando existe una discrepancia entre lo que preocupa al profesional y aquello que realmente preocupa al paciente o a su familia.

Un dolor abdominal recurrente puede no acompañarse de signos de enfermedad orgánica y, sin embargo, estar condicionando de manera importante la vida de un niño. La consulta por talla baja puede convertirse en una conversación sobre autoestima y aceptación social. El exceso de peso puede ser el motivo aparente de consulta, mientras que el verdadero problema del adolescente sea la vergüenza, el aislamiento o el conflicto familiar.

La comunicación empática permite explorar estas dimensiones sin abandonar el razonamiento clínico. No se trata de sustituir la anamnesis médica por una conversación emocional. Se trata de integrar ambas.

Tabla II. Situaciones clínicas en las que la comunicación adquiere especial relevancia

Situación clínica	Necesidad comunicativa
Procesos leves o autolimitados	Explicar la evolución y evitar intervenciones innecesarias
Enfermedades crónicas	Educación sanitaria, autonomía y adherencia
Obesidad y problemas relacionados con el estilo de vida	Evitar estigma y culpabilización; acordar objetivos realistas
Trastornos del neurodesarrollo	Adaptar la comunicación y consensuar actuaciones
Adolescencia	Intimidad, autonomía y participación
Enfermedades raras	Manejar incertidumbre y expectativas
Oncología y enfermedad grave	Comunicar información difícil y acompañar emociones
Situaciones agudas graves	Facilitar decisiones rápidas y comprensibles

Tabla III. Del lenguaje que distancia al lenguaje que conecta

Expresión que puede generar distancia	Alternativa centrada en el paciente
"No tiene nada"	"No encontramos datos que indiquen una enfermedad grave"
"Es una talla familiar"	"Tu talla sigue un patrón familiar, pero entiendo que te preocupe"
"Tiene que adelgazar"	"¿Cómo te gustaría sentirte y qué cambios crees que podrías hacer?"
"No os preocupéis"	"Entiendo que estéis preocupados; vamos a ver qué es lo que más os inquieta"
"Ya le hemos hecho todas las pruebas"	"Hemos estudiado las causas que nos preocupaban y podemos explicar qué hemos encontrado"
"Esto es normal"	"Es algo frecuente, aunque entiendo que para vosotros pueda resultar preocupante"
"Tienes que hacer ejercicio"	"¿Qué actividad crees que podrías incorporar de forma realista?"

Tres situaciones clínicas para entrenar la comunicación empática

El taller se plantea como una oportunidad para trasladar estos principios a situaciones habituales de la práctica pediátrica mediante técnicas de *role-play*. El objetivo no es encontrar una respuesta única o perfecta, sino identificar qué actitudes favorecen la conexión y cuáles pueden generar distancia.

Caso 1: "Me duele la barriga y nadie encuentra nada"

Una niña de 8 años consulta por dolor abdominal recurrente. Su madre está convencida de que existe una enfermedad orgánica que todavía no ha sido diagnosticada.

El primer reto consiste en no enfrentarse a la interpretación familiar. Antes de explicar resultados o descartar hipótesis, es necesario conocer la preocupación: "¿Qué es lo que más os preocupa?". A continuación, será preciso explorar el impacto del síntoma en la vida escolar, familiar y social de la niña, así como posibles factores emocionales o psicosociales.

La empatía permite reconocer la preocupación de la madre sin confirmar una enfermedad que no ha sido demostrada.

El objetivo final es establecer un plan diagnóstico y de seguimiento comprensible, con criterios claros de reevaluación.

Caso 2: "No quiero hablar de mi peso"

Un adolescente de 14 años presenta un IMC por encima del percentil 97. Durante el último año ha dejado de practicar deporte después de una lesión, han empeorado sus hábitos alimentarios y la relación con su madre se ha deteriorado.

Hablar de peso exige especial cuidado para evitar estigmatización y culpabilización. El adolescente puede percibir que el profesional únicamente ve su IMC y no a la persona que hay detrás.

Una aproximación empática comienza por explorar su experiencia: "¿Cómo te encuentras?", "¿Qué es lo que más te preocupa?" o "¿Hay algo que te gustaría cambiar?".

La intervención debe buscar su participación activa y establecer objetivos pequeños, concretos y alcanzables. La familia debe convertirse en un elemento facilitador, no en un mecanismo de vigilancia.

La toma de decisiones compartida en pediatría implica precisamente incorporar al niño o adolescente y a sus cuidadores de acuerdo con su desarrollo y con la naturaleza de la decisión.

Caso 3: "Tenemos miedo"

Una niña de 7 años ha sido diagnosticada de leucemia linfoblástica aguda y se encuentra en tratamiento. Sus padres expresan preocupación por la evolución de la enfermedad, por el estado emocional de su hija y por las dificultades que están viviendo como familia.

En este contexto, el pediatra no siempre puede resolver las dudas médicas ni debe invadir las competencias del equipo hospitalario responsable. Sin embargo, puede escuchar, reconocer el sufrimiento, detectar necesidades y facilitar la conexión con los recursos disponibles.

La pregunta: "¿Qué es lo que más os preocupa en este momento?" permite priorizar necesidades.

En ocasiones, acompañar significa aceptar que no tenemos una respuesta tranquilizadora. La comunicación empática no consiste en prometer que todo irá bien, sino en transmitir que la familia no está sola ante la incertidumbre (Tabla III).

Empatía y toma de decisiones compartida

La empatía no debe confundirse con una actitud pasiva ni con aceptar todas las demandas del paciente. Escuchar y validar no significa indicar una prueba innecesaria, prescribir un tratamiento no indicado o confirmar una interpretación incorrecta.

La comunicación empática permite, precisamente, explicar mejor por qué una determinada intervención no está indicada y construir alternativas aceptables.

La toma de decisiones compartida es especialmente relevante cuando existen varias opciones razonables, cada una con beneficios, riesgos o consecuencias diferentes. En pediatría, este proceso debe integrar al menor, a sus padres o cuidadores y al profesional, ajustando el grado de participación a la edad y al desarrollo del niño.

Una revisión sistemática publicada en 2026 sobre intervenciones para mejorar la toma de decisiones compartida y la participación infantil en Atención Primaria, encontró mejoras especialmente en el intercambio de información y en el conocimiento, aunque los efectos sobre otras medidas de comunicación centrada en el paciente fueron heterogéneos. Esto recuerda que no existe una única técnica capaz de resolver todas las dificultades comunicativas: las habilidades deben integrarse en el contexto clínico.

La empatía no exige una consulta perfecta

En ocasiones, la principal barrera para mejorar la comunicación es pensar que necesitamos disponer de más tiempo del que realmente tenemos.

La realidad asistencial obliga a priorizar. Sin embargo, pequeños cambios pueden modificar de manera importante la experiencia del paciente: mirar al niño cuando habla, dejar unos segundos para que complete su respuesta, preguntar qué preocupa más, reconocer una emoción, comprobar qué ha entendido la familia o pedir al adolescente su opinión antes de realizar una recomendación.

La evidencia disponible identifica la falta de tiempo como una de las barreras frecuentes para la toma de decisiones compartida, pero también señala la confianza, el respeto, la calidad de la información y las habilidades del profesional como factores facilitadores.

Por tanto, mejorar la comunicación no consiste necesariamente en añadir muchos minutos a cada consulta. Consiste en utilizar de otra manera los minutos disponibles.

Cuando una palabra forma parte del tratamiento

La medicina pediátrica necesita conocimientos científicos, capacidad diagnóstica y habilidades técnicas. Pero ninguna de estas competencias garantiza por sí misma que el paciente se sienta comprendido.

Una explicación puede reducir la incertidumbre. Una conversación puede mejorar la adherencia. Una pregunta puede descubrir un problema oculto. Una validación puede disminuir el sentimiento de culpa. Una decisión compartida puede transformar al paciente de receptor pasivo en participante de su propio cuidado.

La empatía no sustituye al conocimiento científico. Lo hace más humano y, en determinadas circunstancias, más eficaz.

Especialmente en pediatría, donde atendemos simultáneamente a una enfermedad, a un niño y a una familia, la calidad de la relación forma parte inseparable de la calidad asistencial.

Conclusiones

La comunicación es una competencia clínica esencial en pediatría. La relación triangular entre niño, familia y profesional exige escuchar diferentes perspectivas y adaptar la información a la edad, madurez y necesidades de cada paciente.

La empatía permite incorporar a la valoración clínica una dimensión que con frecuencia queda fuera de la historia clínica: cómo vive el paciente su enfermedad.

No todas las consultas necesitan más pruebas, más tratamientos o más intervenciones. Algunas necesitan una explicación clara. Otras, un espacio de escucha. Y algunas, simplemente, que alguien reconozca el miedo.

En una medicina cada vez más tecnológica, recuperar la capacidad de escuchar no supone mirar hacia atrás. Es una forma de hacer mejor medicina.

Porque cuando la empatía forma parte de la consulta, la comunicación deja de ser únicamente el vehículo para transmitir información y se convierte en una herramienta terapéutica.

Bibliografía

Domain of Competence: Interpersonal and Communication Skills. Benson, Bradley J. Academic Pediatrics. 2014; 14: S55-65. Disponible en: https://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859(13)00331-8/.

Kase SM. PedsTalk: A Pilot Communication Skills Education Course for Pediatric Residents. 2023. Disponible en: https://doi.org/10.1542/hpeds.2023-007174.

Silva DH. A competency-based communication skills workshop series for pediatric residents. Bol Asoc Med P R. 2008; 100: 8-12. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19227722/.

Núñez Jiménez C. El proceso de la comunicación. Form Act Pediatr Aten Prim. 2015; 8; 138-43. Disponible en: https://fapap.es/articulo/348/el-proceso-de-la-comunicacion.

Utilidad de la ecografía clínica en urgencias pediátricas

Manuel Porcar Almela*, Inés Osiniri Kippes**

*Pediatra. Consulta Porcar Pediatría. Almazora. Castellón. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía Clínica Pediátrica (GTECO, SEPEAP) -
**Pediatra. Ecografía clínica. Figueres. Girona. Miembro del Grupo de Trabajo de Ecografía Clínica Pediátrica (GTECO, SEPEAP)

Introducción

En las urgencias pediátricas debemos tomar decisiones rápidas ante síntomas que con frecuencia son inespecíficos. La auscultación, la palpación y la observación continúan siendo esenciales, pero la incorporación de la ecografía clínica aporta información adicional en tiempo real y aumenta la capacidad diagnóstica durante la propia exploración. Hasta hace pocos años, resolver esa incertidumbre obligaba a solicitar una radiografía, derivar al paciente o adoptar una actitud expectante. La incorporación de la ecografía clínica a pie de cama permite avanzar un paso más durante la propia exploración.

La ecografía pediátrica es una técnica inocua, indolora, repetible y sin radiación ionizante. Puede realizarse mientras el niño permanece en brazos de sus padres y ofrece información anatómica y dinámica en tiempo real. No pretende sustituir una ecografía reglada cuando esta es necesaria, sino responder preguntas clínicas concretas: ¿existe una consolidación?, ¿esa adenopatía está abscesificada?, ¿se visualiza el apéndice?, ¿hay una invaginación?, ¿existe dilatación renal?, ¿la cadera presenta derrame?, ¿se ha interrumpido la cortical del hueso? Esta capacidad para convertir una sospecha en una imagen inmediata mejora la precisión diagnóstica y permite seleccionar mejor los tratamientos y las derivaciones[1-3].

En España, la ecografía pulmonar, abdominal y cervical son ya las aplicaciones más utilizadas por los pediatras que han recibido formación, aunque su implantación sigue siendo desigual. La mayoría considera que aumenta la capacidad resolutiva y reduce el tiempo hasta el diagnóstico[3,4]. El objetivo de este taller es mostrar, mediante situaciones habituales de urgencias, la información que puede aportar la sonda cuando se integra con la anamnesis y la exploración física.

Infecciones respiratorias

La patología respiratoria es uno de los motivos más frecuentes de atención en urgencias. En la bronquiolitis, la ecografía pulmonar muestra una afectación bilateral y heterogénea, con alternancia de áreas conservadas y zonas con líneas B múltiples o confluentes, e irregularidad pleural hasta pequeñas consolidaciones subpleurales. Mediante el LUS *score* (*Lung ultrasound score*) se pueden cuantificar estos hallazgos de manera que se puede evaluar la gravedad de la bronquiolitis y predecir su evolución de manera precoz. Los estudios seriados permiten valorar la evolución y detectar la complicación pulmonar más frecuente de la bronquiolitis, como es la neumonía[5-7].

En la neumonía, la imagen puede variar desde una pequeña consolidación subpleural con borde irregular o signo del desgarro hasta una hepatización pulmonar. La ecografía permite localizar la lesión, estimar su extensión, identificar derrame pleural, septos o abscesificación y repetir la exploración hasta comprobar su resolución. Esta información supera la simple respuesta de presencia o ausencia de neumonía y explica por qué la ecografía pulmonar está modificando la evaluación del niño con fiebre o dificultad respiratoria[8-10].

Patología cervical

Las tumoraciones cervicales generan preocupación familiar y plantean diagnósticos muy diferentes. Con la sonda lineal podemos determinar si una tumoración cervical corresponde a una adenopatía, una glándula salival, un quiste o una colección. En las adenopatías valoramos el tamaño, la forma, el grosor cortical, la conservación del hilio, la ecogenicidad y el patrón vascular. Una adenopatía ovalada, homogénea y con hilio conservado suele corresponder a un proceso reactivo; la forma redondeada, el hilio ausente o alterado, la heterogeneidad, la necrosis, las calcificaciones o el conglomerado adenopático obligan a ampliar el estudio. En la adenitis bacteriana, la identificación de licuefacción permite diagnosticar la abscesificación y decidir si precisa valoración quirúrgica.

La localización y la relación con las estructuras vecinas orientan también el diagnóstico de los quistes cervicales. Un quiste del conducto tirogloso suele localizarse en la línea media y relacionarse con el hioides, mientras que las lesiones branquiales aparecen habitualmente en la región lateral. En la parotiditis podemos observar una glándula aumentada de tamaño, heterogénea e hipervascularizada. Además, la ecografía permite detectar adenopatías intraparotídeas, litiasis, dilatación ductal, colecciones o una lesión focal, hallazgos que modifican el diagnóstico inicial y la conducta.

Patología gastrointestinal

En el niño con vómitos, diarrea o dolor abdominal, la ecografía permite mirar más allá de la etiqueta inicial de gastroenteritis. La presencia de asas con contenido líquido, aumento del peristaltismo, engrosamiento mural, adenopatías mesentéricas o una pequeña cantidad de líquido libre puede apoyar un proceso inflamatorio intestinal. Al mismo tiempo, la exploración puede valorar un proceso apendicular, una invaginación, una adenitis mesentérica o una complicación que explique una evolución atípica. En el estreñimiento, la visualización de contenido fecal y la medición del diámetro rectal aportan información objetiva sobre la retención y la posible impactación, especialmente cuando la anamnesis o la exploración no son concluyentes[11-13].

La apendicitis es una de las aplicaciones de mayor interés en urgencias. La compresión gradual permite buscar una estructura tubular ciega, no compresible y dolorosa, con diámetro exterior aumentado. La hiperemia de la pared, el apendicolito, la inflamación de la grasa circundante, el líquido libre o la colección aportan información sobre la actividad y las posibles complicaciones. La identificación de un apéndice normal permite orientar la búsqueda hacia otras causas; cuando no se visualiza, los signos secundarios y la probabilidad clínica determinan la conducta.

En la invaginación intestinal, la ecografía muestra el signo de la diana en el plano transversal y la imagen en pseudorriñón o sándwich en el longitudinal. Además de confirmar el diagnóstico, permite conocer la localización, la longitud, la vascularización, el edema y la presencia de una posible cabeza de invaginación. Esta información ayuda a estimar la viabilidad intestinal y acelera la derivación[12,14].

Patología renal y urinaria

La ecografía no sustituye al análisis de orina ni al cultivo, pero aporta información relevante desde el primer episodio de infección urinaria. Permite comprobar la morfología y el tamaño renal, el grosor y la ecogenicidad del parénquima, la diferenciación corticomedular y la existencia de dilatación pielocalicial, ureteral o anomalías estructurales. En un paciente con fiebre persistente o mala evolución, puede mostrar cambios focales, alteraciones de la perfusión, pionefrosis o abscesos y orientar la necesidad de ampliar el estudio.

La vejiga también forma parte de la exploración. Su volumen, el grosor de la pared, el sedimento, los ecos intravesicales y el residuo posmiccional aportan información sobre retención, vaciamiento y posible disfunción. En urgencias podemos valorar signos de infección, si hay una alteración anatómica, obstructiva o funcional que explique el cuadro o aumente su riesgo[12].

Patología musculoesquelética

En el niño con cojera o dolor de cadera, la ecografía permite detectar pequeñas cantidades de líquido articular y comparar ambas caderas en la misma exploración. La distensión de la cápsula confirma el derrame y apoya el diagnóstico de sinovitis transitoria de cadera. Su aportación consiste en objetivar el hallazgo y seleccionar con mayor precisión qué pacientes precisan valoración urgente[15].

En los traumatismos, el hueso normal se observa como una línea hiperecogénica continua. La interrupción, el escalón o la angulación de la cortical, acompañados en ocasiones de hematoma subperióstico, confirman la lesión en el punto doloroso. La ecografía resulta especialmente útil en fracturas superficiales del antebrazo distal y en la fractura de Toddler, que puede pasar desapercibida en la radiografía inicial. También permite comprobar la alineación durante la reducción, disminuyendo el número de controles radiográficos[2,15].

Conclusiones

La ecografía aporta información diagnóstica en todos los escenarios abordados en este taller. Permite ver la pérdida de aireación pulmonar, caracterizar una masa cervical, explorar el intestino y el apéndice, valorar el aparato urinario, demostrar un derrame articular o seguir la cortical de un hueso. Su principal valor no reside en acumular imágenes, sino en responder preguntas que surgen durante la exploración y utilizar la respuesta para tomar una decisión más rápida y mejor dirigida.

Para que esta incorporación sea segura, se necesita formación estructurada, práctica supervisada y mantenimiento de las competencias. El objetivo debe ser que el ecógrafo se integre progresivamente en la atención urgente pediátrica como una herramienta habitual, al mismo nivel que el fonendoscopio o el otoscopio, aumentando la capacidad resolutiva del pediatra y mejorando la atención de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Osiniri Kippes I. Ver o no ver la ecografía: nuevos desafíos para el pediatra de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014; 16: 295-6.
2. Osiniri Kippes I. Taller de ecografía abdominal para pediatras de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2017; 19: 77-9.
3. Ortiz-González L, Ortiz-Peces L, Ortiz-Peces C. The role of paediatric point-of-care ultrasound in Spain present status and future perspectives. Ultrasound J. 2026; 18: 18403. Disponible en: https://doi.org/10.5826/TUJ.2026.18403.
4. Alonso-Peña P, Ortiz-González L. Ecografía clínica pulmonar pediátrica en atención primaria: situación actual en España. Aten Primaria. 2024; 56: 102902. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102902.
5. Zoido Garrote E, García Aparicio C, Torrez Villarroel C, Vega García AP, Muñiz Fontán M, Oulego Erroz I. Utilidad de la ecografía pulmonar precoz en bronquiolitis aguda leve-moderada: estudio piloto. An Pediatr. 2019; 90: 10-8.
6. Hernández-Villarroel AC, Ruiz-García A, Manzanaro C, Echevarría-Zubero R, Bote-Gascón P, Gonzalez-Bertolin I, Sainz T, et al. Lung Ultrasound: A Useful Prognostic Tool in the Management of Bronchiolitis in the Emergency Department. J Pers Med. 2023; 13: 1624. Disponible en: https://doi.org/10.3390/jpm13121624.
7. Thabet F, Zayani S, Haddad N, Daya A, Nasrallah CB, Chouchane S, et al. Prognostic Role of Lung-Ultrasound Score in Acute Bronchiolitis Patients Treated With High Flow Nasal Cannula: A Prospective Study. Pediatr Pulmonol. 2025; 60: e27432. Disponible en: https://doi.org/10.1002/ppul.27432.
8. Pereda MA, Chavez MA, Hooper-Miele CC, Gilman RH, Steinhoff MC, Ellington LE, et al. Lung ultrasound for the diagnosis of pneumonia in children: a meta-analysis. Pediatrics. 2015; 135: 714-22. Disponible en: https://doi.org/10.1542/peds.2014-2833.
9. Bobillo-Perez S, Girona-Alarcon M, Rodriguez-Fanjul J, Jordan I, Balaguer Gargallo M. Lung ultrasound in children: What does it give us? Paediatr Respir Rev. 2020; 36: 136-41. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.prrv.2019.09.006.
10. Kharasch S, Duggan NM, Cohen AR, Shokoohi H. Lung Ultrasound in Children with Respiratory Tract Infections: Viral, Bacterial or COVID-19? A Narrative Review. Open Access Emerg Med. 2020; 12: 275-85. Disponible en: https://doi.org/10.2147/oaem.s238702.
11. Peix Sambola MA, Osiniri Kippes I, Fernández Merchán JA. Ecografía abdominal para un pediatra de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015; (24): 77-81.
12. Doniger SJ, Dessie A, Latronica C. Measuring the Transrectal Diameter on Point-of-Care Ultrasound to Diagnose Constipation in Children. Pediatr Emerg Care. 2018; 34: 154-9. Disponible en: https://doi.org/10.1097/pec.0000000000000775.
13. Lin-Martore M, Kornblith AE, Kohn MA, Gottlieb M. Diagnostic Accuracy of Point-of-Care Ultrasound for Intussusception in Children Presenting to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-analysis. West J Emerg Med. 2020; 21: 1008-16. Disponible en: https://doi.org/10.5811/westjem.2020.4.46241.
14. Jones RM, Malia L, Snelling PJ, Riera A, Mak W, Moote D, et al. Diagnostic Accuracy of Point-of-Care Ultrasound for Hip Effusion: A Multicenter Diagnostic Study. Ann Emerg Med. 2025; 86: 566-75. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2025.04.033.
15. Snelling PJ, Jones P, Bade D, Bindra R, Byrnes J, Davison M, et al. Ultrasonography or Radiography for Suspected Pediatric Distal Forearm Fractures. N Engl J Med. 2023; 388: 2049-57. Disponible en: https://doi.org/10.1056/nejmoa2213883.

Un paseo musical por la piel

Begoña Pelegrín López[1], Carlos Iglesias Gómez[2], Luis Ortiz González[3], Reyes Mazas Raba[4]

[1]Pediatra EAP. Alcantarilla-Sangonera. Murcia. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Dermatología Pediátrica de la SEPEAP (DERMAPED). Vocal Nacional de la SEPEAP - [2]Pediatra EAP. Alcantarilla-Sangonera. Murcia. Miembro del Grupo de Trabajo de Dermatología Pediátrica de la SEPEAP (DERMAPED) - [3]Profesor coordinador del área de conocimiento de Dermatología, Departamento de Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Extremadura. Badajoz. Miembro del Grupo de Trabajo de Dermatología Pediátrica de la SEPEAP (DERMAPED) - [4]Pediatra EAP. Gama. Santander. Miembro del Grupo de Trabajo de Dermatología Pediátrica de la SEPEAP (DERMAPED)

El Grupo de Trabajo de Dermatología Pediátrica de la SEPEAP pone música a la actualización dermatológica en el Curso Precongreso del 40º Congreso Nacional de la SEPEAP.

La piel tiene su propio lenguaje y, para el pediatra, aprender a interpretarlo forma parte de la consulta diaria. En ocasiones, el diagnóstico es sencillo; en otras, una lesión aparentemente banal puede plantearnos dudas, obligarnos a ampliar el diagnóstico diferencial o esconder algún signo de alarma.

Partiendo de esta realidad, desde el Grupo de Trabajo de Dermatología Pediátrica de la SEPEAP (DERMAPED) hemos querido plantear el Curso Precongreso del 40º Congreso Nacional de la SEPEAP de una manera algo diferente. Así nace "Un paseo musical por la piel", una propuesta en la que dermatología pediátrica, casos clínicos, actualización y música se dan la mano.

La idea ha sido desarrollada por los pediatras: Dr. Carlos Iglesias, Dra. Reyes Mazas, Dr. Luis Ortiz González y Dra. Begoña Pelegrín, quienes serán también los encargados de impartir el curso y conducir a los asistentes a través de sus diferentes bloques.

Objetivos

Repasar aquellas enfermedades y lesiones dermatológicas que vemos con mayor frecuencia o que tienen especial relevancia en la infancia y la adolescencia, detenernos en las situaciones que pueden generar dudas en la consulta y revisar qué ha cambiado en los últimos años en su diagnóstico y tratamiento.

Y es que la dermatología pediátrica está viviendo una etapa de importantes avances. A los tratamientos que utilizamos habitualmente se han incorporado nuevas opciones terapéuticas y, especialmente en algunas enfermedades inflamatorias crónicas, las terapias dirigidas y los tratamientos biológicos han cambiado de forma importante nuestras posibilidades de actuación.

Una banda sonora para recorrer la dermatología pediátrica: metodología

Queríamos alejarnos del formato tradicional de una sucesión de ponencias y buscar una forma más dinámica de compartir y actualizar conocimientos. Por eso, el curso se organizará en diferentes bloques temáticos, cada uno de ellos relacionado con una música, una canción o un estilo musical que servirá para introducir y acompañar los distintos contenidos.

La música será el hilo conductor, pero la protagonista seguirá siendo la piel.

A través de imágenes y casos clínicos iremos repasando diferentes patologías dermatológicas, desde las más habituales en nuestras consultas hasta otras menos frecuentes, pero que debemos conocer y saber identificar.

No se trata de hacer una revisión exhaustiva de la dermatología pediátrica, sino de seleccionar problemas concretos y abordarlos desde una perspectiva útil para el pediatra.

Ver, pensar y decidir

La dermatología es probablemente una de las áreas de la pediatría en las que la imagen tiene mayor importancia. Antes de decidir qué hacer, hay que detenerse a mirar.

Por eso, durante el curso plantearemos situaciones similares a las que encontramos cualquier día en la consulta. Ante una imagen, tendremos que preguntarnos: ¿qué estoy viendo?, ¿cuál es el diagnóstico más probable?, ¿qué otros diagnósticos debo tener en cuenta?, ¿cómo debo tratarlo?, ¿hay alguna novedad terapéutica?, ¿cuándo debo derivar? y ¿existe algún signo de alarma que no deba pasar por alto?

Queremos que el asistente participe en ese proceso de razonamiento y que cada caso sirva como punto de partida para revisar conceptos y, sobre todo, para actualizar el manejo de las distintas patologías.

Habrá espacio para recordar tratamientos que siguen siendo fundamentales, pero también para conocer las novedades que se han incorporado en los últimos años y aquellas que están llegando a la práctica clínica. La intención es que esta actualización tenga una aplicación directa y real en la consulta del pediatra.

Dermatología con otro ritmo, resultados

El Dr. Carlos Iglesias, la Dra. Reyes Mazas, el Dr. Luis Ortiz González y la Dra. Begoña Pelegrín, autores de esta propuesta y ponentes del curso, serán los encargados de poner imágenes, casos y música a este particular paseo por la piel.

Desde DERMAPED queremos mantener el rigor científico que debe tener una actividad formativa de estas características, pero hacerlo de una manera cercana, visual y participativa. La música nos permitirá separar los diferentes bloques, cambiar de registro y, esperamos, hacer que el aprendizaje resulte también más ameno.

Al finalizar el curso, nos gustaría que los asistentes se llevaran algo más que una revisión de diagnósticos y tratamientos: una forma práctica de enfrentarse al paciente con un problema dermatológico, mayor seguridad a la hora de reconocer las lesiones más relevantes y algunas ideas claras sobre las novedades que ya están cambiando nuestra práctica clínica.

Porque la piel también tiene sus ritmos, sus cambios y, de vez en cuando, alguna nota discordante que conviene saber reconocer.

La música será nuestra compañera de viaje, marcará el ritmo del curso, dará identidad a sus diferentes bloques. Las imágenes, los casos clínicos y la participación de los asistentes harán el resto.

Os invitamos a acompañarnos, escuchar, observar y participar.

Sube el volumen. Comienza nuestro paseo musical por la piel.

Criterios Roma V: nuevo paradigma en los trastornos digestivos funcionales

Luis Carlos Blesa Baviera*, Juan José Díaz Martín**

***Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Serrería II. Valencia. Presidente de la AEP -**
****Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo**

Con la divulgación de los criterios de Roma V en 2026, la revisión pediátrica principal apareció publicada en *Gastroenterology®* durante los meses de febrero a mayo del mismo año; por tanto, actualmente Roma V es la referencia que debe utilizarse y no los de Roma IV, que quedan obsoletos[1,2].

La filosofía de Roma V es hacer los criterios más claros y clínicamente útiles, y en paralelo con la actualización de los criterios del adulto, se introduce una revisión importante de los criterios pediátricos, armonizando estos y facilitando así la transición diagnóstica a lo largo de la vida.

Las diferencias principales que he detectado de las muchas que existen entre ambas ediciones se describen en la tabla I. El cambio fundamental puede resumirse en el paso de una clasificación pediátrica centrada en la edad del niño[1,2] y tipo de trastorno funcional a una centrada en la anatomía, agrupación de los síntomas y la interacción intestino-cerebro que se presentan desde la infancia hasta la adolescencia.

En esta revisión de Roma V, además, se intenta reducir el uso de la palabra "funcional", cambiando el término de "trastornos gastrointestinales funcionales" a trastornos de la interacción intestino-cerebro (DGBI, por sus siglas en inglés)[3]. La propia *Rome Foundation* señala que Roma V reorganiza la clasificación pediátrica según la anatomía gastrointestinal, buscando además una transición más fluida hacia los criterios del adulto, y la divide fundamentalmente en tracto gastrointestinal superior e inferior (https://theromefoundation.org/rome-v-a-global-framework-for-disorders-of-gut-brain-interaction/).

Otro de los cambios más llamativos que se refieren en la tabla I es el cambio del término de cólico infantil, que en Roma V pasa a definirse como síndrome de distrés infantil; no se trata simplemente de un cambio cosmético, sino que la definición intenta describir mejor el fenotipo de llanto, irritabilidad/inquietud y distrés del lactante.

Otra novedad muy importante que presenta Roma V es que amplía las categorías de trastornos pediátricos de la alimentación, que adquieren mayor entidad propia. Cosa que resulta especialmente útil en Atención Primaria (AP) ante niños que presentan rechazo alimentario, alimentación extremadamente selectiva, dolor o miedo asociado a comer o dificultades persistentes durante las comidas.

La *Rome Foundation* insiste y señala expresamente que Roma V está dirigida también a médicos de AP, favoreciendo precisamente que muchos de los DGBI se diagnostiquen positivamente en AP, sin derivar de forma sistemática. La idea clave es que no

Tabla I. Principales cambios en Roma IV *versus* Roma V pediátrico

Aspecto	Roma IV (año 2016)	Roma V (2026)
Concepto	Trastornos gastrointestinales funcionales	Trastornos de la interacción intestino-cerebro
Terminología	Mayor énfasis en categorías funcionales	Menor utilización del término "funcional"
Organización	Principalmente por edad: neonato/lactante y niño/adolescente	Principalmente por región anatómica y patrón sintomático
Edad	Separación explícita por grupos etarios	Se intenta reducir la dependencia de la edad y favorecer la continuidad con adultos
Relación con adultos	Clasificación pediátrica relativamente separada	Mayor armonización pediatría-adultos
Clasificación	Esófago, gastroduodenal, intestinal, dolor central, etc., con categorías pediátricas específicas	Trastornos GI altos, GI bajos/anorrectales/biliares y categorías relacionadas con dolor/molestia
Distensión abdominal	No tenía una categoría pediátrica tan definida	Se incorpora la distensión abdominal funcional
Esófago	Menos desarrollado en la clasificación pediátrica	Se incorporan entidades como la hipersensibilidad al reflujo y dolor esofágico no relacionado con reflujo
Cólico infantil	Cólico del lactante	Síndrome de distrés del lactante
Alimentación	Trastornos de alimentación menos integrados	Se incorporan/refinan los trastornos pediátricos de la alimentación

GI: gastrointestinal.

se pretende que el pediatra haga más pruebas, sino que pueda diagnosticar mejor y de forma más precisa muchos síntomas gastrointestinales recurrentes, evitando tanto la medicalización excesiva como la cascada de exploraciones innecesarias. No se pretende diagnosticar más enfermedades raras, sino que reconozca mejor los DGBI.

Hablar de DGBI no es lo mismo que decir que la clínica sea de causa psicológica o que no hay nada realmente. Aquí lo que se pretende definir es que estamos ante un trastorno real de la interacción intestino-cerebro que precisa un abordaje biopsicosocial. Y no convertir automáticamente cada dolor abdominal recurrente en una indicación de pruebas complementarias (ecografía, endoscopia, batería analítica, etc.) y, por otro lado, evitar etiquetas inespecíficas como "dolor abdominal funcional", "colon irritable" o "gases".

Esto último no significa que los diagnósticos clásicos desaparezcan (estreñimiento funcional, incontinencia fecal no retentiva, etc.); muchos continúan, pero sus criterios se han revisado buscando mejorar su aplicabilidad clínica. Además, se añaden varias entidades diagnósticas a los mismos. Así, por ejemplo, los Criterios de Roma V han ampliado los DGBI del esófago y se analizan en detalle la hipersensibilidad al reflujo, el trastorno de dolor esofágico sin reflujo, el eructo supragástrico, los trastornos del tránsito aéreo, el síndrome de rumiación, el vómito cíclico, el síndrome de náuseas crónicas y la dispepsia funcional[4].

Los trabajos de 2026 señalan que el cuestionario pediátrico de Roma V incorpora preguntas para 14 DGBI adicionales respecto a Roma IV, incluyendo los trastornos funcionales de la alimentación pediátrica, el síndrome de dolor abdominal de origen central, el síndrome de dolor biliar, la proctalgia fugaz, la diarrea funcional, la distensión abdominal funcional y el síndrome de sufrimiento infantil[5].

Bibliografía

1. Benninga MA, Faure C, Hyman PE, St James Roberts I, Schechter NL, Nurko S. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. Gastroenterology. 2016: S0016-5085(16)00182-7. Disponible en: https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.016.
2. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Functional Disorders: Children and Adolescents. Gastroenterology. 2016: S0016-5085(16)00181-5. Disponible en: https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.015.
3. Drossman DA, Chang L, Tack J. Disorders of Gut-Brain Interaction and the Rome V Process. Gastroenterology. 2026; 170: 1083-98. Disponible en: https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.02.014.
4. Rosen R, Borrelli O, Faure C, Karrento K, Krishnan U, Nurko S, et al. Rome V Pediatric Upper Gastrointestinal Disorders of Gut–Brain Interaction. Gastroenterology. 2026; 170, 1347-66. Disponible en: https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.01.039.
5. Rajindrajith S, Devanarayana N, Hathagoda W, Benninga M. Rome V criteria for pediatric disorders of gut-brain interaction: key updates and clinical implications. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2026; 20: 721-32. Disponible en: https://doi.org/10.1080/17474124.2026.2712930.

Manejo 360° del trastorno del espectro autista

Pedro Javier Rodríguez Hernández*, Aida Hamdani Mañas**

***Pediatra. Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia y Psicólogo. Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa". Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. Profesor Asociado de Psiquiatría. Universidad de La Laguna - **Residente de Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife**

Introducción

Los trastornos del espectro autista (TEA) son un grupo de trastornos graves y complejos del neurodesarrollo que generalmente presentan un debut clínico en los primeros años de vida. El diagnóstico es exclusivamente clínico[1], aunque existen test y cuestionarios que pueden ayudar en el proceso.

La primera referencia descriptiva del TEA la realiza Leo Kanner en el año 1942. Desde su descripción, sigue despertando la atracción de investigadores y clínicos debido a las enormes incógnitas que aún quedan por resolver en relación con su etiología, diagnóstico o tratamiento[2].

Concepto

Los TEA se sitúan dentro de los trastornos del neurodesarrollo, por lo que presentan un conjunto de síntomas variables y diversos que afectan a distintas áreas del desarrollo psicológico de la persona.

En las últimas décadas, la prevalencia del TEA ha mostrado un incremento sostenido a nivel mundial, estimándose actualmente en torno a 1 de cada 100 niños[3].

Aunque no se conoce con exactitud su etiología, la evidencia científica apoya un origen multifactorial. Se han identificado multitud de genes asociados, pero ninguna de las mutaciones se encuentra en más de un pequeño número de pacientes. Se ha descrito relación con la isquemia e hipoxia perinatales, así como con la exposición a metales pesados. No se observa ninguna relación con la vacunación, el hábito tabáquico durante el embarazo o las técnicas de reproducción asistida[4,5].

En los casos más graves, los primeros síntomas pueden aparecer sobre el año y medio, aunque en ocasiones el diagnóstico pasa desapercibido hasta edades posteriores[6].

Sintomatología

La sintomatología nuclear es el déficit en la comunicación social y los intereses restringidos y estereotipados[7]. La expresividad sintomatológica abarca varias áreas, entre las que se encuentran:

- Defectos en la socialización: tendencia al aislamiento. Rechazo a la interacción. Inexpresividad emocional con resonancia afectiva anómala. Escaso contacto ocular o mirada periférica, falta de respuesta a la llamada. En los casos leves, selectividad en la elección de las personas con las que se interacciona.
- Alteraciones en el comportamiento: baja tolerancia a la frustración, con agitación o hetero- o autoagresividad[8].
- Alteraciones en la motricidad: inquietud psicomotriz y estereotipias (de balanceo, de aleteo o de torsión de dedos). Marcha de puntillas o de talones. Caminar en círculo por la habitación sin una meta. Posturas forzadas o de difícil equilibrio en reposo.
- Inflexibilidad cognitiva: irritabilidad ante los cambios de rutinas (horarios, costumbres, tipo de alimentación…), con posible auto- o heteroagresividad secundaria a la intolerancia a la frustración.
- Relación con objetos: retraso en el juego simbólico, con preferencia por la colocación ordenada de juguetes o usos no habituales de los mismos (golpes repetidos, lanzar desde altura, ensimismamiento…). Examen oral de objetos.
- Hipersensibilidad: táctil, auditiva, dificultades en la introducción de nuevos alimentos con preferencia por sabores o texturas.
- Alteraciones en el lenguaje verbal o no verbal: retraso en el habla, poco interés en la comunicación[9]. No señala ni expresa facialmente sus demandas o necesidades. No se anticipa con reacciones posturales cuando se le va a coger en brazos. Si existe habla, se observa una mala utilización. En este caso, las ecolalias son frecuentes. También se observan inversiones o palabras y frases sin valor comunicativo. Pueden existir problemas tanto en la expresión como en la comprensión del lenguaje, con dificultad para seguir órdenes o responder a las demandas.

Consideraciones sobre la clínica

Además de las dificultades en las áreas mencionadas, los niños con TEA pueden tener trastornos del humor. Suelen tener dificultades para comprender y responder ante los sentimientos del resto. Si a estos problemas les sumamos las dificultades para prestar atención, el aprendizaje puede afectarse de manera importante. Por ello, los niños con TEA suelen necesitar un importante apoyo educativo[10].

Cuando todos estos síntomas, o muchos de ellos, aparecen a la vez, suele ser relativamente fácil establecer el diagnóstico. Sin embargo, eso solo ocurre en una minoría de niños con TEA. La mayoría de las veces, muchos de los problemas comentados se presentan de manera atenuada o simplemente no se presentan. Es necesario señalar que en niñas puede existir camuflaje de la intensidad de los síntomas, lo que dificulta el diagnóstico[11].

Es importante el diagnóstico diferencial con otros trastornos que aparecen en la infancia y que debutan con síntomas similares, como la sordera, ciertas enfermedades neurológicas y trastornos específicos del lenguaje.

El diagnóstico de TEA se acompaña en el 75 % de las ocasiones del diagnóstico de discapacidad intelectual (DI). Los niños sin retraso intelectual son más difíciles de detectar. La severidad del TEA la establecen el grado de DI y la existencia de problemas importantes en el lenguaje. Por último, es necesario atender a la presencia de otros trastornos comórbidos que se presentan con frecuencia, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los trastornos del sueño y la epilepsia.

Tabla I. Criterios diagnósticos del TEA según el DSM-5

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestadas por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):
   1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso en la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales
   2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías en el contacto visual y en el lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal
   3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes:
   1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases ideosincrásicas)
   2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día)
   3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes)
   4. Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento)

C. Los síntomas deben estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida)

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidad de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo

Hay que especificar la gravedad, que se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos, según el siguiente esquema:
– GRADO 1: "Necesita ayuda"
– GRADO 2: "Necesita ayuda notable"
– GRADO 3: "Necesita ayuda muy notable"

Fuente: American Psychiatric Association[12].

Diagnóstico

El diagnóstico de los TEA es exclusivamente clínico, mediante la sospecha de la existencia de retraso en la adquisición o deformidad en el desarrollo de las capacidades psicológicas mencionadas y siguiendo las recomendaciones de los criterios diagnósticos del TEA según el DSM-5[12] (Tabla I).

Existen test de ayuda en el proceso de *screening*. El más utilizado es el M-CHAT[13]. En la tabla II se exponen los ítems y las instrucciones de corrección. También se puede acceder al test a través de la siguiente página: https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT_Spanish_Spain.pdf.

Durante el proceso diagnóstico es preciso descartar otros procesos que puedan cursar con síntomas similares. Algunas enfermedades neurometabólicas o neurosensoriales pueden presentar retraso en el desarrollo psicológico, por lo que es crucial una valoración neuropediátrica.

Tratamiento

En la actualidad, no existe un tratamiento curativo. El enfoque se centra en mejorar los déficits con ayuda de disciplinas como la psicología y la pedagogía, entre las que se incluyen la psicomotricidad y técnicas de modificación de conducta, entre otras[14]. No se debe dilatar el proceso de derivación, ya que el diagnóstico precoz permite implementar sin dilación el tratamiento más adecuado.

En cuanto al abordaje farmacológico, son de especial interés los psicoestimulantes como el metilfenidato para mejorar la atención. Asimismo, neurolépticos atípicos como la risperidona son utilizados para el manejo conductual, siendo bien tolerados y presentando escasos efectos secundarios[15]. Es importante destacar que existen muchos tratamientos que se publicitan como curativos y que suponen un fraude y una sangría económica para las familias. Por eso, es conveniente consultar con un profesional antes de llevar a cabo cualquier acción terapéutica.

Bibliografía

1. Pham AV, Charles LC. Racial disparities in autism diagnosis, assessment, and intervention among minoritized youth: sociocultural issues, factors, and context. Curr Psychiatry Rep. 2023; 25: 201-11. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s11920-023-01417-9.
2. Rodríguez Hernández PJ. El trastorno del espectro autista. Una intriga que dura 80 años. Canarias Pediátrica. 2021; 45: 6-7.
3. Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Res. 2022; 15: 778-90. Disponible en: https://doi.org/10.1002/aur.2696.

Tabla II. Ítems y corrección del M-CHAT

1. ¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga "el caballito" sentándole en sus rodillas, etc.?
2. **¿Muestra interés por otros niños o niñas?**
3. ¿Le gusta subirse a sitios como, por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque, etc.?
4. ¿Le gusta que el adulto juegue con él o con ella al "cucú-tras"? (taparse los ojos y luego descubrirlos, jugar a esconderse y aparecer de repente)
5. ¿Alguna vez hace juegos imaginativos, por ejemplo haciendo como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así?
6. ¿Suele señalar con el dedo para pedir algo?
7. **¿Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención?**
8. ¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes (por ejemplo, cochecitos, muñequitos o bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos?
9. **¿Suele traerle objetos para enseñárselos?**
10. ¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos?
11. ¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc.)
12. ¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonríe?
13. **¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca él o ella también la hace)**
14. **¿Responde cuando se le llama por su nombre?**
15. **Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación... ¿dirige su hijo o hija la mirada hacia ese juguete?**
16. ¿Ha aprendido ya a andar?
17. Si su hijo o hija se da cuenta de que usted está mirando algo atentamente, ¿se pone a mirarlo también?
18. ¿Hace su hijo o hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándoselos a los ojos?
19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él o ella está haciendo?
20. ¿Alguna vez ha pensado que su hijo o hija podría tener sordera?
21. ¿Entiende su hijo o hija lo que la gente le dice?
22. ¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado al otro sin propósito?
23. Si su hijo o hija tiene que enfrentarse a una situación desconocida, ¿le mira primero a usted a la cara para saber cómo reaccionar?

INSTRUCCIONES DE CORRECCIÓN:

Los ítems considerados "críticos" (de especial importancia) son los que están en **negrita**: 2, 7, 9, 13, 14 y 15

Se considera una respuesta anómala cuando se contesta NO, excepto en los ítems 11, 18, 20 y 22, en los que se considera anómala cuando se contesta SÍ

Se considera que el test es positivo (derivación a un especialista, evaluación en profundidad...) cuando presenta más de 2 respuestas anómalas en los ítems críticos o más de 3 respuestas anómalas en cualquier ítem

Fuente: Canal-Bedia et al.[13].

4. Ansel A, Rosenzweig JP, Zisman PD, Melamed M, Gesundheit B. Variation in gene expression in Autism Spectrum Disordes: an extensive review of transcriptomic Studies. Front Neurosci. 2017; 10: 601. Disponible en: https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00601.
5. Modabbernia A, Velthorst E, Reichenberg A. Environmental risk factors for autism: An evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. Molecular Autism. 2017; 8: 13. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s13229-017-0121-4.
6. Golya N, McIntyre LL. Variability in adaptative behaviour in young children with autism spectrum disorder. J Intellect Dev Disabil 2018; 43: 102-11. Disponible en: https://doi.org/10.3109/13668250.2017.1287886.
7. Hirota T, King BH. Autism Spectrum Disorder: A review. JAMA. 2023; 329: 157-68. Disponible en: https://doi.org/10.1001/jama.2022.23661.
8. Xan-Xia L, Ling S, Chun-Li L, Yu-Mo L, Yang X, Yu-Ling O, et al. Effects of the early start Denver modelo on emotional dysregulation and behavior problems in Chinese children with Autism Spectrum Disorder. BMC Pediatrics. 2025; 25: 19. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12887-024-05299-5.
9. Schaefer J, Abd El-Raziq M, Castroviejo E, Durrleman S, Ferré S, Hendriks P, et al. Language in autism: domains, profiles and co-occurring conditions. J Neural Transm. 2023; 130: 433-57. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00702-023-02592-y.
10. Kim SH, Bal VH, Lord C. Longitudinal follow-up of academic achievement in children with autism from age 2 to 18. J Child Psychol Psychiatry. 2017; 59: 258-67. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jcpp.12808.
11. Milner V, Colvert E, Hull L, Cook J, Ali D, Mandy W, et al. Does camouflaging predict age at autism diagnosis? A comparison of autistic men and women. Autism Res. 2024; 17: 626-36. Disponible en: https://doi.org/10.1002/aur.3059.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Stadistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
13. Canal-Bedia R, García-Primo P, Martín-Cilleros MV, Santos-Borbujo J, Guisuraga-Fernández Z, Herráez-García L, et al. Modified checklist for autism in toddlers: cross-cultural adaptation and validation in Spain. J Autism Dev Disord. 2011; 41: 1342-51. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10803-010-1163-z.
14. Zeng Y. A review of the effects of multimodal interventions in the Rehabilitation Department of a Class II Grade A Hospital on the enhancement of social skills in autistic children. Med Health Sci. 2025; 8. Disponible en: https://doi.org/10.30560/mhs.v8n2p30.
15. Salazar de Pablo G, Pastor Jordá C, Vaquerizo-Serrano J, Moreno C, Cabras A, Arango C, et al. Systematic review and meta-analysis: Efficacy of pharmacological interventions for irritability and emotional dysregulation in Autism Spectrum Disorder and predictors of response. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2023; 62: 151-68. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.03.033.

Práctica clínica e investigadora: cómo integrarla en la vida diaria

Javier Cortés Castán

Coordinador de docencia y del programa de entrenamiento de residentes de Oncología Médica y líder del programa de cáncer de mama. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

La oncología ha experimentado en los últimos años una transformación extraordinaria. El conocimiento cada vez más profundo de la biología tumoral, la medicina personalizada, el *big data* y la inteligencia artificial, la biopsia líquida, los conjugados anticuerpo-fármaco, la inmunoterapia o tecnologías como CRISPR están cambiando nuestra forma de comprender y tratar el cáncer. Estos avances permiten ofrecer tratamientos cada vez más precisos y eficaces, pero también hacen que la práctica clínica y la investigación sean progresivamente más complejas y exigentes.

En este contexto, debemos preguntarnos cómo integrar esta creciente exigencia profesional en nuestra vida diaria. El equilibrio entre trabajo y vida personal no significa necesariamente dedicar el mismo tiempo a ambos, sino identificar nuestras verdaderas prioridades y actuar de acuerdo con ellas. Para ello es importante analizar cómo utilizamos nuestro tiempo, eliminar o delegar aquello que no aporta valor y concentrarnos en una sola actividad cada vez: cuando trabajamos, trabajar; cuando estamos con nuestra familia o amigos, estar realmente con ellos. También debemos reservar y proteger nuestro tiempo personal, cuidar hábitos básicos como el sueño, la alimentación y el ejercicio, encontrar cada día algún momento que nos produzca satisfacción y permitirnos descansar y desconectar. Y, probablemente, una de las herramientas más importantes para conseguirlo sea aprender a decir "no": no todas las oportunidades o demandas profesionales deben ser aceptadas si nos alejan de aquello que hemos definido como prioritario.

Finalmente, debemos recordar que ser oncólogo significa mucho más que conocer la ciencia y aplicar los mejores tratamientos. La medicina necesita continuar avanzando tecnológicamente sin perder su dimensión humana. Humanizar la medicina exige también humanizar nuestra propia vida, conservar tiempo para las personas que queremos y no olvidar, en medio de las obligaciones profesionales, aquello que verdaderamente nos importa.

En definitiva, el verdadero reto no es únicamente integrar la práctica clínica y la investigación, sino conseguir hacerlo sin renunciar a nuestra propia vida. El progreso científico es esencial, pero cuidar de los demás requiere también aprender a cuidarnos y preservar aquello que da sentido a lo que hacemos.

sepeap
Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Prevención e identificación temprana de los trastornos de la conducta alimentaria en el niño

Venancio Martínez Suárez

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Universidad de Oviedo. SEPEAP

La sintomatología de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) comprende aspectos psicológicos y conductuales con preocupaciones alimentarias subclínicas y de larga evolución. Estas constituyen un claro precursor del desarrollo de trastornos alimentarios establecidos y con frecuencia graves.

El profesional de Atención Primaria (AP) debidamente formado tendría que saber identificar la presencia de las diferentes variantes de trastornos alimentarios en adolescentes y adultos jóvenes. Debe tenerse en cuenta que los adolescentes no son controlados de forma programada en los centros de salud al dejar la atención pediátrica (14 o 16 años según las CC. AA.), precisamente en el momento de mayor riesgo. Este reconocimiento precoz de las condiciones de riesgo y la identificación en las primeras etapas de los individuos afectos han de tenerse como objetivos prioritarios en el primer nivel de asistencia.

Posibilidad de prevenir desde AP los TCA

- Existe consenso general sobre que la identificación de los TCA en sus etapas iniciales mejora su pronóstico, con disminución en la amplitud y la intensidad de su morbilidad y una mortalidad menor.
- La Guía NICE dicta que las personas con trastornos alimentarios deben ser evaluadas y recibir tratamiento lo antes posible.

Signos de alerta para la identificación precoz y factores de riesgo

- Presencia de restricción dietética, pérdida de peso, incapacidad para restaurarlo, temor sobre su incremento, alteración de la imagen corporal; atracones con purgas o ejercicio excesivo, comunicación de saciedad precoz; estreñimiento y uso de laxantes, diuréticos o medicamentos para perder o mantener bajo peso.
- Otros antecedentes: conductas alimentarias alteradas, tales como comer aparte de los demás y con patrones rituales, tiempos de comida prolongados y división de alimentos en trozos muy pequeños.
- La evaluación también debe incluir antecedentes de desmayos, aturdimiento, palpitaciones, dolor de pecho, falta de aliento, hinchazón de tobillos, debilidad, cansancio y amenorrea o menstruaciones irregulares.
- Considerar posibles factores predisponentes y precipitantes, incluyendo antecedentes familiares de trastornos alimentarios, apego temprano y dificultades de desarrollo, obesidad premórbida y problemas interpersonales.
- Preguntar si participan en actividades asociadas con un alto riesgo de trastornos alimentarios (por ejemplo, deporte profesional, moda, baile o modelaje).

Tener en cuenta que los TCA se presentan en una variedad de entornos además de la AP, incluidos los servicios de asistencia social, de enseñanza y laborales; que pueden desarrollarse a cualquier edad, si bien el riesgo es más alto para hombres y mujeres jóvenes entre 13 y 17 años de edad.

Procedimiento y plan de actuación en el primer nivel asistencial

Hay evidencia limitada para guiar la evaluación de niños y adolescentes con anorexia nerviosa, estando todas las recomendaciones basadas en el consenso de expertos.

- Ante una primera consulta relacionada con TCA, se asegurará que la consulta se desarrolle en un entorno de privacidad y confidencialidad, generando confianza por parte del sujeto de estudio, sus familiares y cuidadores.
- Los profesionales de AP deben aprovechar cualquier oportunidad o contacto con niños, adolescentes o adultos jóvenes para detectar hábitos de riesgo y casos de posible TCA (identificación oportunista).
- Es importante evaluar con precisión la ingesta de alimentos y de líquidos (encuesta nutricional breve), con preguntas específicas sobre la idoneidad de las principales comidas y refrigerios consumidos.
- Investigar cualquier complicación médica y el nivel actual de riesgo, incluyendo en este proceder un examen físico con medición del peso, la altura y cálculo del IMC, frecuencia cardiaca, tensión arterial y temperatura.
- En caso de sospecha consistente, se debe realizar una analítica con bioquímica sérica para detectar hipocalemia, alcalosis metabólica o acidosis, hipoglucemia, hipofosfatemia e hipomagnesemia, pruebas hepáticas, niveles de albúmina y un hemograma completo en busca de datos de supresión medular inducida por el hambre y un electrocardiograma (ECG). Considerar realizar un estudio de densidad mineral ósea.
- Evaluar la comorbilidad psiquiátrica: trastornos de ansiedad (los más frecuentes), depresión, abuso de sustancias, tendencias suicidas, trastornos de la personalidad, trastornos obsesivo-compulsivos y autolesiones deliberadas.
- Indagar signos de intimidación, burlas, abuso (emocional, físico y sexual) y negligencia, recabando orientación sobre cuándo sospechar el maltrato infantil.
- Es importante comunicar el alta hospitalaria al médico de AP, indicándole que puede acceder a la unidad especializada y remitir al paciente para recibir tratamiento en cualquier momento.

Tabla I. Criterios de atención urgente y de envío a la unidad de referencia

- IMC o peso corporal inusualmente bajo o alto para su edad
- Pérdida de peso rápida
- Dieta o prácticas alimentarias restrictivas (como hacer dieta cuando tienen bajo peso) que les preocupan a ellos, a sus familiares o cuidadores, o profesionales
- Si los familiares o cuidadores informan de un cambio en el comportamiento alimentario
- Retraimiento social, particularmente de situaciones que involucran comida
- Aparición de otros problemas de salud mental
- Preocupación desproporcionada sobre su peso
- Problemas para manejar una enfermedad crónica que afecta a la dieta, como diabetes o enfermedad celíaca
- Trastornos endocrinológicos (menstruales) o síntomas gastrointestinales inexplicables
- Signos físicos de desnutrición, incluidos mala circulación, mareos, palpitaciones, desmayos o palidez
- Comportamientos compensatorios, incluido el uso indebido de laxantes o suplementos nutricionales sustitutivos de alimentos, vómitos o ejercicio excesivo
- Dolor abdominal asociado con vómitos o restricciones en la dieta, y que no puede explicarse completamente por una afección médica
- Inexplicable desequilibrio electrolítico o hipoglucemia
- Desgaste dental atípico (como erosión)

Bulimia nerviosa y trastorno por atracón

- Reconocer pensamientos sobre una excesiva valoración del peso, de la imagen corporal y preocupaciones alimentarias.
- Identificar episodios incontrolados de comer en exceso grandes cantidades de alimentos, existencia de control de peso injustificado y que puede ser compensado por los atracones (vómito autoinducido, uso indebido de laxantes y/o diuréticos), restricción dietética y/o ayuno, ejercicio compulsivo y otros, como el uso indebido de insulina en pacientes diabéticos o el uso indebido de preparados nutricionales como sustitutivos de las comidas o de estimulantes de tipo anfetamínico.
- El examen físico debe incluir la medición del peso, la altura, la frecuencia del pulso y la presión arterial, y el cálculo del IMC.
- Debe evaluarse la existencia de antecedentes de otros TCA, especialmente anorexia nerviosa, ya que pueden asociarse con una mayor probabilidad de recaída y un peor resultado en algunos casos.
- Deben buscarse otras comorbilidades psiquiátricas comunes, como son los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, el control de los impulsos y el trastorno por uso de sustancias.
- Realizar una bioquímica sérica para verificar si hay hipocaliemia y deshidratación (efectos de los comportamientos de purga). Otras evaluaciones, como la glucosa al azar, el examen cardiovascular y el ECG, deben realizarse solo bajo consideración individualizada.

Participación desde el nivel primario en la prevención de recaídas y complicaciones

El profesional de AP debe tener un papel destacado en la prevención de recaídas y complicaciones de los TCA, especialmente en personas con anorexia que no reciben tratamiento. El acceso inmediato de la familia y del propio paciente a su consulta hace que los diferentes consensos le atribuyan una importancia poco discutible. Este es un aspecto que debe considerarse en su formación. En ese sentido, la necesidad de remisión a un servicio de urgencias o de envío inmediato a una unidad especializada debe ser considerada en personas cuya salud física esté comprometida o que tengan riesgo de suicidio. Además, se recomienda en las situaciones recogidas en la tabla I.

Conclusiones

La prevención de los TCA debe plantearse en toda su amplitud, evitando los factores favorecedores (prevención primaria), logrando su identificación temprana (prevención secundaria) y limitando la aparición de complicaciones y secuelas (prevención terciaria). Esta idea se ve condicionada por la falta de información fiable (escasa investigación, evidencia débil) y la difícil comparación de los datos disponibles por carencia de uniformidad en definiciones y criterios aplicados en su estudio. No obstante, existe consenso general sobre que la identificación de los TCA en sus etapas iniciales mejora su pronóstico, con disminución en la extensión y la intensidad de su morbilidad y una mortalidad menor. Todo ello a pesar de que no existen síntomas de inicio específicos, lo que hace que el diagnóstico siga siendo tardío.

Bibliografía

National Institute for Health and Care Excellence. Eating Disorders: recognition and treatment. NICE guideline. Methods, evidence and recommendations. 2017. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813.

Society for Adolescent Health and Medicine, Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein RM, Rome ES, et al. Position Paper of the Society for Adolescent Health and Medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. J Adolesc Health. 2015; 56: 121-5. Disponible en: https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(14)00686-7/fulltext.

Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, Touyz S, Ward W; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2014; 48: 977-1008. Disponible en: https://www.ranzcp.org/files/resources/college_statements/clinician/cpg/eating-disorders-cpg.aspx.

Ignoring the alarms: How NHS eating disorder services are failing patients. Disponible en: https://www.ombudsman.org.uk/publications/ignoring-alarms-how-nhs-eating-disorder-services-are-failing-patients.

Martínez V, Suárez F, López F. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en Atención Primaria. Nutr Hosp. 2022; (Nº Extra 2): 112-20.

Actualización del abordaje y tratamiento del asma en Atención Primaria

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

***Especialista en Alergología y Pediatría. Especialista Europeo en Alergología Pediátrica. Clínica Materno Infantil Senda. Madrid - **Pediatra. Centro de Salud de Pizarrales. Salamanca. Profesor Adjunto. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Pontificia. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca - ***Pediatra. Unidad de Alergia Infantil. Hospital Universitario de Salamanca. Profesora Asociada. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. Especialista Europeo en Alergología Pediátrica**

Introducción

El asma es la enfermedad crónica más prevalente en la infancia y un problema de salud pública, siendo un motivo muy frecuente de consulta, tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria (AP). Aunque tradicionalmente se ha considerado una enfermedad inflamatoria de las vías respiratorias, en la actualidad se entiende más como un síndrome que engloba distintos fenotipos clínicos con manifestaciones similares, pero con mecanismos y causas diferentes[1,2]. El objetivo del manejo actual es alcanzar el control completo de la enfermedad, prevenir exacerbaciones y mantener una función pulmonar adecuada que permita al niño desarrollar una vida normal.

Evaluación y tratamiento de la crisis de asma

La evaluación del niño con asma debe ser continua y basada en la historia clínica, valorando la frecuencia de los síntomas, los desencadenantes, la variabilidad estacional, los síntomas nocturnos y su impacto en la calidad de vida. La exploración física se complementa con pruebas funcionales, como la espirometría, cuando la edad lo permite y el paciente está estable[3].

El tratamiento se divide en mantenimiento y manejo de exacerbaciones agudas, disponiendo de corticoides inhalados, broncodilatadores de acción prolongada, antileucotrienos, anticolinérgicos y fármacos biológicos. En las exacerbaciones agudas, el objetivo es revertir la obstrucción y corregir la hipoxemia mediante broncodilatadores de acción corta, corticoides sistémicos, oxigenoterapia y otros fármacos de rescate[4,5].

Tratamiento de la crisis asmática

El tratamiento de la exacerbación aguda tiene como objetivo la rápida reversión de la obstrucción bronquial. Los broncodilatadores beta-2 agonistas de acción corta constituyen la primera línea terapéutica y se administran preferentemente por vía inhalatoria. En las crisis moderadas o graves puede ser necesario el uso de corticoides sistémicos para reducir la inflamación y prevenir recaídas, así como la utilización de anticolinérgicos inhalados en casos seleccionados.

Tratamiento de mantenimiento

El tratamiento de mantenimiento tiene como objetivo el control sostenido de la enfermedad y la prevención de exacerbaciones. Los corticoides inhalados constituyen la base terapéutica debido a su potente efecto antiinflamatorio. En casos de asma persistente, pueden asociarse agonistas beta-2 de larga duración, siempre en combinación con corticoides inhalados.

Los antileucotrienos, como montelukast, pueden utilizarse como alternativa o complemento terapéutico en determinados pacientes, especialmente en asma leve o inducida por ejercicio. En los casos de asma grave no controlada, se consideran terapias biológicas dirigidas a mecanismos inflamatorios específicos.

Fármacos

Los principales fármacos que se emplean en el tratamiento de la crisis aguda de asma son los agonistas $ß_2$ adrenérgicos inhalados de acción corta (SABA), el bromuro de ipratropio y los glucocorticoides sistémicos. Ver características en la tabla I.

Tratamiento de mantenimiento

Una de las novedades que introdujo GEMA[5.0] (2020) a la hora de iniciar el tratamiento de mantenimiento fue no utilizar los términos de *asma episódica ocasional, episódica frecuente, persistente moderada o persistente grave* a la hora de clasificar el asma

Tabla I. Principales fármacos que se emplean en el tratamiento de la crisis aguda de asma

Fármacos	Indicaciones y aspectos principales
Agonistas β2-adrenérgicos inhalados de acción corta (SABA)	– Primera línea en las crisis asmáticas por su rápida acción y eficacia – El salbutamol es el broncodilatador de elección en pediatría – La terbutalina puede utilizarse como alternativa
Bromuro de ipratropio	– Indicado junto a los SABA en las primeras 48 horas de una crisis asmática grave – Su uso precoz reduce las hospitalizaciones. Inicio de acción: 30-60 min – Dosis nebulizada: 250 µg/4-6 h (<30 kg) y 500 µg/4-6 h (>30 kg)
Glucocorticoides sistémicos	– Indicados en exacerbaciones moderadas-graves – Prednisona o equivalente 1-2 mg/kg/día (máx. 50 mg/día) durante 3-5 días – Alternativa: dexametasona oral 0,3 mg/kg en dosis única – No se recomienda añadir glucocorticoides inhalados por falta de evidencia – Pueden suspenderse de forma brusca en el caso de pautas cortas

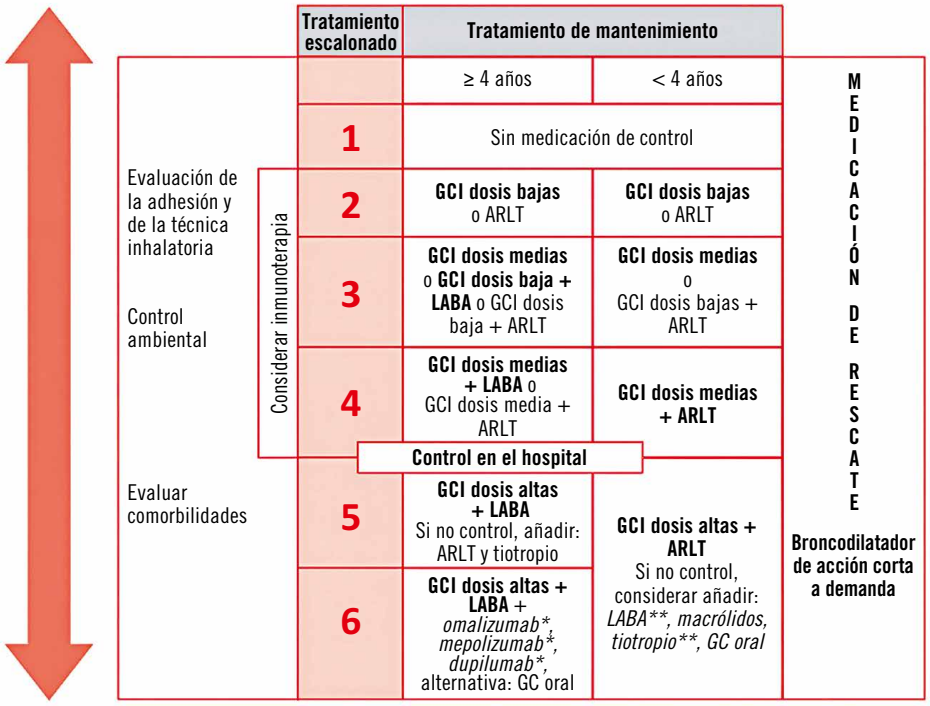


Figura 1. Tratamiento escalonado del asma en la edad pediátrica en función del nivel de control (menores de 12 años). *ARLT: antileucotrienos; GC: glucocorticoide; GCI: glucocorticoides inhalados; LABA: agonista B2 adrenérgico de larga duración. *A partir de 6 años. **Fuera de indicación. Fuente: Guía Española para el Manejo del Asma[1].*

la primera vez que se evalúa a un niño asmático que no recibe tratamiento preventivo. Estos términos fueron sustituidos por asma leve, moderada o grave, dependiendo de la valoración clínica del paciente.

En el caso de que el niño tenga síntomas diurnos leves y poco frecuentes, que no tenga síntomas en intercrisis, tolere bien el ejercicio y no presente síntomas nocturnos, se permitirá que solo reciba broncodilatadores $ß_2$ adrenérgicos de corta acción a demanda. En los demás casos iniciaremos un tratamiento de mantenimiento antiinflamatorio.

Las figuras 1 y 2 reflejan el tratamiento escalonado en la edad pediátrica según el nivel de control[1,6].

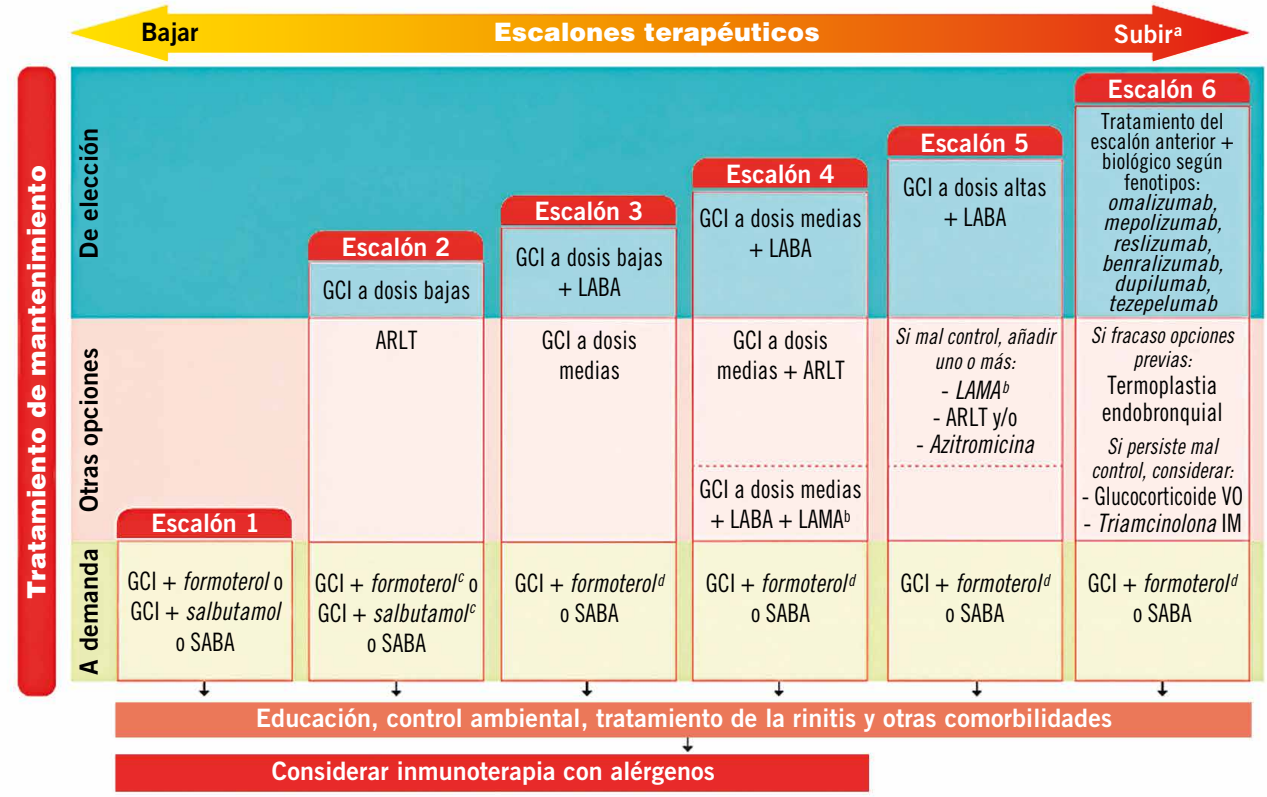


Figura 2. Tratamiento escalonado del asma a partir de los 12 años. *ARLT: antileucotrienos; GCI: glucocorticoides inhalados; LABA: agonista B2 adrenérgico de larga duración. Fuente: Guía Española para el Manejo del Asma[1].*

Glucocorticoides inhalados (GCI)

Son el tratamiento recomendado como primera línea de tratamiento a partir del escalón 2 del asma en la edad pediátrica. Los GCI disponibles en España son: dipropionato de beclometasona, budesonida, propionato de fluticasona, furoato de fluticasona y ciclesonida (estos 2 últimos autorizados en España en mayores de 12 años). La budesonida y la fluticasona son los más recomendados por los consensos actuales[5,6]. Se debe utilizar siempre la mínima dosis eficaz de GCI.

Antagonistas de los receptores de los leucotrienos (ARLT)

Montelukast (desde los 6 meses en España) se administra por vía oral nocturna. Mejora el asma por ejercicio y alérgenos, y en preescolares reduce modestamente síntomas y uso de corticoides. Como complemento a corticoides inhalados, disminuye crisis y mejora función pulmonar, pero es menos eficaz en monoterapia.

Asociación de agonistas B2 adrenérgicos de acción larga (LABA) y glucocorticoides inhalados (GCI)

Siempre deben asociarse a un corticoides inhalado (nunca en monoterapia). En España se autorizan desde los 4 años y encontramos las combinaciones: salmeterol/fluticasona (≥4 años), formoterol/budesonida (≥6), formoterol/fluticasona y vilanterol/fluticasona (≥12), formoterol/beclometasona (≥18). Dosis: formoterol 4,5-9 µg cada 12 h y salmeterol 50 µg cada 12 h. No se recomiendan como medicación de rescate en asma infantil.

LABA de acción ultralarga (ultra-LABA)

Son una versión más reciente de los agonistas β2 de acción prolongada.

Incluyen **vilanterol** e **indacaterol**, autorizados en combinación con corticoides inhalados (GCI) para pacientes mayores de 12 años. Gracias a su larga duración de acción, permiten una única administración diaria, lo que puede mejorar la adherencia al tratamiento y el control del asma, especialmente en adolescentes.

Estrategia con formoterol/budesonida

El **formoterol** tiene un inicio de acción rápido (aproximadamente 5 minutos). En mayores de 12 años, puede utilizarse la combinación **formoterol/budesonida** tanto como tratamiento de mantenimiento como medicación de rescate. Esta estrategia se conoce como **MART** (*Maintenance and Reliever Therapy*), porque utiliza un único inhalador para ambas funciones.

Las nuevas combinaciones que incluyen **formoterol** permiten simplificar el tratamiento del asma mediante un único inhalador para control y rescate, lo que puede mejorar la adherencia y reducir las exacerbaciones, aunque en niños más pequeños aún se necesitan más estudios para confirmar plenamente su eficacia y seguridad[5,6].

Antagonistas de los receptores muscarínicos de acción prolongada (LAMA)

El bromuro de tiotropio bloquea los receptores M3. Puede emplearse desde los 6 años en asma grave no controlada con GCI a altas dosis + LABA, a 5 µg/día.

Teofilinas

Como tratamiento en monoterapia, resultan menos efectivas que los GCI, si bien su función antiinflamatoria permite que puedan utilizarse de forma individualizada en casos de asma grave[7].

Anticuerpos monoclonales

- **Anti-IgE (omalizumab):** ha mostrado eficacia terapéutica (disminución de la dosis de GCI, mejoría de la calidad de vida, reducción de las crisis y las hospitalizaciones) en niños a partir de 6 años con asma grave (escalón 6) insuficientemente controlada con dosis altas de GCI y LABA. Se administra por vía subcutánea cada 2-4 semanas con dosis adecuadas a la IgE total y al peso corporal.
- **Otros: anti-IL5 (mepolizumab) y anti-IL4R/IL13 (dupilumab).** Mepolizumab (anti-IL5) y dupilumab (anti-IL4R/IL13) están recomendados en niños a partir de 6 años con asma eosinofílica grave, insuficientemente controlada con dosis altas de GCI y LABA[8].

Inmunoterapia

La inmunoterapia reduce los síntomas, la medicación de rescate y de mantenimiento y la hiperrespuesta bronquial (tanto específica como inespecífica) siempre que se utilicen extractos estandarizados biológicamente y en pacientes sensibilizados adecuadamente seleccionados. La inmunoterapia previene el desarrollo de nuevas sensibilizaciones y de asma en niños con rinitis.

Tratamiento del broncoespasmo inducido por ejercicio físico

El ejercicio puede desencadenar una crisis de asma. Si es necesario, se usan β2-agonistas de acción corta antes (10-15 min) y ajuste del tratamiento si es frecuente. Aun así, el niño con asma bien controlada debe hacer actividad física normal. El uso frecuente de β2 puede causar taquifilaxia, por lo que se deben añadir corticoides inhalados como tratamiento de mantenimiento.

Sistemas de inhalación

Independientemente de la edad del niño, la vía inhalada es la más adecuada para administrar la medicación en el tratamiento del asma. Ningún tratamiento farmacológico con medicación inhalada se podrá realizar de forma correcta si el niño (ya sea pequeño, mayor o adolescente) y su familia no utilizan los distintos sistemas de inhalación de forma correcta.

Educación terapéutica y adherencia

El asma presenta una elevada tasa de incumplimiento terapéutico debido a sus largos periodos asintomáticos. La educación del paciente y su familia debe incluir el conocimiento de la enfermedad, el reconocimiento de síntomas de alarma, el uso correcto de los inhaladores y un plan de acción escrito individualizado. La falta de adherencia, especialmente en fases sin síntomas, es uno de los principales retos del manejo del asma. Esta situación se asocia a un peor control de la enfermedad y a un mayor riesgo de exacerbaciones. La GEMA 5.4 recomienda estrategias para mejorar la adherencia, como la simplificación del tratamiento y el uso de herramientas digitales de seguimiento.

Tabla II. Criterios de derivación y servicio recomendado

Criterios	Servicio
Diagnóstico incierto o necesidad de confirmación diagnóstica	Neumología/Alergología
Necesidad de confirmar o completar el estudio diagnóstico tras la valoración inicial y la realización de las pruebas disponibles	Alergología
Falta de disponibilidad de recursos para la evaluación de desencadenantes o de la función pulmonar	Alergología/Neumología
Síntomas presentes desde el nacimiento o antecedentes de problemas pulmonares perinatales relevantes	Neumología
Tos húmeda o productiva persistente	Neumología
Antecedentes familiares de enfermedad pulmonar poco frecuente o inusual	Neumología
Presencia de pólipos nasales	Neumología/Alergología/ORL
Presencia de síntomas clínicos atípicos asociados (p. ej., disfagia, estridor u otros)	Neumología
Falta de control de la enfermedad pese al tratamiento con dosis medias de corticoides inhalados	Alergología/Neumología
Asma grave, de difícil control o con riesgo vital	Alergología/Neumología
Posible indicación o beneficio de inmunoterapia específica	Alergología

Criterios de derivación de AP a Neumología/ Alergología

Cuando el diagnóstico es dudoso o necesaria su confirmación, el paciente debe ser derivado desde el centro de salud a los servicios de Neumología y Alergología infantil (Tabla II).

Bibliografía

1. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.4). Madrid: Luzán 5; 2024. Disponible en: https://www.gemasma.com/.
2. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2025. Disponible en: https://ginasthma.org/.
3. Ortega Casanueva C, Pellegrini Belinchón J, de Arriba Méndez S. Diagnóstico del asma en el niño y adolescente. Pediatr Integral. 2026; 2: 91-8. Disponible en: https://doi.org/10.63149/j.pedint.119.
4. Pellegrini Belinchón J, Ortega Casanueva C, de Arriba Méndez S. Nuevo abordaje en el tratamiento del niño con asma. 2021; 2: 67-75. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-03/nuevo-abordaje-en-el-tratamiento-del-nino-con-asma/.
5. Álvarez Caro F, García González M, Méndez Sánchez A. Tratamiento del asma en pediatría. Pediatr Integral. 2026; 2: 99-106. Disponible en: https://doi.org/10.63149/j.pedint.120.
6. Plaza V, Blanco M, Ferreira J, Melero C, Quirce S, Vennera MC, et al. Highlights of the Spanish Asthma Guidelines (GEMA 5.4). Open Respir Arch. 2024; 6: 100356. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.opresp.2024.100356.
7. Pérez de Llano LA, Quirce Gancedo S, Plaza Moral V. Estrategia para el tratamiento del asma moderada-grave: una alternativa a la recomendada por las guías. Arch Bronconeumol. 2021; 57: 243-5. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.arbres.2020.04.017.
8. Bacharier LB, Jackson DJ. Biologics in the treatment of asthma in children and adolescents. J Allergy Clin Immunol. 2023; 151: 581-9. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jaci.2023.01.002.

Taller de emergencias pediátricas en Atención Primaria

Elena Blanco Iglesias*, Esther Pérez Suárez**

*Pediatra Atención Primaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid -
**Facultativo Especialista en Pediatría. Servicio de Urgencias. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

Introducción

El pronóstico de los niños que sufren una urgencia médica que suponga compromiso vital o parada cardiorrespiratoria depende de la asistencia recibida durante las primeras horas. Las situaciones críticas en población infantil en Atención Primaria (AP) y Extrahospitalaria son poco frecuentes, por lo que es útil disponer de una sistemática de actuación estandarizada que mejore el proceso de toma de decisiones, optimice recursos y ofrezca una adecuada seguridad al paciente.

La asistencia al paciente pediátrico crítico en el medio prehospitalario está condicionada por limitaciones materiales y farmacológicas y, con frecuencia, debe ser realizada por profesionales sin experiencia en atención al niño grave. En este contexto, se hace imprescindible la formación continuada, la estandarización de los protocolos de estabilización inicial y el uso de herramientas de valoración pediátrica específicas.

Valoración inicial urgente

La evaluación inicial del niño potencialmente inestable o en situación de riesgo debe iniciarse con una primera evaluación rápida, aplicando el triángulo de evaluación pediátrica para conseguir una impresión general, establecer el grado de emergencia y orientar las maniobras de estabilización inicial que se realizarán siguiendo la secuencia ABCDE.

- **El triángulo de evaluación pediátrica (TEP):** permite evaluar en 30 segundos y sin tocar al paciente la situación fisiopatológica, la gravedad de su trastorno y la urgencia con la que se precisa intervenir (Fig. 1)[1-3]. Se evalúa el *estado neurológico* mediante la apariencia: nivel de alerta, cómo interacciona, tono muscular o llanto consolable. En el *estado respiratorio* se valora el grado de dificultad respiratoria, los ruidos respiratorios anormales o las posturas anómalas al respirar. El *estado circulatorio* se evalúa mediante el color de la piel (palidez, cianosis o cutis reticular). A mayor número de lados alterados, aumenta la gravedad del paciente y la necesidad de actuaciones urgentes. En función de qué lados del triángulo estén alterados, se pueden establecer diferentes categorías fisiopatológicas (Tabla I)[1-3].
- **Secuencia ABCD y anamnesis SAMPLE:** ante un paciente inestable, lo prioritario es optimizar el "ABCD" ("A" de vía aérea, "B" de ventilación, "C" de circulación y "D" de neurológico). El "ABCD" identifica los problemas que suponen una amenaza vital e instaura el orden de los tratamientos oportunos. En primer lugar, se debe realizar la valoración de la permeabilidad de la *vía aérea* (*A*) y, si el niño no la puede mantener, se procederá a su apertura mediante la maniobra de tracción mandibular, la triple maniobra o la maniobra

Tabla I. Situación fisiopatológica según el TEP

Aspecto	Respiratorio	Circulatorio	
x			Disfunción del SNC
	x		Dificultad respiratoria
x	x		Insuficiencia respiratoria
		x	*Shock* compensado
x		x	*Shock* descompensado
x	x	x	Fallo cardiorrespiratorio

Fuente: Fernández Arribas JL. Aproximación y estabilización inicial del niño enfermo o accidentado. Triángulo de evaluación pediátrica. ABCDE. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría. 4ª ed. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP); 2024.

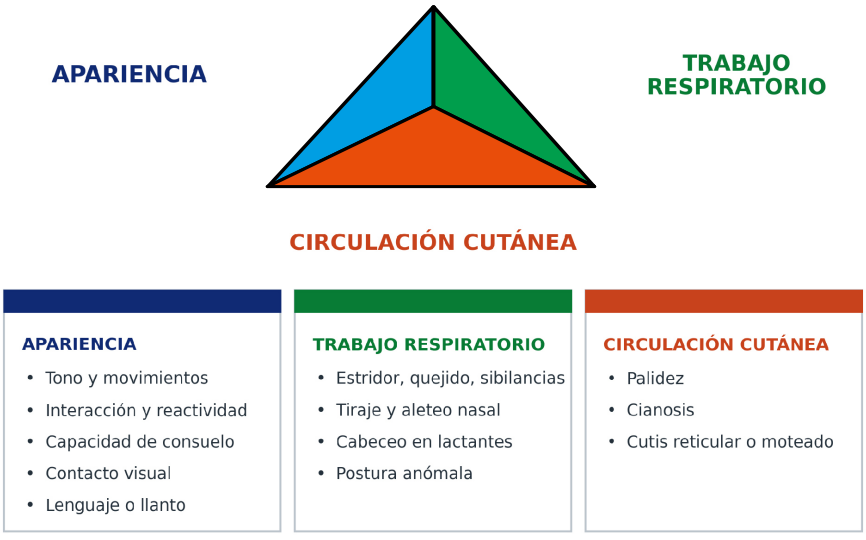


Figura 1. Triángulo de evaluación pediátrica. *Fuente: Fernández Arribas JL. Aproximación y estabilización inicial del niño enfermo o accidentado. Triángulo de evaluación pediátrica. ABCDE. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría. 4ª ed. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP); 2024.*

Tabla II. Anamnesis rápida mediante la secuencia SAMPLE

Letra	Categoría	Qué recoger
S	Signos y síntomas	Motivo de consulta, momento de inicio, características y evolución de los síntomas
A	Alergias	Alergias medicamentosas, alimentarias o de otro tipo y reacción presentada
M	Medicación	Tratamientos habituales y medicamentos administrados para el episodio actual o recientemente
P	Patologías previas	Enfermedades y episodios previos relevantes; antecedentes de interés y estado vacunal cuando proceda
L	Última ingesta	Hora aproximada de la última ingesta de sólidos o líquidos
E	Eventos	Circunstancias que precedieron al cuadro y posibles desencadenantes

Fuente: Fernández Arribas JL. Aproximación y estabilización inicial del niño enfermo o accidentado. Triángulo de evaluación pediátrica. ABCDE. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría. 4ª ed. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP); 2024.

frente-mentón, para posteriormente considerar la colocación de una cánula orofaríngea. A continuación, se comprobará la *función ventilatoria* (B) teniendo en cuenta la frecuencia respiratoria (taquipnea, bradipnea), el esfuerzo respiratorio, la auscultación, la coloración central y la pulsioximetría, y se administrará oxígeno suplementario. Si no se consigue una adecuada oxigenación y/o ventilación, se iniciará ventilación manual con bolsa y mascarilla[4-5]. La tercera prioridad es el *sistema circulatorio* (C), que se evalúa mediante la exploración de pulsos centrales y periféricos, color y temperatura de la piel, relleno capilar y búsqueda de posibles hemorragias. Será necesario monitorizar la tensión arterial, el ritmo cardiaco y canalizar una vía venosa para administrar fluidos y/o fármacos; en este punto es indispensable realizar una glucemia capilar[1]. Por último, se valorará *el nivel de conciencia* (D) con la escala de coma de Glasgow y la exploración del tamaño y la reactividad pupilar. De forma simultánea, se debe realizar una historia clínica rápida acerca del episodio y de los antecedentes del paciente, siguiendo la secuencia SAMPLE (Tabla II). Tras terminar la primera estabilización, se completará una evaluación por aparatos.

Todo centro extrahospitalario y de AP debe contar con una sala de emergencias equipada y un carro de paradas revisado

Tabla III. Material y fármacos esenciales para la primera asistencia en atención extrahospitalaria

Bloque	Apartado	Contenido y presentación
Material	Vía aérea	– Aspirador y sondas de distintos tamaños; cánulas orofaríngeas; pinzas de Magill
	Ventilación	– Fuente de oxígeno, cánulas nasales, mascarillas con reservorio, bolsas autoinflables con reservorio y mascarillas de tamaños pediátricos, pulsioxímetro, cámaras espaciadoras y nebulizador
	Circulación y accesos venosos e intraóseos	– Tensiómetro con manguitos pediátricos, monitor ECG, desfibrilador con parches pediátricos, catéteres venosos, agujas, jeringas, equipos de infusión, llaves de tres pasos, material de fijación y dispositivo de acceso intraóseo
Fármacos	Fármacos de parada	– Adrenalina: ampollas de 1 mg/1 ml – Amiodarona: ampollas de 150 mg/3 ml – SSF 0,9 %: ampollas de 10 ml, bolsas de 250 ml – Bicarbonato sódico 1 M: ampollas de 10 ml (10 mEq) – Atropina: ampollas de 1 mg/1 ml – Glucosa al 50 %: ampollas de 20 ml (10 g) – Gluconato cálcico: ampollas de 10 ml
	Otros fármacos de emergencias	– Midazolam: ampollas de 15 mg/3 ml – Fentanilo: ampollas de 150 microgramos/3 ml – Levetiracetam: viales de 500 mg/5 ml – Glucagón: vial de 1 mg con disolvente – Sulfato de magnesio: ampollas de 1,5 g/10 ml – Ceftriaxona: viales de 1 g en polvo para reconstitución – Metilprednisolona: 40 mg, polvo y disolvente para solución inyectable – Prednisolona: solución oral de 3 mg/ml – Dexametasona: ampollas de 4 mg/1 ml – Salbutamol: ampollas unidosis para nebulización de 2,5 mg/2,5 ml y 5 mg/2,5 ml, e inhalador MDI de 100 microgramos/pulsación

La selección final de presentaciones y cantidades debe adaptarse a la población atendida, las competencias del equipo, los protocolos vigentes y el tiempo de respuesta del transporte sanitario. Verificar concentraciones y vías de administración antes del uso.

con el material y los fármacos necesarios para realizar la primera asistencia de una emergencia pediátrica. El personal debe conocer la ubicación del material de RCP (Tabla III)[4-5] y contar con apoyos cognitivos con las dosis de fármacos según peso y edad para prevenir errores en situaciones de alto estrés.

Asistencia inicial a patología crítica pediátrica en Atención Primaria

Sepsis y *shock* séptico pediátrico

La sepsis se define como una disfunción orgánica grave causada por una respuesta desregulada del huésped frente a una infección. Su evolución al *shock* séptico puede provocar disfunción cardiovascular y un pronóstico vital nefasto en pocas horas si no existe un reconocimiento y abordaje precoz[6-7].

La sospecha clínica debe establecerse siguiendo los criterios *Phoenix Sepsis Score*[6]. Estos nuevos criterios desplazan el foco de la simple respuesta inflamatoria sistémica hacia la identificación de la disfunción orgánica potencialmente mortal. La sospecha de sepsis se establece ante todo paciente febril (o con hipotermia <36 °C) con TEP alterado en el lado circulatorio y/o de la apariencia; en casos avanzados, podrán presentar la alteración del triángulo completo. Los criterios clínicos clave son taquicardia y taquipnea persistentes para la edad, relleno capilar lento (≥3-4 s) con extremidades frías/moteadas o relleno inmediato con pulsos saltones, y alteración del estado mental (letargia, irritabilidad inconsolable). La hipotensión arterial es un signo tardío y de mal pronóstico. Se trata de infección sospechada o confirmada cuando, aplicando los criterios clínicos y/o analíticos, la puntuación es ≥2, y de shock séptico en el caso de que la alteración incluya al menos un parámetro hemodinámico (hipotensión para la edad, hiperlactacidemia y/o uso de medicamentos vasoactivos)[6-7].

Según la última actualización de las guías *Surviving Sepsis Campaign* (2026)[7], la atención en la primera hora ante sospecha de sepsis/*shock* séptico incluye en su ABCD:

- *Vía aérea y respiración (AB)*: asegurar vía aérea permeable y administración de oxígeno al 100 % con mascarilla con reservorio, aun en ausencia de datos de insuficiencia respiratoria. Monitorización completa con frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, tensión arterial y temperatura.
- *Circulación (C)*: canalizar vía periférica (IV). Si el acceso IV es difícil o falla, se establece un tiempo límite de 90 segundos antes de canalizar una vía intraósea (IO) en la tibia proximal en menores de 8 años o distal en los mayores de esta edad. En caso de hipotensión, iniciar de inmediato la expansión rápida con cristaloides isotónicos (preferible soluciones cristaloides balanceadas frente a suero salino fisiológico) en bolos de 10-20 ml/kg, reevaluando constantemente signos de sobrecarga de volumen (crepitantes, hepatomegalia) hasta un máximo de 40 ml/kg en la primera hora en el entorno extrahospitalario. En ausencia de hipotensión, pautar líquidos de mantenimiento. De forma precoz se puede evaluar el uso de inotrópicos (adrenalina o noradrenalina) por IV o IO en ausencia de canalización venosa central.
- *Antibioterapia y traslado*: se debe administrar la primera dosis de antibioterapia de amplio espectro en la primera hora en el caso de *shock* séptico y activar el traslado urgente en ambulancia medicalizada hacia un centro con Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. En el caso de sospecha de sepsis sin evidencia de *shock*, se podrá demorar la administración de antibioterapia hasta 3 horas, poniendo el foco en la necesidad de obtener cultivos previos al inicio del tratamiento.

Anafilaxia pediátrica

La anafilaxia es una reacción alérgica sistémica grave, de instauración rápida y potencialmente letal. Los desencadenantes principales en pediatría son los alimentos (leche de vaca, huevo, frutos secos), seguidos de medicamentos, picaduras de himenópteros y látex[8-9].

El diagnóstico es clínico y se establece ante la afectación brusca de dos o más sistemas: cutáneo-mucoso (urticaria, angioedema >80 %), respiratorio (estridor, sibilancias, disnea), cardiovascular (hipotensión, mareo, síncope) o digestivo (dolor abdominal cólico, vómitos repetidos). El TEP suele estar alterado en dos o tres lados. Se trata de una emergencia y, como tal, hay que aplicar la atención según la secuencia ABCD y realizar una anamnesis SAMPLE.

La adrenalina intramuscular (IM) es el tratamiento de elección de primera línea. Se administra a dosis de 0,01 mg/kg de la solución 1:1.000 (máx. 0,5 mg) exclusivamente en la cara anterolateral del muslo (vasto lateral). No está indicada la administración directa intravenosa ni subcutánea. Los antihistamínicos y corticoides son adyuvantes secundarios que jamás sustituyen, ni deben demorar, la administración de adrenalina IM[8-11].

Si no hay respuesta tras 5-15 minutos, se debe administrar una 2ª dosis de adrenalina IM en el muslo contralateral y colocar al paciente en decúbito supino con piernas elevadas. En el caso de hipotensión, se pueden administrar líquidos isotónicos IV y salbutamol inhalado si existe broncoespasmo. Si presenta hipoxemia, se administrará además oxígeno al 100 % con mascarilla con reservorio[9-10].

Tras la administración de adrenalina y mejoría del cuadro clínico, se debe mantener una observación hospitalaria de al menos 2 horas (si hay respuesta rápida a 1 dosis), 6 horas (en el caso de precisar 2 dosis o reacción bifásica previa) y al menos 12-24 horas en el caso de anafilaxia grave con necesidad de >2 dosis de adrenalina IM y/o paciente con asma grave no controlado. Se debe activar el traslado hospitalario en todos los casos de anafilaxia atendidos en AP, independientemente del número de dosis de adrenalina utilizadas. Al alta se debe indicar evitación del alérgeno, prescribir siempre dos autoinyectores de adrenalina (AIA) y adiestrar a la familia en su utilización e indicación, tanto de forma verbal como escrita. Además, se debe indicar seguimiento por el servicio especializado de Alergología[9-11].

Insuficiencia respiratoria

Dificultad respiratoria alta

- **Crup o laringitis aguda.** El crup o laringitis aguda es una inflamación de la región subglótica, habitualmente de origen vírico. Se manifiesta por tos perruna, disfonía y estridor inspiratorio, que pueden acompañarse de tiraje y dificultad respiratoria. La causa más frecuente es la infección por virus parainfluenza, especialmente el tipo 1; también puede ser causado por los virus de la gripe, el virus respiratorio sincitial y otros virus respiratorios. La gravedad se valora principalmente por la presencia de estridor en reposo, el trabajo respiratorio, la entrada de aire y el estado de conciencia, y se mide según la escala de Wesley[12]. La agitación y el llanto pueden aumentar la obstrucción, por lo que se procurará

mantener al niño tranquilo, preferentemente en brazos de sus padres, mientras se realiza la valoración inicial.

En el crup moderado o grave se administrará una dosis única de dexametasona de 0,6 mg/kg, preferentemente por vía oral si el niño puede tragar, y adrenalina L nebulizada de 0,5 mg/kg de la solución de 1 mg/ml, hasta un máximo de 5 mg. Se aportará oxígeno si existe hipoxemia, evitando maniobras que agiten innecesariamente al paciente. La adrenalina produce una mejoría rápida; su efecto dura aproximadamente dos horas, por lo que el niño debe permanecer en observación tras su administración. El estridor persistente en reposo, el agotamiento, la disminución de la entrada de aire o la alteración del nivel de consciencia requieren traslado urgente.

- **Sospecha de aspiración de cuerpo extraño.** La aspiración de un cuerpo extraño debe sospecharse ante una tos de inicio brusco, especialmente si aparece mientras el niño come o juega, aunque nadie haya presenciado un atragantamiento. Tras el episodio inicial, el niño puede seguir tosiendo y mantener una saturación de oxígeno normal. La persistencia de la tos, las sibilancias localizadas o una entrada de aire asimétrica en la auscultación refuerzan la sospecha. En el caso presentado en el taller, el comienzo repentino de la tos obligaba a considerar esta posibilidad diagnóstica, además de otras causas como la laringitis.

Se realizará la valoración ABCDE y se vigilará la aparición de estridor, aumento del trabajo respiratorio o hipoxemia. Si el niño respira y tose de forma eficaz, se le dejará toser y se evitarán las maniobras de desobstrucción. La mejoría de los síntomas no descarta que el cuerpo extraño permanezca en la vía aérea, por lo que, si la sospecha clínica persiste, se organizará el traslado para valoración hospitalaria a un centro donde pueda realizarse una fibrobroncoscopia. La radiografía de tórax puede ser normal. La única que puede descartar o confirmar el diagnóstico es la broncoscopia. El tratamiento consiste en la extracción del cuerpo extraño mediante fibrobroncoscopia rígida[13].

Dificultad respiratoria baja: crisis asmática grave

La crisis asmática con fallo respiratorio debe sospecharse ante riesgo de parada cardiorrespiratoria, alteración de dos lados del Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) o afectación importante de uno de ellos. En la valoración respiratoria, son signos de alarma la bradipnea, el jadeo (*gasping*), la apnea, el esfuerzo respiratorio pobre, la dificultad para hablar, la dificultad respiratoria muy marcada, el tórax silente, la cianosis o una saturación de oxígeno inferior al 89 %. La agitación o la alteración del nivel de conciencia indican afectación neurológica; la palidez, la cianosis y la taquicardia, afectación circulatoria[14-16].

En el manejo inicial de un episodio de asma inestable, se debe administrar oxígeno y 3 dosis de salbutamol nebulizado durante la primera hora (o en su defecto mediante inhalador presurizado con cámara). Se debe añadir bromuro de ipratropio a las primeras dosis de salbutamol y se administrará precozmente un corticoide sistémico, por vía oral si se tolera o intravenosa si no es posible (Fig. 2).

Se solicitará traslado medicalizado urgente desde el reconocimiento del fallo respiratorio. Si la respuesta inicial es insuficiente, el sulfato de magnesio intravenoso puede considerarse como tratamiento adicional con monitorización[17]. Si existe sospecha de anafilaxia asociada, se debería administrar adrenalina intramuscular. Si la ventilación deja de ser eficaz, se apoyará la ventilación con bolsa y mascarilla; la intubación queda reservada para el deterioro grave con riesgo inminente de parada y debe realizarla personal con experiencia; la ventilación mecánica en un paciente asmático puede resultar compleja y producir complicaciones.

Paciente con disminución del nivel de conciencia

La alteración aguda del nivel de conciencia puede tener múltiples etiologías y supone un compromiso vital para el niño. En todo paciente con disminución del nivel de conciencia, una vez comprobadas la vía aérea, la ventilación y la estabilidad hemodinámica, es necesario realizar una determinación de la

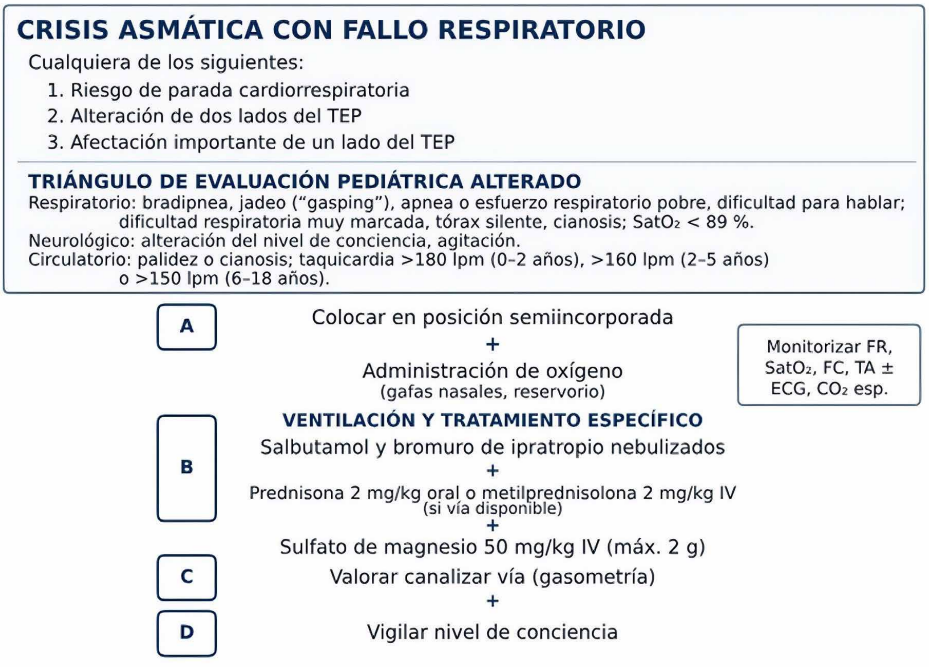


Figura 2. Estabilización del niño con crisis asmática y fallo respiratorio.

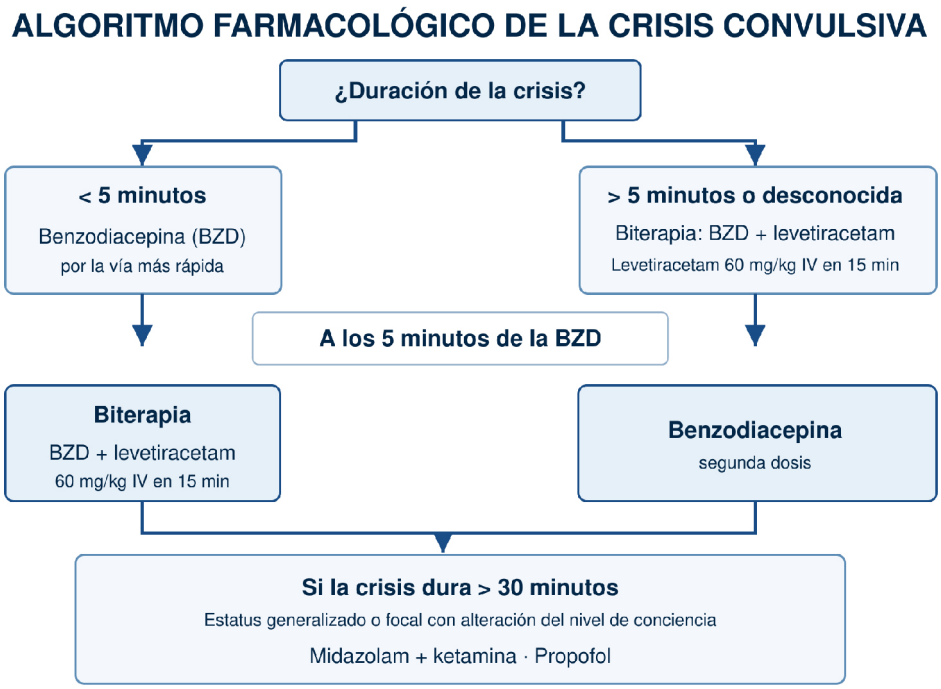


Figura 3. Tratamiento de la crisis convulsiva en medio extrahospitalario. *Fuente: Código Crisis de la Comunidad de Madrid. Disponible en https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/51050.*

glucemia capilar. No se deben administrar líquidos hipoosmolares por riesgo de edema cerebral y, si la glucemia es normal, la sueroterapia será con suero salino fisiológico sin superar las necesidades basales diarias. Tras esta estabilización inicial, en pacientes con importante disminución del nivel de conciencia es recomendable colocar una sonda nasogástrica abierta a bolsa para vaciar el contenido gástrico y evitar la broncoaspiración.

En estos pacientes es fundamental mantener un adecuado estado de oxigenación y hemodinámico. Por ello, hasta la llegada del servicio de emergencias, se asegurará la vía aérea, se administrará oxígeno 100 % con mascarilla y se mantendrá al paciente monitorizado con una reevaluación constante hemodinámica, respiratoria y neurológica (escala de coma de Glasgow, pupilas y signos de focalidad neurológica).

Crisis convulsivas y estatus epiléptico pediátrico

Se define estatus epiléptico (EE) como aquella crisis que supera los 5 minutos (tiempo t1 de inicio de tratamiento farmacológico para evitar daño neuronal). En ocasiones, la manifestación de las crisis puede ser muy sutil (movimientos labiales, desviación de la mirada, nistagmo), por lo que, ante la duda, se debe comenzar el tratamiento.

El tratamiento de la crisis se basa en un empleo secuencial de fármacos, siendo las benzodiacepinas los fármacos de elección, ya que controlan hasta el 80 % de los episodios críticos y son eficaces en todo tipo de estatus (excepto en el síndrome de Lennox-Gastaut, porque agravan las crisis tónicas). El diazepam intravenoso es la medicación de primera elección, pues tiene una alta liposolubilidad, atraviesa muy rápido la barrera hematoencefálica y la crisis suele ceder rápidamente al cabo de 10-20 segundos de su administración intravenosa lenta a dosis de 0,3 mg/kg. Una alternativa muy eficaz para los pacientes en los que no se dispone de acceso venoso es el midazolam bucal (aplicado en la mucosa yugal a dosis de 0,2 mg/kg, máximo 10 mg), ya que ha demostrado ser tan eficaz como el diazepam intravenoso sin producir mayores efectos secundarios[18]. También el midazolam puede suministrarse por vía intranasal o por vía intramuscular (0,2-0,3 mg/kg, máximo 10 mg). El diazepam rectal tiene una forma de administración más traumática y una absorción errática, por lo que es de segunda elección.

A los 5 minutos de iniciada la crisis o en toda crisis no presenciada, debe administrarse un fármaco de segundo nivel (Fig. 3). El levetiracetam (30 mg/kg en 5-10 minutos) es el fármaco de elección en la actualidad por su alto perfil de seguridad[19]. La fenitoína puede considerarse con una dosis inicial de 20 mg/kg, infundida de forma lenta (1 mg/kg/minuto) con monitorización de ECG y de tensión arterial por la posible aparición de hipotensión arterial y taquiarritmias graves. El valproico (20 mg/kg en 5 minutos) no se recomienda en lactantes o en pacientes que puedan tener enfermedades metabólicas o mitocondriales por la posible aparición de hiperamonemia o de depleción de carnitina[20]. En neonatos, el primer fármaco de elección sería el fenobarbital (15-20 mg/kg en 15 minutos).

Ictus pediátrico

En la valoración inicial se realizará una exploración ABCDE y se determinará de inmediato la glucemia capilar. Se registrará la hora exacta en que el niño fue visto por última vez sin síntomas y se preguntará por la velocidad de instauración del cuadro. La exploración neurológica incluirá el nivel de conciencia, las pupilas, el lenguaje, la fuerza de ambas extremidades y la presencia de asimetría facial; sus hallazgos se reevaluarán durante la espera y el traslado. Se monitorizarán la frecuencia cardiaca, la presión arterial y la saturación de oxígeno, evitando la hipoxemia, la hipotensión y la sobrecarga de líquidos.

Ante una sospecha de ictus, se avisará de forma inmediata al servicio de emergencias para activar el código ictus y organizar el traslado a un hospital de referencia. Los criterios de activación

del código ictus pediátrico en la Comunidad de Madrid incluyen edad inferior a 16 años, clínica compatible de inicio brusco y menos de 24 horas de evolución. Ante una clínica muy sugestiva, debe realizarse el traslado directo a un hospital de referencia en ICTUS con capacidad para obtener neuroimagen urgente y ofrecer, según el tipo de ictus, tratamiento de reperfusión o intervención neuroquirúrgica o endovascular[21].

Hipoglucemia

La hipoglucemia es una causa muy frecuente de decaimiento o disminución del nivel de conciencia en niños, sobre todo en los lactantes. En los niños con diabetes tratados con insulina, la hipoglucemia es muy frecuente. Puede aparecer cuando la actividad física aumenta, se reduce la ingesta o existe un desajuste entre la dosis de insulina y los hidratos de carbono disponibles. La palidez, la sudoración, los temblores y las palpitaciones pueden preceder a la confusión, la somnolencia, las convulsiones o la pérdida de conciencia.

El tratamiento depende de la capacidad del niño para tragar con seguridad. Si está consciente y puede hacerlo, se administrará glucosa o un hidrato de carbono de absorción rápida por vía oral. Si presenta somnolencia importante, convulsiones o incapacidad para tragar, no se le darán alimentos ni líquidos por boca por el riesgo de aspiración. Tras asegurar la vía aérea y obtener un acceso venoso, se administrará glucosa intravenosa al 10 % a dosis de 2 ml/kg, equivalentes a 200 mg/kg de glucosa[22]. Debe evitarse la administración directa de glucosa al 50 % en este contexto por su elevada concentración.

Si no se consigue un acceso venoso con rapidez, puede administrarse glucagón intramuscular o subcutáneo: 0,5 mg en niños de menos de 25 kg y 1 mg en los de más de 25 kg. Se repetirá la medición de glucemia a los 10-15 minutos y se reevaluará el estado neurológico. Cuando el niño esté despierto y pueda tragar, recibirá hidratos de carbono para evitar una nueva caída de la glucemia. Si la hipoglucemia persiste o reaparece, precisará nuevos aportes de glucosa, vigilancia y valoración hospitalaria.

Bibliografía

1. Fernández Arribas JL. Aproximación y estabilización inicial del niño enfermo o accidentado. Triángulo de evaluación pediátrica. ABCDE. Protoc diagn ter pediatr. 2020; 1: 15-26.
2. Bruinink LJ, Linders M, de Boode WP, Fluit CRMG, Hogeveen M. The ABCDE approach in critically ill patients: a scoping review of assessment tools, adherence and reported outcomes. Resusc Plus. 2024; 20: 100763. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100763.
3. Tørisen TAG, Glanville JM, Loaiza AF, Bidonde J. Emergency pediatric patients and use of the pediatric assessment triangle tool (PAT): a scoping review. BMC Emerg Med. 2024; 24: 158. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12873-024-01068-w.
4. Van de Voorde P, Turner NM, Djakow J, de Lucas N, Martínez-Mejías A, Buysse CMP, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025: Paediatric Life Support. Resuscitation. 2025; 215: 110771.
5. Manrique Martínez I, Escudero Lirio M. Manual de RCP Básica Pediátrica. Grupo Español de RCP Pediátrica y Neonatal. 2025.
6. Schlapbach LJ, Watson RS, Sorce LR, Argent AC, Menon K, Hall MW, et al. International Consensus Criteria for Pediatric Sepsis and Septic Shock. JAMA. 2024; 331: 665-74. Disponible en: https://doi.org/10.1001/jama.2024.0179.
7. Weiss SL, Peters MJ, Oczkowski SJW, Belley-Cote E, Buysse C, Choong KLM, et al. Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for the Management of Sepsis and Septic Shock in Children 2026. Pediatr Crit Care Med. 2026; 27: 379-434. Disponible en: https://doi.org/10.1097/pcc.0000000000003927.
8. Wang J, Lieberman JA, Wallace DV, Waserman S, Golden DBK. Anaphylaxis in Practice: A Guide to the 2023 Practice Parameter Update. J Allergy Clin Immunol Pract. 2024; 12: 2325-36. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jaip.2024.06.036.
9. De la Hoz Caballer B, Diéguez Pastor MC, González de Olano D, Habernau Mena A, Muñoz Cano R, coordinadores. Guía de actuación en anafilaxia: GALAXIA 2022. Barcelona: Esmon Publicidad S.A. / Fundación SEAIC; Disponible en: https://www.guiagalaxia.com/.
10. Olabarri García M. Anafilaxia en Urgencias. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría. SEUP. 4ª ed. 2024.
11. Juliá Benito JC, Sánchez Salguero CA, Alvarado Izquierdo MI, Álvarez Caro F, Arroabarren Alemán E, Capataz Ledesma M, Guitart Martínez M, Mesa del Castillo Payá M, Moure González JD, Vidorreta Martínez de Salinas MJ. Manual de Anafilaxia Pediátrica. Madrid: Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP); 2017.
12. Azevedo SPC, Barros LGB, Krey JG, Pinto LA, Amantéa SL. Croup review: comparative analysis of acute and recurrent croup. J Bras Pneumol. 2024; 50: e20240353. Disponible en: https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20240353.
13. Cole S, Wilkinson S, Kubba H. Rigid bronchoscopy is the gold standard management of inhaled foreign bodies in children: myth or maxim? Breathe. 2026; 22: 260039. Disponible en: https://doi.org/10.1183/20734735.0039-2026.
14. Paniagua N, Benito J. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias. Protocolos SEUP (4ª ed.). 2024.
15. Paul AZ, Rutherford KA, Abuso SM. Emergency department management of pediatric acute asthma: an evidence-based review. Pediatr Emerg Med Pract. 2023; 20: 1-28.
16. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2026. Disponible en: https://ginasthma.org/2026-gina-strategy-report/.
17. Ambrożej D, Adamiec A, Forno E, Orzołek I, Feleszko W, Castro-Rodríguez JA. Intravenous magnesium sulfate for asthma exacerbations in children: systematic review with meta-analysis. Paediatr Respir Rev. 2024; 52: 23-30. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.prrv.2024.01.003.
18. Abelaira García M, Díaz Sancho M. Proceso asistencial de las crisis epilépticas graves en el ámbito extra-hospitalario en la Comunidad de Madrid. Código Crisis. 2024.
19. García-Ron A, Soto-Insuga V, Núñez Enamorado N, et al. Proceso asistencial «Crisis epilépticas graves en la Comunidad de Madrid: Código Crisis». An Pediatr (Barc). 2026; 104: 504242. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2026.504242.
20. González Hermosa A. Estatus epiléptico. Protocolos SEUP (4ª ed.). 2024.
21. De Castro de Castro P, Vázquez López M, Gil Núñez A, Chacón Pascual A, Miranda Herrero MC. Tratamientos agudos de recanalización en el ictus arterial isquémico pediátrico posnatal. Código ictus pediátrico. An Pediatr (Barc). 2023; 99: 44-53. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.05.005.
22. Abraham MB, Karges B, Dovc K, Naranjo D, Arbelaez AM, Mbogo J, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: assessment and management of hypoglycemia in children and adolescents with diabetes. Pediatr Diabetes. 2022; 23: 1322-40. Disponible en: https://doi.org/10.1111/pedi.13443.

Casos clínicos de endocrinología en Atención Primaria

María Güemes Hidalgo

Médico Adjunto. Servicio de Endocrinología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

Las consultas relacionadas con la endocrinología pediátrica representan una proporción relevante de la actividad asistencial en Atención Primaria (AP).

No existen porcentajes universales exactos, ya que varían según el país, la edad de la población atendida y si se analizan consultas de AP o derivaciones a Endocrinología Pediátrica. No obstante, los estudios publicados permiten hacer una estimación aproximada de la distribución de los motivos de consulta endocrinológica en Pediatría y Adolescencia: la obesidad y el sobrepeso constituyen aproximadamente el 30-40 % de las consultas endocrino-metabólicas, seguidas de los trastornos del crecimiento (20-30 %), las alteraciones puberales (10-20 %) y la patología tiroidea (10-15 %). La diabetes mellitus y otros trastornos hormonales representan un porcentaje menor, aunque de gran relevancia clínica por su impacto sobre la salud presente y futura de la población infantojuvenil.

La identificación precoz de estas patologías resulta fundamental para prevenir complicaciones, optimizar el crecimiento y desarrollo, mejorar la calidad de vida y reducir el impacto de la enfermedad en la edad adulta. El aprendizaje basado en casos clínicos permite integrar conocimientos teóricos y prácticos, favoreciendo el razonamiento clínico y la toma de decisiones en situaciones reales de la práctica asistencial.

En esta presentación se expondrán varios casos clínicos, seleccionados por ilustrar aquellos aspectos más novedosos de la endocrinología pediátrica de los últimos años, de particular interés para el médico de AP.

Caso clínico 1. Diabetes mellitus tipo 1: cribado familiar en familiares de primer grado

A partir de un paciente diagnosticado de diabetes mellitus tipo 1, se aborda el novedoso cribado de autoanticuerpos en familiares de primer grado para la identificación precoz de individuos con riesgo elevado de desarrollar la enfermedad. El caso revisa los programas actuales de detección, las fases preclínicas de la diabetes tipo 1 y las oportunidades actuales de intervención terapéutica temprana para posponer el debut clínico de la misma.

Caso clínico 2. Obesidad infantojuvenil

Caso clínico que aborda aspectos clínicos para ayudar a sospechar casos de obesidades genéticas. Dada la disponibilidad en los últimos años de fármacos para tratar la obesidad infantojuvenil, se realizará una actualización sobre el estado actual de los mismos (mecanismo de acción, casos en los que están aprobados, posología, posibles efectos adversos).

Caso clínico 3. Pubertad retrasada en una adolescente

Se presenta el caso de una adolescente con ausencia de desarrollo puberal adecuado para su edad. A través de la valoración clínica, antropométrica y hormonal, se aborda el diagnóstico diferencial de la pubertad retrasada, incluyendo variantes normales del desarrollo y causas patológicas. Se revisarán las diferencias entre pubertad y adrenarquia. El caso permite revisar las indicaciones actuales sobre inducción puberal y opciones terapéuticas disponibles.

Caso clínico 4. Ginecomastia en un adolescente

El caso revisa el diagnóstico diferencial de la ginecomastia en la adolescencia (cuándo sospechar que es patológica *versus* fisiológica), los mecanismos fisiopatológicos implicados y el manejo clínico de las alteraciones endocrinológicas que pueden manifestarse con este signo.

Caso clínico 5. Talla baja en un niño con madre con talla baja

A través de un caso de talla baja familiar con fenotipo peculiar, se revisan los criterios clínicos del síndrome de Noonan, aspectos importantes para el seguimiento de estos pacientes y se actualizan las nuevas opciones terapéuticas disponibles.

La endocrinología pediátrica constituye un área de creciente interés en AP, tanto por la frecuencia de algunos de sus motivos de consulta como por la importancia de realizar una **detección precoz y una adecuada orientación diagnóstica**.

El conocimiento de las características clínicas que permiten diferenciar las variantes normales del desarrollo de la patología endocrinológica resulta esencial para evitar tanto retrasos diagnósticos como estudios innecesarios. Además, los avances recientes en el **cribado de la diabetes mellitus tipo 1, el tratamiento farmacológico de la obesidad, la inducción puberal y el manejo de los trastornos del crecimiento** están modificando progresivamente el abordaje de estas patologías.

Los casos presentados pretenden, por tanto, ofrecer una actualización práctica y aplicable a la consulta diaria, reforzando el papel del médico de AP en la **identificación precoz, valoración inicial, seguimiento y coordinación con Endocrinología Pediátrica**, con el objetivo último de mejorar la salud y el pronóstico de niños y adolescentes.

sepeap
Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria

Hematuria y síndrome nefrítico en la infancia: importancia del diagnóstico diferencial con otras glomerulopatías desde Atención Primaria

Cristina Blázquez Gómez, Mar Espino Hernández, Ana Roche Gómez

Servicio de Nefrología Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Hematuria

La hematuria es la manifestación nefrourológica más frecuente tras la infección urinaria. Se detecta en un 6 % de las determinaciones aisladas, pero persiste solo en un 1 %[1,2], y suele ser transitoria y secundaria a procesos benignos. El reto en Atención Primaria es reconocer al pequeño grupo de niños con enfermedad glomerular, en el que el enfoque inicial condiciona la evolución.

Según su cuantía, la hematuria microscópica no se aprecia a simple vista, es la forma más frecuente y se define por más de 10 hematíes/µL en orina fresca no centrifugada o por 1+ de sangre en la tira reactiva, que siempre debe confirmarse; la macroscópica es visible a simple vista. Según el momento de la micción en que aparece, es inicial o precoz (origen uretral o prostático), terminal o tardía (a veces como goteo sanguinolento, que sugiere origen cercano al cuello vesical) o total (a lo largo de toda la micción, de origen renal, del tracto urinario superior o de la vejiga). Según su duración, es transitoria (una muestra aislada o desaparición en menos de 6 meses) o persistente (más de 6 meses desde la primera determinación). Según la clínica, es asintomática o sintomática (síndrome miccional o síntomas de la enfermedad acompañante). Por último, según su origen, es glomerular o extraglomerular, cuyas diferencias están resumidas en la tabla I. En las glomerulopatías suele ser macroscópica en la fase aguda y dejar una microhematuria persistente durante un tiempo variable en la remisión[3,4].

La tira reactiva es la prueba de primera elección, pero no es diagnóstica. Puede dar falsos positivos (hemoglobinuria, mioglobinuria, orinas alcalinas o infectadas, restos de antisépticos oxidantes) y falsos negativos (orinas concentradas o ácidas, proteinuria intensa, ácido ascórbico [vitamina C])[1]. Ante una tira positiva, el sedimento urinario en fresco es el patrón de referencia: detecta solo hematíes y descarta las falsas hematurias causadas por alimentos, fármacos o colorantes[5].

Tabla I. Hematuria glomerular frente a no glomerular

	Glomerular	No glomerular
Color	Oscuro, pardo ("*Coca-Cola*")	Rojo más o menos brillante o rosado ("agua de lavar carne")
Durante la micción	Presente durante toda la micción	No uniforme (más intensa al inicio)
Coágulos	No	Posibles (vermiculares o irregulares)
Síntomas (dolor, síndrome miccional)	No (indolora)	Generalmente, sí
Proteinuria	Frecuente y variable	Infrecuente y leve (no > 2+ en la tira)
Cilindros hemáticos	Normalmente presentes	Ausentes
Dismorfia eritrocitaria	> 80 %	< 20 %
Acantocitos	> 5 %	< 5 %
Volumen corpuscular medio (VCM) de los hematíes urinarios	< 60-70 fL	Similar al plasmático
Cociente VCM urinario/ plasmático	< 1	≥ 1
Etiología	Infecciosas: GNAPI, endocarditis bacteriana, hepatitis, VIH y nefritis de *shunt*. Primarias: nefropatía IgA, glomeruloesclerosis segmentaria y focal, glomerulonefritis membranoproliferativa, membranosa y extracapilar, y síndrome de Alport. Sistémicas: síndrome hemolítico urémico (microangiopatía trombótica), lupus eritematoso sistémico, púrpura de Schönlein-Henoch, nefropatía diabética, amiloidosis y síndrome de Goodpasture	Renales: nefropatía intersticial, necrosis tubular, enfermedades quísticas, patología vascular (trombosis, hipertensión, drepanocitosis), traumatismos y tumores. Extrarrenales: infección urinaria (la más frecuente), hipercalciuria e hiperuricosuria, malformaciones (reflujo vesicoureteral, uropatía obstructiva), litiasis, traumatismos, tumores, fármacos (ciclofosfamida), coagulopatías y ejercicio

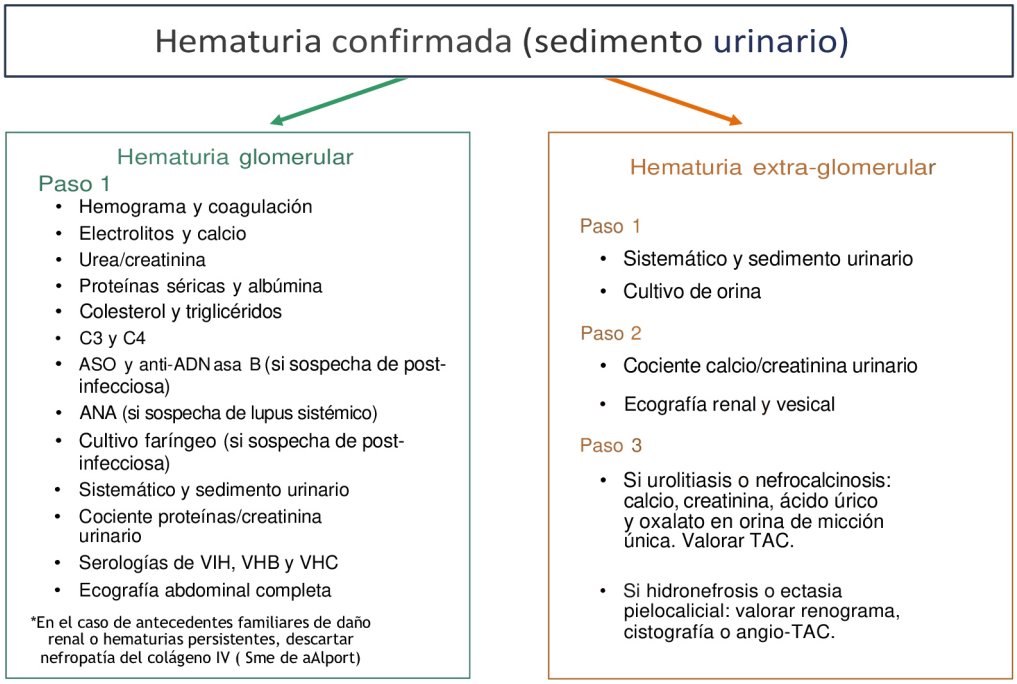


Figura 1. Algoritmo de los estudios complementarios iniciales.

La anamnesis debe ser amplia, destacando los antecedentes familiares (sordera, hipertensión, litiasis, quistes renales, insuficiencia renal), el antecedente infeccioso (faringitis 1-3 semanas antes o infección cutánea 2-6 semanas antes en la glomerulonefritis aguda postinfecciosa, GNAPI) y la exposición a fármacos, entre otros[6]. Los estudios complementarios iniciales se ordenan según el algoritmo de la figura 1.

Proteinuria

La proteinuria más frecuente es la transitoria, seguida de la ortostática; ambas son benignas. Debe preocupar la proteinuria persistente o asociada a hematuria o a disfunción renal. En muestra única, el cociente proteínas/creatinina fisiológico es < 0,2 mg/mg en mayores de 2 años y el rango nefrótico se sitúa por encima de 2 mg/mg[7]. Según el mecanismo, puede ser glomerular (selectiva o no selectiva) o tubular, esta última no detectable con tira reactiva.

Daño renal agudo

El daño renal agudo (DRA) se define por la caída brusca de la función renal[8]. La creatinina es un marcador tardío, por lo que la vigilancia estrecha de la diuresis y de la creatinina es esencial; la oliguria (< 0,5 mL/kg/h) es un signo de alarma. El tratamiento es de soporte: optimizar el volumen, suspender nefrotóxicos y controlar electrolitos[9]. Afecta hasta a uno de cada cuatro niños críticamente enfermos[10,11] y aumenta el riesgo de enfermedad renal crónica, por lo que requiere seguimiento nefrológico.

Según su mecanismo, el DRA es prerrenal (el más frecuente, 65-70 %, reversible si se corrige a tiempo), renal intrínseco o posrenal (obstructivo). La estadificación se resume en la tabla II. La terapia de reemplazo renal se reserva para la sobrecarga hídrica, la uremia sintomática o las alteraciones hidroelectrolíticas graves refractarias al tratamiento médico.

Síndrome nefrítico

El síndrome nefrítico cursa con hematuria, proteinuria no nefrótica, oliguria, edema habitualmente leve y grado variable de hipertensión y deterioro de la función renal. Se distingue del síndrome nefrótico (proteinuria > 2 mg/mg, albúmina < 2,5 g/dL y edema)[12,13]. Las diferencias se resumen en la tabla III.

Glomerulonefritis postinfecciosa

La GNAPI es una lesión inflamatoria glomerular que surge como respuesta inmunológica a una infección previa, casi siempre por estreptococo betahemolítico del grupo A. Es la causa más frecuente de nefritis aguda en pediatría, con un pico entre los 5 y 12 años, y sigue a una faringoamigdalitis (1-3 semanas antes) o a un impétigo (2-6 semanas antes)[14]. A nivel mundial se estiman unos 470.000 casos al año, el 97 % en países en desarrollo[15], y la forma subclínica está infraestimada[16].

Tabla II. Estadificación KDIGO pediátrica del daño renal agudo

Estadio	Creatinina sérica	Diuresis
1	1,5-1,9 × basal o aumento ≥ 0,3 mg/dL	< 0,5 mL/kg/h durante 6-12 h
2	2,0-2,9 × basal	< 0,5 mL/kg/h durante ≥ 12 h
3	≥ 3,0 × basal o TFGe < 35 mL/min/1,73 m² o terapia de reemplazo renal	< 0,3 mL/kg/h durante ≥ 24 h o anuria ≥ 12 h

Tabla III. Síndrome nefrítico frente a síndrome nefrótico

	Síndrome nefrítico	Síndrome nefrótico
Hallazgos definitorios	Hematuria, oliguria y deterioro de la función renal	Proteinuria, hipoalbuminemia y edema
Mecanismo de daño	Inflamación glomerular	Daño de los podocitos
Proteinuria	< 40 mg/m²/h o < 1 g/m²/día (no nefrótica)	> 40 mg/m²/h, > 1 g/m²/día o > 2 mg/mg en muestra aislada
Hematuria	Micro o macroscópica	No definitoria
Edema	Habitualmente leve	Evidente clínicamente
Hipertensión y función renal	Grado variable de hipertensión y deterioro	No definitorias
Cilindros en orina	Hemáticos	Pueden observarse cilindros grasos/lipidúricos
Albúmina sérica	No definitoria	< 2,5 g/dL
Hiperlipidemia	No definitoria	Colesterol total > 350 mg/dL (no necesaria para el diagnóstico)
Causas más probables	GNAPI (la más frecuente en la infancia), nefropatía IgA, enfermedad de Goodpasture, lupus eritematoso sistémico	Enfermedad de cambios mínimos, amiloidosis, nefropatía diabética

El espectro clínico abarca desde la forma subclínica, con solo microhematuria, al síndrome nefrítico, que es la presentación más frecuente, y de forma excepcional a una glomerulonefritis rápidamente progresiva que puede precisar tratamiento renal sustitutivo. Casi todos los pacientes presentan microhematuria (macroscópica en el 25-60 %), con hematíes dismórficos y cilindros hemáticos, y proteinuria de intensidad variable (en rango nefrótico en el 5-10 %). La hipertensión aparece en el 60-80 %, el edema palpebral y pretibial por retención hidrosalina en el 60-70 %, y la oliguria en menos de la mitad, con progresión a fracaso renal en el 25-30 % y a anuria con necesidad de diálisis en menos del 5 %[16,17].

El pronóstico a corto plazo es excelente: la remisión es completa en cerca del 95 %, la diuresis se restablece y los edemas desaparecen en 4-5 días, y el complemento se normaliza habitualmente en 8-12 semanas[16,18]. Empeoran el pronóstico la leucocitosis con neutrofilia, el descenso marcado de C3 o C4, la hipoalbuminemia, la elevación de la creatinina y la macrohematuria intensa con piuria; solo un 5 % evoluciona a glomerulonefritis crónica, aunque en poblaciones de alta incidencia se asocia a mayor riesgo de enfermedad renal crónica en la edad adulta[19]. En el diagnóstico diferencial, la nefropatía IgA aparece a los 2-5 días de la infección, con macrohematuria recurrente y complemento normal[20] (Tabla IV).

Debe replantearse el diagnóstico y derivar a Nefrología Pediátrica ante un deterioro grave o necesidad de terapia sustitutiva, persistencia de daño renal o hipertensión pasadas 2 semanas, hematuria macroscópica recurrente, proteinuria nefrótica o filtrado disminuido más de 4 semanas, C3 bajo durante más de 12 semanas, proteinuria no nefrótica a los 6 meses, microhematuria a los 18 meses o manifestaciones extrarrenales. En estos casos está indicada la biopsia, que permite excluir otras glomerulopatías (glomerulopatía C3, nefropatía IgA, glomerulonefritis secundarias)[12].

Conclusiones

- La hematuria macroscópica debe diferenciarse en glomerular y extra-glomerular y localizar su etiología.
- La proteinuria más frecuente es la transitoria, seguida de la ortostática, pero debemos diferenciar una proteinuria persistente, que puede ser glomerular o tubular.
- Síndrome nefrótico: edemas, hiperlipemia o hipercolesterolemia, proteinuria e hipoalbuminemia; mientras que el nefrítico: hipertensión arterial, hematuria, daño renal agudo.
- El daño renal agudo siempre debe ser estratificado y cuantificado.
- La glomerulonefritis postinfecciosa es la más frecuente y su forma de presentación suele ser un síndrome nefrítico. Generalmente tiene buen pronóstico, aunque requiere seguimiento y no siempre sigue una evolución uniforme.

Tabla IV. Diagnóstico diferencial del síndrome nefrítico

	GNAPI	Nefropatía IgA
Frecuencia	Causa más frecuente de nefritis aguda en pediatría (pico 5-12 años)	Glomerulonefritis primaria más frecuente en países desarrollados; segunda en la infancia
Latencia	1-3 semanas tras faringoamigdalitis o 2-6 semanas tras impétigo	2-5 días tras infección respiratoria o gastroenteritis
Presentación	Microhematuria o síndrome nefrítico	Recurrencia de macrohematuria
Complemento	Hipocomplementemia	Normal

Palabras clave

Hematuria; Síndrome nefrítico; Glomerulonefritis; Daño renal agudo.

Bibliografía

1. Diven SC, Travis LB. A practical primary care approach to hematuria in children. Pediatr Nephrol. 2000; 14: 65-72. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10654336/.
2. Vehaskari VM, Rapola J, Koskimies O, Savilahti E, Vilska J, Hallman N. Microscopic hematuria in schoolchildren: epidemiology and clinicopathologic evaluation. J Pediatr. 1979; 95: 676-84.
3. Meyers KE. Evaluation of hematuria in children. Urol Clin North Am. 2004; 31: 559-73. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15313065/.
4. Pan CG. Evaluation of gross hematuria. Pediatr Clin North Am. 2006; 53: 401-12. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.pcl.2006.03.002.
5. Feld LG, Meyers KE, Kaplan BS, Stapleton FB. Limited evaluation of microscopic hematuria in pediatrics. Pediatrics. 1998; 102: e42.
6. Quigley R. Evaluation of hematuria and proteinuria: how should a pediatrician proceed? Curr Opin Pediatr. 2008; 20: 140-4.
7. Hogg RJ, Portman RJ, Milliner D, Lemley KV, Eddy A, Ingelfinger J. Evaluation and management of proteinuria and nephrotic syndrome in children: recommendations from a pediatric nephrology panel established at the National Kidney Foundation conference on proteinuria, albuminuria, risk, assessment, detection, and elimination (PARADE). Pediatrics. 2000; 105: 1242-9. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10835064/.
8. Andreoli SP. Acute kidney injury in children. Pediatr Nephrol. 2009; 24: 253-63.
9. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury. Kidney Int Suppl. 2012; 2: 1-138.
10. Kaddourah A, Basu RK, Bagshaw SM, Goldstein SL. Epidemiology of acute kidney injury in critically ill children and young adults. N Engl J Med. 2017; 376: 11-20. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27959707/.
11. Sutherland SM, Ji J, Sheikhi FH, Widen E, Tian L, Alexander SR, et al. AKI in hospitalized children: epidemiology and clinical associations in a national cohort. Clin J Am Soc Nephrol. 2013; 8: 1661-9. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3789331/.
12. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerular Diseases Work Group. KDIGO 2021 clinical practice guideline for the management of glomerular diseases. Kidney Int. 2021; 100: S1-276.
13. Noone DG, Iijima K, Parekh R. Idiopathic nephrotic syndrome in children. Lancet. 2018; 392: 61-74.
14. Rodríguez-Iturbe B, Haas M. Post-streptococcal glomerulonephritis. En: Ferretti JJ, Stevens DL, Fischetti VA, editors. Streptococcus pyogenes: basic biology to clinical manifestations. Oklahoma City: University of Oklahoma Health Sciences Center; 2016.
15. Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK, Weber M. The global burden of group A streptococcal diseases. Lancet Infect Dis. 2005; 5: 685-94. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16253886/.
16. Balasubramanian R, Marks SD. Post-infectious glomerulonephritis. Paediatr Int Child Health. 2017; 37: 240-7. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28891413/.
17. Eison TM, Ault BH, Jones DP, Chesney RW, Wyatt RJ. Post-streptococcal acute glomerulonephritis in children: clinical features and pathogenesis. Pediatr Nephrol. 2011; 26: 165-80. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20652330/.
18. Rodríguez-Iturbe B, Musser JM. The current state of poststreptococcal glomerulonephritis. J Am Soc Nephrol. 2008; 19: 1855-64.
19. Hoy WE, White AV, Dowling A, Sharma SK, Bloomfield H, Tipiloura BT, et al. Post-streptococcal glomerulonephritis is a strong risk factor for chronic kidney disease in later life. Kidney Int. 2012; 81: 1026-32.
20. Wyatt RJ, Julian BA. IgA nephropathy. N Engl J Med. 2013; 368: 2402-14.

Prevención de la conducta suicida en el adolescente: papel del pediatra de Atención Primaria

Jesús García Pérez

Pediatra Social. Presidente del Instituto Madrileño de Pediatría (IMPe). Coordinador del grupo de Pediatría Social de la SEPEAP

Resumen

La conducta suicida en la adolescencia constituye un problema de salud pública en el que el pediatra de Atención Primaria ocupa una posición privilegiada para la prevención, la detección precoz y la continuidad asistencial. En España, el Instituto Nacional de Estadística registró 90 fallecimientos por suicidio en menores de 20 años en 2024, 14 más que en 2023. Los datos de la Fundación ANAR muestran un marcado incremento de las demandas de ayuda relacionadas con conducta suicida atendidas por la entidad, aunque no deben interpretarse como una estimación de prevalencia poblacional. Este artículo revisa los conceptos esenciales, factores de riesgo y protección, señales de alarma, entrevista clínica, valoración de seguridad, autolesiones, actuación ante situaciones urgentes y estrategias preventivas en Atención Primaria. Se propone un enfoque centrado en las necesidades, la seguridad y la continuidad asistencial, evitando clasificaciones globales de riesgo y el uso aislado de escalas predictivas. Se incluyen herramientas prácticas, tablas I y II, y un algoritmo de actuación.

Introducción

La prevención del suicidio en adolescentes empieza mucho antes de una situación de crisis y requiere detectar sufrimiento, escuchar de forma directa y garantizar continuidad asistencial.

La adolescencia es una etapa de importantes cambios biológicos, psicológicos, familiares y sociales. La aparición de problemas de salud mental, conflictos interpersonales, violencia, acoso, dificultades académicas, experiencias adversas, consumo de sustancias o problemas relacionados con la identidad puede incrementar la vulnerabilidad. Sin embargo, ningún factor aislado permite predecir de forma fiable una conducta suicida individual.

El pediatra de Atención Primaria mantiene un contacto longitudinal con el adolescente y su familia y, por tanto, se encuentra en una posición privilegiada para reconocer cambios respecto a la situación basal, explorar el bienestar emocional, identificar autolesiones y facilitar el acceso precoz a recursos especializados.

La prevención eficaz no consiste en etiquetar a un adolescente como de "alto", "medio" o "bajo" riesgo. Las recomendaciones actuales favorecen una valoración clínica individualizada

Tabla I. Valoración clínica inicial ante sospecha de conducta suicida

Área	Preguntas orientativas
Ideación	¿Has pensado que no quieres seguir viviendo? ¿Has pensado en suicidarte?
Evolución	¿Cuándo empezó? ¿Está ocurriendo más veces o con mayor intensidad?
Intención	¿Has deseado realmente morir o querías que terminara el sufrimiento?
Plan/ preparación	¿Has pensado qué harías? ¿Has preparado algo?
Conducta previa	¿Has intentado suicidarte alguna vez?
Autolesiones	¿Te has hecho daño deliberadamente? ¿Para qué te sirve hacerlo?
Contexto	¿Qué estaba ocurriendo antes? ¿Hay conflictos, pérdidas, acoso o violencia?
Estado mental	¿Hay depresión intensa, agitación, intoxicación, síntomas psicóticos o impulsividad marcada?
Protección	¿Quién puede ayudarte? ¿Con quién puedes hablar?
Seguridad	¿Puedes mantenerte seguro/a ahora? ¿Hay un adulto que pueda acompañarte?
Medios	¿Tienes acceso a algo que te preocupe utilizar para hacerte daño?

Fuente: elaboración propia a partir de recomendaciones de evaluación clínica y seguridad [1,8,10].

Tabla II. Señales de alarma y respuesta orientativa

Situación	Orientación inicial
Malestar emocional sin ideación suicida	Intervención preventiva, seguimiento y tratamiento del problema identificado
Ideación sin intención ni planificación, con entorno protector	Evaluación clínica completa, intervención inicial, plan de seguridad y seguimiento
Ideación persistente o creciente, autolesiones repetidas o antecedente de tentativa	Valoración prioritaria por salud mental y seguimiento estrecho
Intención actual, plan o preparación	Atención urgente y supervisión continua
Incapacidad para garantizar seguridad	No dejar solo, activar circuito urgente y acompañar traslado
Agitación grave, psicosis o intoxicación relevante	Valoración urgente y estabilización
Ausencia de adulto seguro o sospecha de desprotección	Activar recursos de protección y atención especializada

Fuente: elaboración propia a partir de NICE NG225 y recomendaciones de atención a la conducta suicida [1,10].



centrada en las necesidades, vulnerabilidades, circunstancias y seguridad, evitando utilizar escalas o instrumentos de estratificación como herramientas predictivas o como criterio único para decidir tratamiento o derivación[1].

Magnitud del problema

El suicidio durante la adolescencia es infrecuente en términos absolutos, pero cada fallecimiento representa una tragedia prevenible y obliga a reforzar la detección precoz.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España se produjeron 3.953 fallecimientos por suicidio en 2024. Entre las personas menores de 20 años se registraron 90 fallecimientos, 14 más que en 2023, constituyendo la cifra más elevada de los últimos años[2].

Estos datos deben interpretarse con cautela. Las cifras de mortalidad reflejan únicamente la consecuencia más grave del continuo de la conducta suicida y no permiten estimar la frecuencia de ideación suicida, planes, intentos o autolesiones.

Los datos de la Fundación ANAR aportan otra perspectiva. En su estudio 2012-2022 se analizaron 589.255 contactos y se identificaron 9.637 casos en los que la entidad intervino por problemas relacionados con conducta suicida y salud mental. Durante el periodo estudiado aumentaron de forma muy marcada las demandas relacionadas con ideación y tentativas suicidas[3]. En una actualización posterior, la conducta suicida continuaba siendo uno de los principales motivos de atención, con 6.467 menores atendidos por este motivo y 1.405 que ya habían iniciado una tentativa[4].

Es fundamental recordar que **los datos de ANAR proceden de una población que solicita ayuda y no constituyen una muestra epidemiológica representativa de todos los adolescentes españoles**. Por tanto, permiten describir necesidades asistenciales y tendencias de demanda, pero no calcular prevalencias poblacionales.

La Organización Mundial de la Salud considera el suicidio un importante problema de salud pública y señala que constituye una de las principales causas de muerte entre adolescentes y adultos jóvenes[5,6].

Conceptos y terminología

Una comunicación precisa permite diferenciar fenómenos clínicos distintos y evita minimizar o sobrediagnosticar la situación.

La expresión "conducta suicida" engloba diferentes fenómenos que deben explorarse de forma diferenciada:

- **Ideación suicida:** pensamientos relacionados con morir, desaparecer, no querer seguir viviendo o suicidarse.
- **Intención suicida:** grado de deseo o determinación de llevar a cabo una conducta suicida.
- **Planificación:** existencia de un plan concreto o de preparación para realizarlo.
- **Tentativa de suicidio:** conducta autoinfligida con intención de morir que no produce el fallecimiento.
- **Suicidio:** fallecimiento como consecuencia de una conducta con intención de morir.
- **Autolesión:** daño autoinfligido deliberadamente, independientemente de que exista o no intención suicida.

La autolesión y la conducta suicida no son sinónimos. Una autolesión puede cumplir funciones diferentes —por ejemplo, regulación emocional, reducción de tensión o comunicación de sufrimiento—, pero su presencia obliga siempre a explorar específicamente la existencia de ideación, intención o conducta suicida.

También debe evitarse interpretar automáticamente toda verbalización de muerte como una tentativa. La entrevista debe establecer qué pensó el adolescente, qué significado tenía para él o ella, qué intención existía y si hubo planificación o preparación.

Factores de riesgo y factores protectores

Los factores de riesgo se utilizan para ampliar la exploración clínica y no para asignar una probabilidad individual de suicidio.

Entre los factores asociados a mayor vulnerabilidad se encuentran: antecedentes de intento de suicidio o conducta suicida; autolesiones; síntomas depresivos, ansiedad intensa u otros problemas de salud mental; desesperanza, sentimiento de atrapamiento o pérdida de expectativas de futuro; impulsividad o dificultades importantes de regulación emocional; consumo problemático de alcohol u otras sustancias; experiencias de violencia, abuso o maltrato; acoso escolar o ciberacoso; conflictos familiares graves; pérdidas recientes; aislamiento social; dificultades académicas significativas; problemas relacionados con la identidad o la pertenencia; exposición a conductas suicidas de personas próximas; determinadas enfermedades médicas o dolor crónico; y acceso fácil a medios potencialmente letales.

La presencia de varios factores no significa que el adolescente vaya a realizar una tentativa. Del mismo modo, la ausencia de factores reconocibles no garantiza seguridad.

Entre los factores protectores destacan: vínculo familiar seguro; presencia de al menos un adulto disponible y fiable; relaciones significativas con iguales; sentimiento de pertenencia; capacidad para pedir ayuda; habilidades de regulación emocional y resolución de problemas; expectativas de futuro; vinculación escolar; acceso efectivo a atención sanitaria; ausencia o reducción del acceso a medios potencialmente letales; y participación en actividades significativas.

El objetivo de la entrevista no es completar una lista de factores, sino comprender **qué está ocurriendo en la vida del adolescente, qué está aumentando su sufrimiento y qué elementos pueden utilizarse para mantenerlo seguro**.

Señales de alarma

Los cambios respecto al funcionamiento habitual del adolescente suelen ser más útiles que una lista rígida de signos aislados.

Deben llamar especialmente la atención: verbalizaciones sobre muerte, desaparición, no querer vivir o suicidarse; búsqueda reiterada de información relacionada con suicidio; desesperanza intensa; aislamiento progresivo; pérdida marcada de interés por actividades habituales; alteraciones importantes del sueño o del apetito; descenso brusco del rendimiento escolar; absentismo; abandono de relaciones o actividades; cambios emocionales llamativos; irritabilidad o agitación intensa; autolesiones; antecedentes de tentativa; incremento de impulsividad; consumo de sustancias; acontecimientos vitales adversos recientes; despedidas inusuales o entrega de pertenencias; y empeoramiento rápido de síntomas previos.

Ninguna de estas señales debe interpretarse de manera aislada. Una pregunta sencilla y directa puede aportar más información clínica que intentar inferir el riesgo a partir del comportamiento observado.

Cómo preguntar por suicidio

Preguntar directamente por el suicidio no induce la conducta suicida y permite abrir una conversación que, de otro modo, puede no producirse.

Cuando exista sospecha clínica, el pediatra debe hablar con el adolescente de forma clara, tranquila y sin dramatizar.

Puede comenzar con preguntas generales: "Últimamente te noto diferente. ¿Cómo te estás encontrando?"

Si existe sufrimiento significativo: "Cuando una persona se encuentra tan mal, puede llegar a pensar que no merece la pena seguir. ¿Te ha ocurrido a ti?"

Y posteriormente: "¿Has pensado que preferirías estar muerto/a o no despertarte?" y "¿Has pensado en suicidarte?"

Una respuesta afirmativa requiere profundizar, sin interrogar de manera mecánica: ¿Cuándo comenzaron esos pensamientos? ¿Con qué frecuencia aparecen? ¿Han aumentado recientemente? ¿Deseas morir o deseas que termine el sufrimiento? ¿Has pensado cómo hacerlo? ¿Has preparado algo? ¿Has hecho algo anteriormente para intentar suicidarte? ¿Te has hecho daño deliberadamente? ¿Qué ocurre cuando aparecen estos pensamientos? ¿Qué personas o situaciones te ayudan? ¿Puedes mantenerte seguro/a ahora mismo? ¿Hay algo en casa a lo que puedas acceder y que te preocupe utilizar para hacerte daño?

La entrevista debe realizarse, siempre que sea posible, en un espacio privado y respetando la autonomía progresiva del adolescente. Debe explicarse previamente el límite de la confidencialidad: la información será respetada, pero si existe un peligro relevante para su seguridad, será necesario compartirla con los adultos y profesionales que puedan ayudar.

Valoración clínica y de seguridad

La valoración debe integrar ideación, intención, planificación, conducta previa, contexto, factores protectores y seguridad inmediata.

No se recomienda utilizar escalas o herramientas de puntuación para predecir quién realizará un suicidio o una nueva autolesión. NICE recomienda expresamente no utilizar instrumentos de evaluación del riesgo con esta finalidad ni emplear categorías globales de "riesgo bajo, medio o alto" para decidir de forma automática el tratamiento o el alta[1].

Esto no significa que las herramientas estructuradas no puedan utilizarse para **ordenar la entrevista o detectar aspectos que deben explorarse**. Lo que debe evitarse es convertir una puntuación en una predicción individual.

La evaluación debe considerar:

1. **Ideación:** existencia, frecuencia, intensidad y evolución.
2. **Intención:** deseo de morir y determinación.
3. **Planificación y preparación:** existencia de un plan o conductas preparatorias.
4. **Conducta previa:** tentativas y autolesiones.
5. **Contexto precipitante:** acontecimientos recientes, conflictos, pérdidas, violencia, acoso o consumo de sustancias.
6. **Estado mental:** depresión, ansiedad, agitación, impulsividad, síntomas psicóticos, intoxicación o abstinencia.
7. **Factores protectores:** vínculos, capacidad de pedir ayuda y razones para continuar viviendo.
8. **Entorno:** existencia de un adulto responsable y disponibilidad de supervisión.
9. **Acceso a medios potencialmente letales.**
10. **Capacidad de mantener la seguridad hasta la siguiente valoración.**

Autolesiones

Toda autolesión en un adolescente debe considerarse una oportunidad de evaluación y prevención, independientemente de la intención que inicialmente refiera.

La entrevista debe evitar juicios como "lo hace para llamar la atención". La autolesión puede ser una estrategia disfuncional para afrontar emociones intensas y puede coexistir con ideación suicida.

Después de garantizar la atención de las lesiones físicas, se debe explorar: qué ocurrió antes; qué sintió el adolescente; qué esperaba conseguir; qué efecto tuvo la conducta; si existía deseo de morir; si ha sucedido previamente; si la frecuencia o intensidad están aumentando; qué desencadenantes reconoce; qué alternativas utiliza; y quién conoce la situación.

En adolescentes con autolesiones, la valoración psicosocial debe ser individualizada y realizarse con participación de profesionales con experiencia cuando sea necesario. Las intervenciones psicoterapéuticas específicas, incluida la terapia dialéctico-conductual adaptada a adolescentes en casos seleccionados, deben coordinarse con salud mental.

Actuación ante una situación urgente

Cuando existe peligro inmediato, la prioridad es mantener la seguridad y garantizar una valoración urgente, no completar una entrevista exhaustiva en Atención Primaria.

Debe considerarse una situación urgente cuando existe, entre otros supuestos: intención suicida actual; plan o preparación concreta; tentativa reciente con persistencia de intención; incapacidad del adolescente o de su entorno para garantizar seguridad; ausencia de un adulto responsable disponible; agitación grave; síntomas psicóticos; intoxicación relevante; deterioro mental rápido; y circunstancias de protección que impidan un entorno seguro.

En estos casos:

1. **No dejar al adolescente solo.**
2. Retirar, cuando sea posible y sin poner en peligro al personal, el acceso a medios potencialmente peligrosos.
3. Solicitar valoración urgente según el circuito sanitario local.
4. Mantener supervisión durante la espera.
5. Informar a los responsables adultos cuando sea necesario para garantizar la seguridad.
6. Facilitar un traslado acompañado y seguro.
7. Comunicar de forma clara al equipo receptor la información clínica relevante.

No debe basarse la decisión exclusivamente en una promesa del tipo "no volveré a hacerlo". La seguridad requiere un plan concreto y supervisión adecuada.

Plan de seguridad y seguimiento

El plan de seguridad debe ser concreto, colaborativo y adaptado al desarrollo del adolescente y a su entorno.

El plan puede incluir: señales personales que indiquen empeoramiento; estrategias que el adolescente pueda utilizar inicialmente para disminuir la intensidad del malestar; actividades o lugares seguros que faciliten distracción o regulación; personas concretas a las que pueda pedir ayuda; adultos responsables que conozcan la situación; recursos sanitarios y de crisis; medidas para reducir el acceso a medios potencialmente letales; e instrucciones claras sobre cuándo solicitar atención urgente.

La evidencia sobre los planes de seguridad como intervención aislada en población pediátrica es todavía limitada. Una revisión sistemática y metaanálisis publicada en 2025 no encontró evidencia suficiente para afirmar que el *safety planning* utilizado como intervención independiente reduzca por sí solo la ideación, las tentativas o las reconsultas[7]. Por ello, debe considerarse **un componente de un plan asistencial más amplio**, no un sustituto del tratamiento psicológico, psiquiátrico o de la intervención en crisis cuando estén indicados.

El seguimiento debe ser más estrecho cuando existen autolesiones recientes, ideación persistente o creciente, tentativa previa, cambios rápidos, dificultades familiares o problemas para acceder a salud mental.

Restricción de acceso a medios potencialmente letales

Reducir el acceso a medios potencialmente letales es una intervención preventiva sencilla que puede disminuir la probabilidad de que una crisis transitoria tenga consecuencias irreversibles.

La conversación debe realizarse sin culpabilizar a la familia. Puede incluir: supervisión y almacenamiento seguro de medicamentos; control de sustancias tóxicas; revisión del acceso a otros medios potencialmente peligrosos; acuerdo familiar sobre quién se responsabilizará del almacenamiento; y reevaluación periódica mientras persista la situación de riesgo.

La recomendación debe individualizarse según el contexto familiar y la situación clínica.

Familia, escuela y entorno digital

La prevención del suicidio en adolescentes requiere actuar también sobre el contexto en el que aparece el sufrimiento.

La familia debe recibir información comprensible y concreta. Es preferible recomendar escucha, disponibilidad, acompañamiento y búsqueda de ayuda profesional frente a mensajes culpabilizadores o amenazas.

Debe explorarse el contexto escolar: acoso, aislamiento, conflictos, absentismo, descenso académico y disponibilidad de adultos de referencia.

El entorno digital merece una valoración específica. Las redes sociales pueden actuar como fuente de apoyo y conexión, pero también facilitar la exposición a contenidos relacionados con autolesiones, acoso, presión social o contagio conductual. La intervención no debe limitarse a prohibir el uso de internet, sino incluir educación digital, supervisión proporcional, identificación de contenidos dañinos y fortalecimiento de relaciones fuera de la pantalla.

Prevención desde Atención Primaria

La prevención efectiva puede integrarse en la atención pediátrica habitual sin convertir cada consulta en una evaluación psiquiátrica.

Durante la adolescencia debe aprovecharse la consulta para explorar progresivamente: estado de ánimo; sueño; alimentación; rendimiento y asistencia escolar; relaciones familiares y sociales; consumo de sustancias; experiencias de violencia o acoso; sexualidad e identidad cuando sea pertinente; uso de tecnologías; actividad física y ocio; y estrategias para afrontar el estrés.

La entrevista privada con el adolescente constituye una parte esencial de la atención preventiva. Las guías de atención al adolescente de *Pediatría Integral* han destacado la importancia de la confidencialidad, la entrevista psicosocial y la valoración integral durante la consulta pediátrica[8,9].

No es necesario realizar un cribado indiscriminado de suicidio en cada consulta. Sí debe preguntarse de forma directa

cuando existan síntomas, antecedentes, autolesiones, acontecimientos vitales o cambios conductuales que lo justifiquen.

Función del pediatra de Atención Primaria

El pediatra de Atención Primaria desempeña un papel central como detector precoz, evaluador inicial, coordinador y garante de continuidad.

Sus funciones pueden resumirse en:

1. **Detectar:** reconocer cambios emocionales, conductuales, familiares, escolares y sociales.
2. **Preguntar:** realizar preguntas directas cuando exista sospecha, utilizando un lenguaje sencillo y no estigmatizante.
3. **Evaluar:** determinar ideación, intención, planificación, conducta previa, autolesiones, estado mental, contexto y capacidad de mantener la seguridad.
4. **Proteger:** reducir el acceso a medios potencialmente letales y garantizar supervisión cuando sea necesario.
5. **Coordinar:** establecer comunicación con salud mental, servicios de urgencias, trabajo social, familia y centro educativo cuando corresponda.
6. **Seguir:** no considerar finalizada la intervención tras la primera derivación. El pediatra puede mantener la continuidad, revisar la evolución y facilitar que el adolescente no quede perdido entre niveles asistenciales.
7. **Prevenir:** integrar la promoción de la salud mental, habilidades de afrontamiento, vínculos familiares, hábitos saludables y detección de violencia o acoso en la atención habitual.

Conclusiones

La prevención de la conducta suicida en adolescentes es una tarea asistencial compartida en la que la Atención Primaria tiene un papel fundamental.

El pediatra puede contribuir de manera decisiva mediante la detección precoz del sufrimiento emocional, la entrevista directa sobre el suicidio cuando esté indicada, la valoración individualizada de la seguridad, la identificación de autolesiones, la reducción del acceso a medios potencialmente letales y la coordinación con salud mental y otros recursos.

La conducta suicida no debe abordarse mediante una clasificación estática de "riesgo bajo, medio o alto". La situación del adolescente puede cambiar rápidamente y debe valorarse en función de sus necesidades, vulnerabilidades, circunstancias, factores protectores y capacidad de mantener la seguridad.

La presencia de autolesiones requiere siempre una exploración específica de la ideación e intención suicida. Ante una situación urgente, la prioridad es proteger al adolescente y garantizar una valoración especializada.

Finalmente, la prevención no termina con la derivación. La continuidad asistencial constituye una de las principales aportaciones del pediatra de Atención Primaria, que puede acompañar al adolescente y su familia, coordinar los diferentes recursos y detectar precozmente nuevos cambios clínicos.

Bibliografía

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence (NG225). London: NICE; 2022. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng225.
2. Instituto Nacional de Estadística. Causas externas de muerte: comprender para actuar. Madrid: INE; 2025. Datos correspondientes a 2024.
3. Fundación ANAR. Estudio sobre conducta suicida y salud mental en la infancia y la adolescencia en España (2012-2022). Madrid: Fundación ANAR; 2022.
4. Fundación ANAR. Salud mental, principal motivo de llamada de niños, niñas y adolescentes a las líneas de ayuda ANAR en España. Madrid: Fundación ANAR; 2026.
5. World Health Organization. Suicide. Geneva: WHO; 2025.
6. World Health Organization. Adolescent mental health. Geneva: WHO; 2025.
7. Albaum C, Glenn CR, Bryant LM, Cha CB, Esposito-Smythers C, Goldston DB, et al. Safety Planning Interventions for Suicide Prevention in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Pediatr. 2025; 179: 886-95. Disponible en: https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2025.1012.
8. Hidalgo Vicario MI. Cómo realizar la atención al adolescente. Pediatr Integral. 2022; 4: 198-9. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-06/como-realizar-la-atencion-al-adolescente/.
9. Hidalgo Vicario MI. Guías anticipatorias durante la adolescencia. Pediatr Integral. 2022; 5: 268-9. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-07/guias-anticipatorias-durante-la-adolescencia/.
10. Riaño Galán I, del Río Pastoriza I. Aspectos bioéticos en la atención al adolescente. Pediatr Integral. 2022; 4: 236-43. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-06/aspectos-bioeticos-en-la-atencion-al-adolescente/.
11. World Health Organization. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive. Geneva: WHO; 2020.
12. World Health Organization. Helping Adolescents Thrive Toolkit. Geneva: WHO; 2021.
13. Ministerio de Sanidad. Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025-2027. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025.
14. Ministerio de Sanidad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024.
15. Abbott-Smith S, Ring N, Dougall N, Davey J. The use of safety plans with children and young people who self-harm: a scoping review. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2023; 30: 854-67. Disponible en: https://doi.org/10.1111/jpm.12928.
16. Johansson BA, et al. Self-harm interventions in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2026; 35: 91-107. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s00787-025-02859-7.
17. McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian MC, Cohen JR, Linehan MM. Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth: 2018-2024. J Clin Child Adolesc Psychol. 2026; 55: 145-68. Disponible en: https://doi.org/10.1080/15374416.2026.2613368.
18. Centeno G, Segura A, Moreno M, et al. Suicide Interventions for Youths: A Systematic Review. JAMA Pediatr. 2025; 179: 1217-24. Disponible en: https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2025.3485.
19. Aalsma MC, Zimet GD, Oruche UM, et al. Adolescent suicide assessment and management in primary care. BMC Pediatr. 2022; 22: 389. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12887-022-03454-4.
20. Wright-Hughes A, Farrin AJ, Fonagy P, Ougrin D, Stahl D, Wright J, et al. Systematic Review and Individual Participant Data Meta-Analysis: Reducing Self-Harm in Adolescents: Pooled Treatment Effects, Study, Treatment, and Participant Moderators. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2025; 64: 997-1029. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jaac.2025.01.017.

Riesgos nutricionales pediátricos en el siglo XXI

Isidro Vitoria Miñana

Unidad de Nutrición y Metabolopatías. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia

Introducción

La alimentación y la nutrición se han convertido en áreas de máximo interés en la sociedad contemporánea debido a su estrecha vinculación no solo con la salud, sino con la estética, el cuidado personal y la sostenibilidad ambiental. Este auge informativo ha venido acompañado de un fenómeno complejo en los medios de comunicación y las plataformas digitales. La vía de propagación de esta información es principalmente internet y, de manera masiva, las redes sociales (como *Instagram*, *Facebook* o *TikTok*). Cerca del 80 % de la población busca información de forma voluntaria en estas plataformas, las cuales carecen de filtros de calidad y actúan como caldo de cultivo perfecto para la viralización de modas y tendencias que están detrás de nuevos riesgos nutricionales pediátricos.

La mayoría de estos riesgos nutricionales se relacionan con una restricción alimentaria por la negativa a consumir ciertos alimentos por restricciones propias de la dieta de los padres. En otras ocasiones, los déficits se deben a patologías de base (neurológicas, trastornos del espectro autista o ARFID, fundamentalmente). Muchas de estas restricciones acaban produciendo déficits vitamínicos que ya no veíamos desde hacía mucho tiempo en nuestros pacientes. Su diagnóstico exige una entrevista dietética detallada con un análisis de la ingesta alimentaria de los últimos días. Esto permite identificar patrones alimentarios restrictivos y considerar factores que puedan interferir con la absorción de nutrientes. Además, es fundamental realizar una exploración física completa para identificar signos de malnutrición y revisar los antecedentes familiares, ya que estos pueden proporcionar información clave sobre la predisposición a deficiencias nutricionales. El diagnóstico temprano permite implementar medidas correctivas para prevenir consecuencias a largo plazo en la salud infantil.

La sesión se ha estructurado de acuerdo con los siguientes objetivos y contenido.

Objetivos

- Reconocer déficits vitamínicos y nutricionales en situaciones de alimentación restrictiva de diversas causas.
- Identificar los grupos de riesgo nutricional que predisponen a situaciones de riesgo por deficiencia de nutrientes.
- Plantear el abordaje diagnóstico y terapéutico de estas situaciones.
- Revisar los nutrientes de riesgo con especial referencia a:
  - Los requerimientos o necesidades diarias.
  - Los alimentos ricos en dichos nutrientes de riesgo.

Casos clínicos

Para cumplir dichos objetivos, se presentan casos clínicos relativos a:

1. Caso clínico de escorbuto con hematoma subperióstico en niño con trastorno del espectro autista, por déficit de ingesta crónica de frutas y verduras.
2. Caso clínico de déficit de vitamina A con afectación ocular grave por ingesta nutricional inadecuada por motivos culturales.
3. Caso clínico de déficit de vitamina B_{12} con afectación neurológica en hijo de madre de lactante vegana que no tomaba suplementos de vitamina B_{12}.
4. Caso de raquitismo y desmedro por consumo de bebida de soja en niña de 16 meses.
5. Caso de Kwashiorkor por consumo de bebida de arroz en lactante.
6. Casos clínicos de alcalosis metabólica, hiperoxaluria y escorbuto por consumo de bebidas de almendras.

En todos los casos, tras la presentación de la sintomatología y exploraciones complementarias realizadas para llegar al diagnóstico, se plantean las opciones terapéuticas y se revisa el nutriente deficitario en cuanto a sus necesidades y su contenido en los alimentos, así como la actitud terapéutica.

Bibliografía

Carvalho NF, Kenney RD, Carrington PH, Hall DE. Severe nutritional deficiencies in toddlers resulting from health food milk alternatives. Pediatrics. 2001; 107: E46.

Garza NJ, González R, Snider J. Vision Loss in a Healthy Child: A Case of Vitamin A Deficiency. Cureus. 2022; 14: e31683. Disponible en: https://doi.org/10.7759/cureus.31683.

Lim TSH, Aw M, Slosky L, Nyp SS. Beyond Picky Eating. J Dev Behav Pediatr. 2020; 41: 656-8.

Joshi M, Uday S. Vitamin D Deficiency in Chronic Childhood Disorders: Importance of Screening and Prevention. Nutrients. 2023; 15: 2805. Disponible en: https://doi.org/10.3390/nu15122805.

Redecilla Ferreiro S, Moráis López A, Moreno Villares JM. Recomendaciones del Comité de Nutrición y Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría sobre las dietas vegetarianas. An Pediatr (Barc). 2020; 92: 306.e1-306.e6. Disponible en: https://www.analesdepediatria.org/es-recomendaciones-del-comite-nutricion-lactancia-articulo-S1695403319303789.

Vitoria I. The nutritional limitations of plant-based beverages in infancy and childhood. Nutr Hosp. 2017; 34: 1244-53.

Vitoria I, López B, Gómez J, Torres C, Guasp M, Calvo I, et al. Improper Use of a Plant-Based Vitamin C-Deficient Beverage Causes Scurvy in an Infant. Pediatrics. 2016; 137: e20152781. Disponible en: https://doi.org/10.1542/peds.2015-2781.

Wirthensohn M, Wehrli S, Ljungblad UW, Huemer M. Biochemical, Nutritional, and Clinical Parameters of Vitamin B12 Deficiency in Infants: A Systematic Review and Analysis of 292 Cases Published between 1962 and 2022. Nutrients. 2023; 15: 4960. Disponible en: https://doi.org/10.3390/nu15234960.

Point of care: ¿lo necesitas o no?

María Domínguez Villoria*, Cristina García Ribera**, Josep Marés Bermúdez***

***Pediatra de Atención Primaria. CS Casto Prieto. Salamanca. SACYL. Miembro TECDIAP - **Pediatra de Atención Primaria. CS Magdalena. Valladolid. SACYL. Miembro TECDIAP - ***Instituto Pediátrico Marés Riera. Blanes. Gerona. Miembro TECDIAP**

Objetivos

- Mostrar tecnología *point of care* para la consulta de pediatría de Atención Primaria (AP) y Extrahospitalaria en *screening* de ambliopía, test de diagnóstico etiológico y marcadores biológicos: qué hay disponible, cómo se usa, por qué es necesario.
- Efectividad y necesidad de esta tecnología en nuestras consultas. Experiencia propia.
- Describir escenarios clínicos.

El encuentro constará de tres partes de 20 minutos con 15 minutos de debate posterior.

Será moderado por Ana María Alonso Rubio. Las tres partes serán expuestas por 3 profesionales con el siguiente guion:

- ***Screening* de agudeza visual en niño menor de 3 años mediante autorrefractómetro.** María Domínguez Villoria*. *Guion:* si tenemos optotipos, ¿por qué quiero un autorrefractómetro?, ¿qué mide?, ¿cómo se hace?, ¿puede dar más información?
- **Diagnóstico etiológico mediante test microbiológicos.** Cristina García Ribera**. *Guion:* ¿qué test tenemos? (inmunocromatográficos, amplificación isotérmica). ¿Es necesario un test para VRS? ¿Y para gripe? ¿Qué hay de nuevo? Y si hasta ahora hemos vivido sin ellos, ¿por qué ahora son necesarios?
- **Optimización de tratamiento y seguimiento de neumonías en el niño: marcadores biológicos inflamatorios.** Josep Marés Bermúdez. Instituto Pediátrico Marés Riera***. *Guion:* ¿es necesario diagnosticar la neumonía con una prueba de imagen? Hasta ahora, si clínicamente lo parece, se trata. ¿De qué sirven los marcadores inflamatorios? ¿Qué significan? ¿Son capaces de asegurar etiología vírica y bacteriana? ¿Podemos trabajar sin ellos? ¿Debemos?

COMUNICACIONES ORALES 1

O1-001 — SINUSITIS ETMOIDAL Y CELULITIS POSTSEPTAL COMO COMPLICACIONES DE UN CATARRO DE VÍAS ALTAS

Barangua Gómez-Calero, P.; Becerra Fernández, I.; Rendón Montañés, P.; Lara García, M.; Aguilera Bellido, A.; Borrego Prado, M.; Torres Rico, M.- *Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.*

Conclusiones: La celulitis orbitaria o postseptal (CO) constituye una urgencia oftalmológica debido al riesgo de complicaciones. Suele surgir como complicación de sinusitis por contigüidad, siendo la etmoidal el origen más común. Establecer el diagnóstico diferencial con la celulitis preorbitaria (CP) es fundamental por las implicaciones del diferente pronóstico de la CO por el riesgo de pérdida visual y de extensión intracraneal. Niño de cinco años que acude a urgencias por edema palpebral del ojo derecho, asociando dolor ocular y fiebre de 24 horas de evolución. Previamente había consultado por mismo motivo siendo alta con antibioterapia oral con diagnóstico de celulitis preseptal, sin mejoría. Presentó cuadro catarral en semanas previas. A la exploración destaca edema palpebral del ojo derecho con importante eritema superior e inferior, asociando dolor e induración del saco lagrimal, no fluctuante, sin hiperemia, presenta movimientos oculares conservados, es valorado por oftalmología detectándose diplopía vertical binocular a la infraversión con hipertropia del ojo afecto, se solicita una tomografía computarizada (TC) de órbita en el que se visualiza una celulitis pre y postseptal asociada a sinusitis etmoidal derecha y se decide ingreso con antibioterapia en biterapia junto a corticoides intravenosos, presentando evolución favorable, completando tratamiento durante 6 días. La sinusitis etmoidal es una entidad frecuente en pediatría secundaria a IRVA, su diagnóstico es fundamentalmente clínico y puede ser útil una TC para su confirmación. El tratamiento de elección es la antibioterapia. La CO es una complicación de la sinusitis etmoidal y constituye una urgencia médica. Es fundamental el diagnóstico diferencial de la forma preseptal, siendo síntomas de alerta el dolor ocular, limitación de la movilidad o diplopía, siendo importante la valoración conjunta con oftalmología, estando indicada la prueba de imagen para valorar extensión. Su tratamiento requiere ingreso hospitalario para antibioterapia intravenosa y en casos de mala evolución tratamiento quirúrgico.

O1-002 — TORTÍCOLIS SECUNDARIA A OSTEOMIELITIS CERVICAL

Barangua Gómez-Calero, P.; Rendón Montañés, P.; Lara García, M.; Borrego Prado, M.; Aguilera Bellido, A.; Vargas Pérez, M.; Becerra Fernández, I. - *Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.*

Conclusiones: La osteomielitis cervical (OC) constituye una causa poco frecuente pero grave de tortícolis en pediatría. Debe sospecharse ante una tortícolis persistente asociada a fiebre, limitación importante y dolorosa de la movilidad cervical. La etiología infecciosa es la más habitual. Niña de diez años que acude a urgencias por tortícolis de 11 días de evolución, asocia fiebre desde el día anterior, sin otra clínica referida. En tratamiento con Ustekinumab por enfermedad de Crohn. A la exploración destaca una limitación a la flexo-extensión cervical y a la lateralización bilateral, con adenopatías adyacentes. A nivel analítico leucocitosis con elevación de reactantes de fase aguda (RFA). En la tomografía computarizada (TC) se observa una colección extradural posterior a los cuerpos vertebrales C4-C5, por lo que se decide ingreso hospitalario para estudio y antibioterapia en biterapia intravenosa. Durante su ingreso se realiza una RNM que confirma una osteomielitis cervical con absceso epidural asociado, y se contacta con Neurocirugía para valoración y completar tratamiento. La tortícolis es un motivo de consulta frecuente en Pediatría, habitualmente es secundario a causas benignas y autolimitadas. En ocasiones, es debido a patologías potencialmente graves, por ello es fundamental realizar un adecuado diagnóstico diferencial. La presencia de dolor intenso, fiebre, limitación marcada de la movilidad cervical o persistencia de los síntomas tras el tratamiento habitual debe considerarse un signo de alarma. En estos casos, es necesario descartar posibles causas subyacentes. En el caso de la osteomielitis vertebral la sospecha clínica precoz, los hallazgos analíticos con elevación de reactantes de fase aguda y el apoyo de pruebas de imagen como la RM, permiten establecer un diagnóstico temprano y certero. Un tratamiento antibiótico oportuno disminuye el riesgo de complicaciones como abscesos, afectación medular o secuelas neurológicas.

O1-003 — DE UNA TEMPORADA A OTRA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE MICROORGANISMOS CAUSANTES DE PROCESOS RESPIRATORIOS INGRESADOS DURANTE LOS INVIERNOS DE 2024 Y 2025

Castaño Andreu, E.; Pascual Calvo, M.D.P.; Marinas Plaza, E.; Aguirre Castillo, M.; Camón García, I.; Moreno Romero, D.; Cuesta Redondo, I.; Pérez Goñi, J. - *Hospital Universitario de Guadalajara, España.*

Objeto del trabajo: Las infecciones respiratorias son patologías muy frecuentes durante la infancia. Suponen un importante motivo de consulta y hospitalización, principalmente en menores de 5 años. Su etiología es principalmente vírica. **Material y métodos:** Presentamos un estudio descriptivo cuyo objetivo principal es describir la muestra de pacientes ingresados en nuestro centro con patología respiratoria entre octubre y diciembre de 2024 y 2025, y analizar cuáles fueron los microorganismos causantes de dichas infecciones. **Resultados:** En 2024 hubo 50 ingresos de causa respiratoria, solo 16 % mayores de 5 años. 68 % fueron broncoespasmos, 24 % bronquiolitis y 8 % neumonías. El VRS fue el microorganismo causante de la infección en el 70 % de los casos, y un 6 % fueron coinfecciones de VRS con otros virus (SARS-CoV-2 e *Influenza* B), siendo la mitad de ellos menores de 2 años. No hubo ningún ingresado con Gripe A ni Adenovirus. En 2025 hubo 53 ingresos de causa respiratoria, siendo un 30 % mayores de 5 años. 57 % fueron broncoespasmos, 24 % bronquiolitis y las neumonías aumentaron a un 19 %. El VRS disminuyó a un 37,7 % (siendo el 40 % mayores de 2 años), introduciéndose la Gripe A y el Adenovirus como causantes del 16,9 % y 11 % de los ingresos, respectivamente. Los ingresos por gripe A fueron mayoritariamente mayores de 5 años (55,5 %), sin embargo, los Adenovirus fueron un 83,3 % menores de 2 años. Entre las neumonías, hubo que trasladar a otro centro con UCIP a 3 de los casos, por complicación con derrame para drenaje pleural. **Conclusiones:** En 2024 el virus mayoritario fue el VRS, mientras que en 2025 se redujo a la mitad, por aumento de casos de Gripe A y Adenovirus. La media de edad de los ingresados fue mayor. Hubo un 19 % de neumonías (solo 8 % en 2024), de las cuales 3 requirieron traslado por complicaciones.

O1-004 — LINFADENOPATÍA CERVICAL GRANULOMATOSA EN PEDIATRÍA: DOS INFECCIONES, UNA MISMA ENCRUCIJADA DIAGNÓSTICA

Ibáñez Rubio, S.; Jarauta Sánchez, I.; Brizuela Delgado, J.; García de la Cruz, M.; Altuzarra Foncea, Y.; Alquézar Yus, P.; Ortega Asensio, M.; Puig Ortega, I.; De Prado Durante, C.; Antolín Villaverde, R. - *Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España.*

Conclusiones: Presentamos una serie de dos pacientes pediátricos previamente sanos con linfadenopatía cervical granulomatosa de etiología infecciosa y curso evolutivo complejo. **El primer caso** correspondió a un varón de 10 años que inició fiebre recurrente y eritema nodoso pretibial bilateral, con posterior desarrollo de adenopatía laterocervical progresiva y elevación mantenida de reactantes de fase aguda. **El segundo caso** correspondió a un varón de 4 años que debutó con adenopatía cervical unilateral de crecimiento progresivo, asociando empeoramiento clínico y radiológico durante el tratamiento etiológico. Ambos pacientes mantuvieron buen estado general durante la mayor parte de la evolución. En el primer caso se objetivó eritema nodoso asociado a conglomerado adenopático laterocervical de hasta 5 cm, indurado y poco doloroso.

El segundo presentó adenopatía cervical fluctuante y dolorosa, sin compromiso de la vía aérea ni limitación funcional cervical. Las pruebas analíticas mostraron elevación persistente de proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular, sin alteraciones hematológicas relevantes. La ecografía cervical evidenció adenopatías con pérdida de la arquitectura hiliar y áreas de necrosis intraganglionar. La punción aspirativa con aguja fina y el estudio anatomopatológico fueron compatibles con linfadenitis granulomatosa necrotizante en ambos casos. El estudio microbiológico permitió identificar infección por *Bartonella henselae* en el primer paciente, con buena respuesta a azitromicina. En el segundo caso se confirmó tuberculosis ganglionar por *Mycobacterium bovis*, presentando reacción paradójica durante el tratamiento antituberculoso, tras descartar fracaso terapéutico, resistencia o incumplimiento, con manejo conservador y evolución favorable. La linfadenopatía cervical granulomatosa representa un reto diagnóstico en Pediatría debido a la importante superposición clínica, radiológica e histológica entre distintas entidades infecciosas e inflamatorias. La interpretación evolutiva del cuadro clínico y la integración de los hallazgos microbiológicos y anatomopatológicos resultan determinantes para alcanzar el diagnóstico etiológico y orientar el tratamiento.

O1-005 — ADENITIS CERVICAL CRÓNICA EN LA INFANCIA: PACIENTE CON SOSPECHA DE MICOBACTERIA NO TUBERCULOSA

Rubio Guzmán, J.; Molina Molina, M.D.C.; Requejo Pulido, A.; Vera Yuste, I.; Ribas Redondo-Berdugo, M.; Tixi Tapia, G. - *Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Oviedo, Asturias, España.*

Introducción: Las adenitis cervicales subagudas o crónicas en la edad pediátrica son un motivo frecuente de consulta. Entre sus causas, las micobacterias no tuberculosas (MNT) representan una etiología relevante en menores de cinco años. Suelen presentarse como adenopatías unilaterales, de crecimiento progresivo, indoloras y con escasa respuesta a antibioterapia convencional. El diagnóstico diferencial con tuberculosis ganglionar requiere la integración de hallazgos clínicos y microbiológicos. **Caso clínico:** Niño de 2 años y 7 meses de edad con adenopatía cervical izquierda de un mes de evolución, de crecimiento progresivo y coincidente con un episodio inicial de otitis media aguda. Recibió varios ciclos de antibioterapia (amoxicilina/clavulánico y azitromicina) con respuesta parcial transitoria. A la exploración presentaba adenopatía submandibular/laterocervical izquierda de hasta 4 cm, firme, móvil, no dolorosa, sin fiebre ni clínica sistémica, con buen estado general y adecuada ganancia ponderoestatural. La analítica mostró hemograma y bioquímica sin alteraciones relevantes y reactantes de fase aguda bajos. Serologías negativas para virus de *Epstein-Barr* y citomegalovirus. *Bartonella henselae* con IgG baja positiva e IgM negativa. Prueba de la tuberculina positiva (12 mm) e IGRA (*Interferon-Gamma Release Assay*) negativo. Radiografía de tórax sin hallazgos patológicos. Ecografía cervical compatible con adenitis inflamatoria sin complicaciones. Ante la sospecha de MNT se inició tratamiento empírico con azitromicina y ciprofloxacino, y se derivó a cirugía plástica para valoración de exéresis quirúrgica, manteniendo seguimiento por servicio de infectología pediátrica. **Conclusiones:** La adenitis cervical subaguda unilateral sin síntomas sistémicos, con PPD (prueba de la tuberculina) positiva e IGRA (*Interferon-Gamma Release Assay*) negativo, debe hacer sospechar infección por micobacterias no tuberculosas. El diagnóstico es principalmente clínico y el manejo debe ser multidisciplinar, siendo la exéresis quirúrgica el tratamiento de elección en casos seleccionados.

O1-006 — SÍNDROME DE GRISEL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ammari López, A.; Álvarez Martínez, E.; Esquiva Soto, S.; Sánchez Hernández, M.; Taleb Ngadi, Y.; Cobacho Pérez, C.; Saura Pérez, I.; Carrillo Huertas, M.; Navarro Gómez, M.; Casas Ruiz, C. - *Hospital Santa Lucía de Cartagena, Murcia, España.*

El síndrome de Grisel es una entidad poco frecuente caracterizada por subluxación rotatoria no traumática del segmento atlantoaxial (C1 sobre C2), generalmente inducida por procesos inflamatorios o infecciosos del área orofaríngea o intervenciones en áreas de cabeza y cuello. El diagnóstico suele ser clínico aunque precisa de confirmación mediante técnica de imagen, siendo el *gold standard* el TC. El tratamiento suele ser conservador salvo en casos con inestabilidad grave o fracaso del tratamiento. **Caso clínico:** Escolar, mujer, de 6 años con fiebre de hasta 39.5º de 4 días de evolución, asociando síntomas de cuadro catarral. A los dos días de evolución del cuadro, comienza con dolor cervical derecho con imposibilidad para la movilidad hacia ese lado. A la exploración destaca contractura del esternocleidomastoideo derecho con limitación dolorosa de la rotación ipsilateral, sin otros hallazgos de interés. Se decide ingreso para estudio y tratamiento del cuadro. Durante las primeras 24 horas de ingreso persiste la fiebre, aparece otorrea de oído izquierdo y desarrollo de trismus. Ante la tortícolis marcada y el riesgo de abscesos profundos, se solicita TAC cervical con contraste, que muestra ligero desplazamiento de C1 sobre C2, sugiriendo síndrome de Grisel. Se modifica la terapia antibiótica y se inicia metilprednisolona IV, con evolución clínica favorable. **Discusión:** El síndrome de Grisel se trata de una complicación rara de procesos infecciosos otorrinolaringológicos, con menos frecuencia en el origen ótico. Puede presentar consecuencias graves como la compresión de la médula espinal, la tetraplejía e incluso la muerte. Se trata de una entidad diagnóstica que hay que tener presente como diagnóstico diferencial en los diferentes tipos de tortícolis. En este caso clínico se evidencia la evolución favorable sin cirugía, lo que refuerza la importancia del diagnóstico precoz, el tratamiento antibiótico dirigido y el abordaje multidisciplinar.

O1-007 — MUCOSITIS ORAL GRAVE Y EXANTEMA VESICULOSO PROGRESIVO EN UNA ADOLESCENTE: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTES DE INICIAR CORTICOTERAPIA SISTÉMICA

Rodríguez Capitán, R.[1,2]; Mangone, M.[2]; Reveóon, J.[2]; Ruiz Yépez, M.E.[2]; Manzanares, P.[2]; Novak, S.[2]; Sánchez Calderón, A.[2]. - [1]*HM Sanchinarro y Tres Cantos, Tres Cantos, Madrid, España;* [2]*HM Sanchinarro, Madrid, España.*

Introducción: Las infecciones por herpesvirus: virus varicela-zóster (VVZ) y virus herpes simple (VHS), pueden debutar como mucositis oral grave precediendo la aparición del exantema vesicular. Presentamos caso de niña de 12 años, antecedente de varicela (14 meses de edad) y sin vacunación posterior frente a VVZ. Consultó por cinco días de mucositis oral progresiva con lesiones ulceradas y vesiculosas en cavidad oral, labios. Disminución de la ingesta. **Exploración física:** edema labial marcado, eritema intenso y múltiples lesiones ulcerocostrosas perioorales, mucosa yugal y cara interna labial. Signos de flogosis hemicara derecha hasta región periorbitaria inferior. Adenopatías submaxilares significativas, laterocervicales bilaterales y axilares derechas. Escasas lesiones vesiculosas cervicales y dorsales, sin afectación palmoplantar ni genital. **Exploraciones complementarias:** leucocitos 12.500/µL, neutrófilos 9.800/µL, linfocitos 2.100/µL, monocitos 600/µL, plaquetas 345.000/µL y proteína C reactiva 10 mg/L (valor de referencia <5 mg/L). Función renal, hepática e iones sin alteraciones. Hemocultivos negativos. Serología: IgM VVZ positiva 45, IgM VHS 1 positiva 25, IgM VHS 1-2 positiva 20; IgG VVZ negativa, IgG VHS negativa. Tratamiento previo (48 horas) con prednisolona oral 1,5 mg/kg/día e ibuprofeno 7 mg/kg/dosis cada 8 horas. **Tratamiento al ingreso:** aciclovir 15 mg/kg cada 8 horas, ceftriaxona 2 gramos cada 24 horas y analgesia intravenoso (5 días). **Evolución:** Afebril a las 48 horas. Nuevas lesiones vesiculosas en párpados y tronco, evolución a costra de las previas y disminución de celulitis facial. Alta médica: aciclovir 200 mg cada 6 horas (2 días). Evolución clínica favorable. Es relevante el reconocimiento precoz de las formas atípicas de infección por herpesvirus (especialmente VVZ). Su consideración en el diagnóstico diferencial de la mucositis pediátrica es esencial, permitiendo instaurar tratamiento antiviral específico y precoz. La corticoterapia sistémica no está indicada y no ha demostrado beneficio clínico en este contexto.

O1-008 — MODIFICACIONES EN EL PERFIL CLÍNICO DEL VRS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE NIRSEVIMAB, ¿MENOS BRONQUIOLITIS O MÁS PATOLOGÍA EN NIÑOS MAYORES?

Bernabéu Fernández de Liencres, M.; Ros Gracia, R.; Torres Aceituno, R. - *Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.*

Objeto del trabajo: La bronquiolitis por virus respiratorio sincitial (VRS) es causa relevante de hospitalización en lactantes. La introducción de la inmunización con nirsevimab podría haber modificado el patrón hospitalario de esta infección. El objetivo fue comparar las características clínicas, epidemiológicas y asistenciales de pacientes pediátricos con VRS en dos temporadas. **Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y comparativo de pacientes menores de 14 años con infección por VRS confirmada microbiológicamente en el Hospital Universitario Reina Sofía durante las temporadas 2022–2023 y 2024–2025. Se analizaron variables demográficas, diagnóstico, estado de inmunización, hospitalización, ingreso en unidad de cuidados intensivos, oxigenoterapia y soporte nutricional. **Resultados:** Se incluyeron 475 pacientes: 371 en 2022–2023 y 104 en 2024–2025. En la segunda temporada se observó una reducción de casos confirmados atendidos y un desplazamiento hacia pacientes de mayor edad, con aumento de la edad media de 10,66 a 17,09 meses ($p < 0,001$). La proporción de bronquiolitis disminuyó del 63,6 % al 26,9 % ($p < 0,001$), mientras que las infecciones respiratorias bajas aumentaron del 17,5 % al 46,2 % ($p < 0,001$). También se observó una reducción significativa del ingreso en UCIP y del uso de sonda nasogástrica, sin diferencias en duración del ingreso ni oxigenoterapia. **Conclusiones:** Se observa un cambio en el perfil clínico y asistencial de la infección por VRS tras la introducción de nirsevimab, con menos casos, desplazamiento hacia mayor edad y menor utilización de recursos hospitalarios.

O1-009 — LA RODILLA QUE ENGAÑÓ AL CLÍNICO: BURSITIS PRERROTULIANA INFECCIOSA EN EDAD PEDIÁTRICA

Fraile Manzano, M.I.[1]; Sánchez Mengíbar, H.[1]; Redondo Aparicio, S.[1]; Corral Bote, A.[1]; De Felipe Pérez, M.[2]; Alfaro González, M.[1]; Bartolomé Cano, M.L.[1]; Moriana Río, N.[1]; Gómez Menduiña, J.[1]; Garrote Molpeceres, R.[1] - [1]*Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España;* [2]*Hospital Medina del Campo, Valladolid, España.*

Anamnesis: Paciente mujer de 8 años, natural de República Dominicana, residente en España desde hace tres meses. Tetraparesia espástica con trastorno de la marcha (marcha en gateo y con apoyo), con discapacidad intelectual moderada y episodios paroxísticos no filiados por el momento en tratamiento con oxcarbazepina. Acude a urgencias derivada desde su Centro de salud por inflamación de rodilla izquierda de cinco días de evolución. Refiere una lesión inicial macular, posteriormente costrosa, con dolor, tumefacción e impotencia funcional progresiva. Sensación distérmica sin fiebre termometrada en domicilio. **Exploración física:** Al ingreso presentaba buen estado general, afebril y hemodinámicamente estable. En la rodilla izquierda se objetivó edema, eritema, aumento de temperatura local y dolor intenso, con lesión costrosa infrarrotuliana lateral de aproximadamente 20 × 21 mm. Mantenía postura antiálgica e imposibilidad para la extensión completa por dolor. Inflamación de la rodilla contralateral, sin otros hallazgos patológicos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha inicial de artritis séptica se realizó artrocentesis, sin obtención de líquido articular. Los hallazgos clínicos, analíticos y ecográficos orientaron el diagnóstico hacia celulitis de rodilla izquierda asociada a bursitis prerrotuliana infecciosa, probablemente favorecida por una lesión cutánea como puerta de entrada y por microtraumatismos repetidos secundarios a la marcha habitual a gatas. Se instauró tratamiento con cefazolina intravenosa (100 mg/kg/día) durante nueve días, observándose mejoría clínica progresiva, normalización de los parámetros inflamatorios y ausencia de complicaciones. El hemocultivo resultó negativo. Al alta, se pauta antibioterapia oral con amoxicilina-clavulánico hasta completar catorce días de tratamiento. **Conclusiones:** La bursitis prerrotuliana infecciosa asociada a celulitis puede simular una artritis séptica en pacientes pediátricos con limitación funcional importante. La ecografía articular constituye una herramienta fundamental para el diagnóstico diferencial y para evitar procedimientos invasivos innecesarios. El tratamiento antibiótico precoz permitió una evolución favorable sin afectación articular ni secuelas funcionales.

COMUNICACIONES ORALES 2

O1-010 — LESIONES PAPULARES ANALES ¿CÓMO HACER EL DIAGNÓSTICO?

Giraldo Lora, S.C. - *CAP El Serral Sant Vicenç dels Horts - Barcelona, España.*

Anamnesis: Niño de 3 años que consulta por presentar lesiones anales desde hace 3 días que no duelen pero han aumentado en número, aún usa pañal. **Examen físico:** tiene lesiones papulares alrededor del ano con eritema en la base, no hay fisuras anales Estreptotest: negativo. **Diagnóstico:** Dermatitis papulonodular perianal o *Perianal pseudoverrucous papules and nodules* (PPPN) Análisis: se considera buena higiene de zona anal, crema reparadora y control en 1 semana. A la semana siguiente mejoría de las lesiones. **Discusión:** Son lesiones papulares o nodulares verrugosas húmedas y maceradas con base intensamente eritematosa (inflamación), localizadas en la zona perianal, genital y glútea. Pueden haber erosiones, exudado e irritación importante. Frecuentemente asociado a diarrea crónica, dermatitis del pañal severa, incontinencia, contacto prolongado con heces u orina, ostomías o irritación persistente. Fisiopatología: Dermatitis irritativa por daño crónico de barrera cutánea. La humedad y el pH fecal son claves. **Tratamiento:** Corregir la causa irritativa. Protección cutánea intensiva: óxido de zinc, barreras y control de humedad. **Diagnósticos diferenciales:** QDAI Queratosis digitada anogenital infantil "Seca". Queratósica Pequeña Digitiforme. Poco inflamada PPPN. Dermatitis papulonodular perianal "Húmeda". Macerada Inflamatoria Irritativa. HPV. Virus Herpes. Exofítica Irregular. Coliflor. Estreptococo. Rojo brillante. Doloroso. Bien delimitado. Cándida Pliegues + satélites Si la lesión se ve… Pensar primero en… Roja plana. Dermatitis irritativa Roja con satélites. Cándida Roja brillante dolorosa. Estreptococo Seca y queratósica. QDAI Húmeda y macerada PPPN. Tipo coliflor HPV. Umbilicada. Molusco. Grieta lineal. Fisura. Bulto doloros.o Absceso.

O1-011 — COMPLEJIDAD DIAGNÓSTICA DE UNA ERITRODERMIA INFANTIL

Francés Bataller, I.; Hernán Sanz, M.; Infante Sedano, A.; Morata Alñba, J.; Podio Calderón, C.; Edo Alegre, L.; Escolano Serrano, S.; Peris Peris, A.; Gómez Fornell, R.; Peñalba Vidal, B. - *Hospital Lluis Alcanyis, Xàtiva, Valencia, España.*

Anamnesis: Niña de 10 años que acude por empeoramiento de lesiones cutáneas a pesar de tratamiento, malestar general, sensación distérmica y edema en piernas. Inicialmente lesiones cutáneas eritemato-descamativas en tronco que impresionaban de impétigo. Sin alteraciones analíticas y biopsias cutáneas compatibles con impétigo. Se completó amoxicilina-clavulánico y corticoide orales 1 semana. Ante ausencia de mejoría, ingresó para antibioterapia endovenosa con cloxacilina, con mejoría de lesiones pero persistiendo eritrodermia. **Exploración clínica:** Eritrodermia con descamación ictiosiforme con afectación facial, genital, palmoplantar y flexuras (> 95 % superficie corporal) con Nikolsky positivo. Eritema y descamación en mucosa oral, sin afectación ocular. Uñas respetadas. Edema en miembros inferiores con fóvea. Resto de exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Complejo diagnóstico diferencial entre infecciones (impétigo contagioso o piel escaldada estafilocócica), enfermedades autoinmunes ampollosas (pénfigos), enfermedades descamativas (psoriasis o eccema atópico grave). Analítica sanguínea con hipoalbuminemia (compatible con síndrome pierde-proteína por extensa afectación cutánea), anemia ferropénica e inmunoglobulinaE 4081 UI/m. Inmunología positiva para antidemogleina-1. Serologías negativas. Orina normal. Nueva biopsia cutánea, semanas después de la previa, compatible con pénfigo vulgar foliáceo. Hemocultivo positivo para *Staphylococcus aureus* meticilinresistente. Durante el ingreso se inicia corticoterapia

oral y posteriormente rituximab. Se añade antibioterapia empírica y se ajusta según antibiograma. Además, duchas de clorhexidina y ungüentos. Mejoría a nivel cutáneo, aumentando áreas de piel sana. Negativización progresiva de Nikolsky. Actualmente en seguimiento por pediatría y dermatología. Actualmente tratamiento con dupilumab dada recaída durante la retirada de corticoides y *cushing* iatrogénico. **Conclusiones:** Importancia del diagnóstico diferencial ante eritrodermia refractaria descartando todas las etiologías. Es primordial realizar biopsias cutáneas, en ocasiones varias espaciadas en el tiempo para un diagnóstico definitivo.

O1-012 — UN BAÑO CON SORPRESA

Huerta Valera, N.[1]; Patricio Lloret, J.[1]; Soria Robles, I.[1]; Chumillas Rodríguez, A.[1]; Atienzar Gallego, R.[2]; Dabad Moreno, M.J.[1]; Jiménez Serrano, A.[1].- [1]*Hospital General de Albacete, España;* [2]*CS Tarazona de la Mancha, Albacete, España.*

Introducción: Las consultas dermatológicas son unas de las principales demandas que encontramos en el día a día en atención primaria. Además, muchos de los diagnósticos se hacen de manera clínica, basándose en los síntomas del paciente así como en los antecedentes, con lo que la anamnesis y la exploración física cobran una gran importancia. **Caso clínico:** Presentamos el caso de una niña de 7 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, que acude a consulta por inicio hace 24 horas de lesiones pruriginosas en tronco, raíz de miembros inferiores, pubis y región glútea. Niega relación con ingesta de alimentos ni antecedentes de contacto con animales ni vegetación. Como dato de interés cuenta haber estado hace 72 horas en una parcela familiar y haberse bañado en la piscina. Niegan fiebre ni clínica infecciosa intercurrente. A la exploración física destaca exantema principalmente papuloso sobre base eritematosa, presentando en algunas una pústula central. Se encuentran principalmente en tronco, región glútea y pubis. No presentan signos de sobreinfección. Se decide recoger cultivo de las lesiones, así como actitud expectante, con control clínico en 3 días. Se inicia además tratamiento sintomático con antihistamínicos orales. Finalmente, en el cultivo recogido creció *P. Aureginosa*. A los 3 días la paciente presentaba menor cantidad de lesiones, aunque con inicio de sobreinfección local en algunas, precisando tratamiento antibiótico tópico, con adecuada evolución. **Comentarios:** La foliculitis por *P. aeruginosa* se asocia comúnmente con exposición a piscinas, saunas y jacuzzis. Aproximadamente el 60 % de las piscinas y jacuzzis pueden albergar esta bacteria. Clínicamente, se caracteriza por pápulas y pústulas foliculares eritematosas que se desarrollan entre 8 horas y 5 días después de la exposición al agua contaminada. A menudo se asocia con prurito y dolor variable. Esta afección suele ser autolimitada, con resolución espontánea en un plazo de 7-14 días.

O1-013 — CUANDO LA PIEL HABLA

Suárez Abella, M. -
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.

Anamnesis: Varón de 7 años, previamente sano, que debuta con un exantema facial progresivo, refractario a corticoterapia tópica y con posterior extensión a las manos. Semanas después asocia debilidad muscular proximal manifestada como dificultad para subir escaleras. Posteriormente, presenta un episodio de fiebre elevada y clínica respiratoria que motiva consulta, interpretado como un cuadro infeccioso intercurrente. **Exploración física:** Destaca exantema en heliotropo (eritema y edema palpebral bilateral) y pápulas de Gottron en manos, codos y rodillas, lesiones patognomónicas de la enfermedad. Presenta además eritema periungueal. La valoración del aparato locomotor evidencia debilidad muscular de predominio proximal y simétrico que compromete las cinturas escapular y pélvica, así como la musculatura axial. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Las analíticas seriadas mostraron elevación de enzimas de daño muscular con rápido descenso posterior. El panel de anticuerpos específicos de miositis (incluyendo anti-MDA5) resultó negativo. La resonancia magnética corporal total confirmó la afectación miopática asimétrica en miembros y esqueleto axial. El ecocardiograma, electrocardiograma y examen oftalmológico fueron normales. Con diagnóstico de dermatomiositis juvenil (DMJ), y siguiendo la guía SHARE, se ingresó al paciente para inicio de tratamiento: bolos de metilprednisolona a dosis altas, seguidos de corticoterapia intravenosa por intolerancia oral, inmunoglobulina intravenosa y metotrexato subcutáneo. Se añadió hidroxicloroquina ambulatoria, logrando la recuperación completa de la fuerza y resolución de las lesiones. **Conclusiones:** La DMJ es una vasculopatía sistémica autoinmune mediada por interferón tipo I. A diferencia de la forma del adulto, no es paraneoplásica y tiene mejor pronóstico, aunque asocia más calcinosis. Este caso demuestra que el reconocimiento precoz y un abordaje terapéutico enérgico es crucial para controlar la actividad inflamatoria, prevenir complicaciones graves y alcanzar la remisión completa.

O1-014 — DERMATOFITOSIS POR *TRICHOPHYTON INDOTINEAE*: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Soler Simón, J.A.[1]; Acosta, J.[2]; Pérez-Ayala Balzola, A.[2]; Rubinacci, V.[2]; Villaverde, S.[2]; Tarín Vicente, E.[2]. - [1]*CS Abrantes, Madrid, España;* [2]*Hospital 12 de Octubre, Madrid, España.*

Introducción: Las dermatofitosis por *T. indotineae* suponen un reto diagnóstico y terapéutico por su similitud fenotípica con otras especies de *Trichophyton*, además de por su alta contagiosidad y su resistencia a antifúngicos como terbinafina o itraconazol. **Anamnesis:** Presentamos el caso de un varón de 5 meses, sano, con padres naturales de Bangladesh, que presenta lesiones cutáneas compatibles con tiña *corporis*. Como contacto estrecho, su madre (26 años, sana) fue diagnosticada en la semana 26 de gestación de una tiña *cruris* y *corporis* extensa por *T. indotineae* (diagnóstico por secuenciación molecular) con dermatofítide. Como tratamiento, la madre realizó un ciclo de 2 meses de posaconazol oral tras fracaso de itraconazol oral, con buena respuesta. **Exploración física:** Presenta lesiones cutáneas en el brazo izquierdo y región frontal, descamativas, anulares, con crecimiento centrífugo, sin aclaramiento central, compatibles con tiña *corporis* y *faciei* (respectivamente). No presenta otras lesiones cutáneas y el resto de la exploración física es normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se tomó muestra de la lesión braquial (cultivo negativo). Sin embargo, ante el antecedente materno y el contacto estrecho, se estableció el diagnóstico clínico de tiña *corporis* y *faciei* (etiología probable: *T. indotineae*). Tras un mes de tratamiento con itraconazol oral (uso compasivo aprobado) no presentó mejoría, y se solicitó uso compasivo para posaconazol oral. Tras 6 semanas de posaconazol, las lesiones desaparecieron. **Conclusiones:** El caso ilustra la transmisión de *Tricophyton indotineae* por contacto estrecho madre-hijo. Ante una tiña en un niño procedente del subcontinente indio debe considerarse esta etiología, dado el número creciente de casos. El diagnóstico requiere confirmación molecular. La mayoría de aislamientos presenta resistencia a terbinafina y la respuesta a itraconazol puede ser insuficiente. En estos casos, posaconazol representa una alternativa eficaz en forma de uso compasivo, aunque los datos de seguridad fuera de ficha técnica son limitados.

O1-015 — SARNA CON GUSTO NO PICA

Fekete López, E.[1]; Ortega Macías, M.[1]; Vilches Fraile, S.[1]; González Arranz, M.J.[1]; Segovia Molina, I.[2]. - [1]*Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España;* [2]*CS Huerta del Rey, Valladolid, España.*

Anamnesis: Se presenta el caso de un lactante de 4 meses que consulta por brotes de lesiones pustulosas-nodulares en el dorso de los pies, de un mes y medio de evolución. Afebril sin otra clínica infecciosa concomitante. Había recibido tratamiento con antibioterapia tópica con mupirocina y ácido fusídico tópicos sin mejoría, así como oral con amoxicilina. Además, había sido valorado por dermatológo con diagnóstico de sarna y realizado tratamiento con permetrina tópica sin mejoría. Sin antecedentes personales relevantes de interés, salvo dermatitis atópica. En la unidad familiar existía antecedente de brote de sarna tres meses antes, que se resolvió tras tratamiento con vaselina azufrada del lactante y de los padres con permetrina tópica. En el momento de la consulta padres asintomáticos sin lesiones similares ni relacionadas con sarna. **Exploración física:** Lesiones vesiculo-pustulosas en dorso de ambos pies. Resto del cuerpo sin lesiones, exploración física por aparatos normal. **Procedimientos**

diagnósticos y terapéuticos: En este contexto se estableció el diagnóstico de acropustulosis del lactante y se mantuvo actitud expectante hasta la resolución total de la clínica, un mes después. **Conclusiones:** En lactantes la presencia de vesículas o pústulas en palmas y plantas es típico de la escabiosis, lo que plantea el diagnóstico diferencial con la acropustulosis del lactante. Esta última cursa con brotes de pápulas eritematosas que evolucionan a vesículas o pústulas, muy pruringinosas, que se vuelven costrosas a los pocos días. Su etiopatogenia no está claramente establecida, aunque se ha vinculado con la escabiosis, dado que muchos brotes van precedidos de esta afección. Es frecuente su asociación con la dermatitis atópica. Los datos clave para sospecharlo y diferenciarlo de la escabiosis son: lesiones pustulosas abundantes de distribución predominantemente acral, falta epidemiología familiar para escabiosis y fallo de tratamientos para la misma en un paciente con escabiosis previa.

O1-016 — UN EXANTEMA INFRADIAGNOSTICADO

Rodríguez Torrubia, M.J.; Montalbán Montalbán, B.; Pardo de Manuel, A.; de Lázaro Ramírez, I. - *HUSC, Santiago de Compostela, A Coruña, España.*

Conclusiones: La urticaria multiforme o urticaria anular aguda, es una reacción de hipersensibilidad alérgica mediada por histamina. Se presenta como habones de rápido crecimiento que a diferencia de la urticaria aguda clásica, forman placas eritematosas evanescentes con coloración violácea central y tienen morfología anular. Las lesiones individuales duran menos de 24 horas y pueden afectar a cualquier zona. Cursan con prurito, y para diferenciarla de otros exantemas (principalmente eritema multiforme y urticaria vasculitis) no hay afectación de las mucosas ni del estado general. El cuadro se resuelve sin dejar pigmentación residual. Su etiología es desconocida. Puede asociarse a infecciones (micoplasma, adenovirus, estreptococo…), medicamentos (amoxicilina, cefalosporinas, macrólidos, paracetamol, furazolina) y vacunas. El virus herpes simple no se ha relacionado con la urticaria multiforme, aunque sea el virus más frecuentemente asociado al eritema multiforme. Dado su carácter benigno y autolimitado es importante reconocer los síntomas y signos para evitar pruebas innecesarias. Se presenta un caso clínico que acudió a la consulta de Atención Primaria: Preescolar de 2 años, sin antecedentes de interés, valorado hace unos días por fiebre de 38,5 °C y clínica de odinofagia. Alimentación con lactancia artificial sin introducir nuevos alimentos. A la exploración se objetiva hiperemia faríngea sin exudado. Se realiza test de diagnóstico rápido de *Pyogenes* con resultado positivo y se inicia amoxicilina a 50 mg/kg/día. Tras cuatro días de tratamiento, consulta por lesiones urticariformes generalizadas e intensamente pruriginosas, evanescentes, anulares, algunas con centro equimótico. Se suspendió tratamiento antibiótico por sospecha de exantema medicamentoso. Vuelve a los días por persistencia de las lesiones y haberle notado edema en manos y pies. No tiene afectación de las mucosas, tampoco articular ni del estado general. Se indica hidroxicina oral y prednisolona a dosis de 1 mg/kg/día, con una desaparición paulatina de las lesiones en 5 días.

O1-017 — LESIONES VIOLÁCEAS EN EL NIÑO: APRENDER A NO ASUSTARSE

Sus Usero, J.; Andrés Blanco, L.; Montejo Marcos, B.; Escobar Hernaiz, B.; Balbuena Mejías, Y.; Molano Acosta, M.; Rodríguez Morán, C.; Martín Galán, E.; Izquierdo García, I.; García Sánchez, M. - *Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, España.*

Las lesiones cutáneas con componente violáceo en el niño generan gran alarma clínica, planteando diagnósticos diferenciales como eritema multiforme, vasculitis o síndrome de Stevens-Johnson. La urticaria multiforme (UM) es una entidad benigna y autolimitada, más frecuente en menores de 5 años, caracterizada por placas urticariales anulares o arciformes con aclaramiento central y ocasional tono violáceo, evanescentes y migratorias, sin afectación de mucosas ni necrosis epidérmica. Su desencadenante más habitual son las infecciones víricas, aunque también puede asociarse al uso de fármacos. **Anamnesis:** Varón de 2 años con antecedente de dermatitis atópica. Acude a Urgencias tras completar hace 48 horas un ciclo de amoxicilina por otitis media aguda, presentando exantema habonoso generalizado, evanescente y pruriginoso, con tonos violáceos en extremidades inferiores, respetando palmas, plantas y cuero cabelludo. Asocia fiebre (38,2 °C), llanto afónico y tos. Posteriormente presenta otro episodio de menor intensidad a los 2 meses, tras segundo ciclo de amoxicilina. **Exploración física:** Buen estado general. TEP estable. Eupneico, sin estridor laríngeo ni trabajo respiratorio. Auscultación cardiopulmonar normal. Exantema eritematoso habonoso anular con aclaramiento central, halo eritematoso periférico y tono violáceo-equimótico en piernas, evanescentes y migratoria. Sin petequias, vesículas, ampollas, signo de Nikolsky negativo ni afectación de mucosas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se contacta con dermatología que coincide con el diagnóstico clínico de urticaria multiforme y laringitis aguda leve. Se indica tratamiento con dexametasona, ibuprofeno y desloratadina, con resolución en 72 horas. Se realiza estudio alergológico posterior: pruebas cutáneas con betalactámicos negativas y prueba de provocación oral con amoxicilina negativa. **Conclusiones:** La UM es una entidad benigna que no debe confundirse con cuadros más graves en su diagnóstico diferencial, que presentan sintomatología similar pero pronóstico muy variable. Su reconocimiento evita estudios innecesarios y el uso de tratamientos erróneos.

O1-018 — MACHAS TIPO "CABRITILLAS" Y ALGO MÁS

Fraile Manzano, M.I.[1]; Mena Huarte, M.J.[2]; Garrote Molpeceres, R.[1]; Castanedo Ruiz, I.[1]; Maté Real, Á.[1]; Alfaro González, M.[1]; Mateos Mayo, A.[1]; Campos Domínguez, M.[3]; Galbán De Marcos, E.[1]; García González, I.[1]. - [1]*Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España;* [2]*CS Olmedo, Valladolid, España;* [3]*Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.*

Anamnesis: Niña de 3 años que consulta por lesiones vasculares extensas en extremidad inferior derecha. Las objetivan principalmente en invierno y les recuerdan a "las cabritillas" que aparecen en niños con fiebre. Ausencia de traumatismos. Antecedentes personales: Prematuridad de 36 semanas de edad gestacional, parto vaginal. Sin otros antecedentes de interés. **Exploración física:** Somatometría: Peso: 18,9 kg (p48). Talla: 110 cm (p50). IMC: 15,62 kg/m^2 (p48). Tensión arterial: Sistólica: 106 mmHg (p89). Diastólica: 67 mmHg (p87). Máculas reticuladas de color rojo claro extendidas por toda la pierna derecha. Discreta afectación parcheada de brazos y escápula izquierda. Signo de la sandalia bilateral. Leve sindactilia bilateral de dedos 2º-3º. Dismetría de extremidades inferiores (+0.5 cm a favor de la derecha). Circometría: 1,5 cm mayor en muslo y 1 cm en gemelo derechos. No asimetría facial ni macrocefalia. Resto normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante sospecha de síndrome de sobrecrecimiento asociado a mutaciones del gen PIK3CA se solicitan pruebas complementarias. Analítica sanguínea con estudio de autoanticuerpos asociado a vasculitis: normal, autoanticuerpos negativos. Estudio coagulación: normal. Biopsia cutánea para estudio genético: Variante patológica en el gen PIK3CA: c.1030G > A, p.Val344Met, con una frecuencia alélica del 10 %. Valoración neurológica y ocular: normal. Ecografía abdominal: sin lesiones asociadas. **Conclusiones:** El síndrome de sobrecrecimiento ligado a PIK3CA incluye varios síndromes genéticos con excesivo crecimiento de varias partes del cuerpo asociados a mutaciones del gen PIK3CA, implicado en la regulación del crecimiento, división y supervivencia celular. Se deben a mutaciones en mosaico somático. Este gen codifica la proteína p110α, produciendo una enzima PI3K anormalmente activa provocando crecimiento anormal óseo, vascular y de tejidos blandos. Se relaciona con amplio espectro fenotípico, pudiendo incluir malformaciones cerebrales. Se ha vinculado con tumor de Wilms. En su diagnóstico es fundamental realizar biopsia con estudio genético en tejido.

O1-019 — PICADURA PERSISTENTE: UN DIAGNÓSTICO INESPERADO

García Cobarro, L.[1]; Pardo Ruiz, E.[2]; Almansa García, A.[2]; Vidal Vidal, T.[2]; Pozo Vicente, L.[1]; Quílez Cuartero, C.[1]; Sánchez Candela, M.[1]; Giménez Arias, E.[1]; Navarro Salmerón, Z.[1]; Álvarez García, A.[1]- [1]*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España;* [2]*CS Cabezo de Torres, Murcia, España.*

Introducción: La leishmaniasis cutánea (LC) es una zoonosis parasitaria causada por protozoos del género Leishmania, transmitidos por la picadura de flebótomos. En España, especialmente en áreas mediterráneas, constituye una enfermedad endémica. El diagnóstico en edades pediátricas puede resultar complejo. **Resumen del caso clínico:** Lactante de 13 meses, sin antecedentes de interés. En revisión de los 2 meses se objetivan dos lesiones cutáneas en frente y una en pabellón auricular izquierdo en forma de pápulas eritematosas pequeñas con costra central y asintomáticas. A los 9 meses, ante la persistencia de las lesiones y ausencia de respuesta al tratamiento tópico con corticoides se deriva a Dermatología. Se plantea el diagnóstico diferencial entre LC e histiocitosis cefálica benigna, realizando estudio microbiológico con PCR de leishmania en costra retirada con resultado positivo. Posteriormente, la serología mostró anticuerpos anti-Leishmania positivos a título 1/80. Estudio analítico normal sin datos de afectación visceral. El paciente fue remitido a consulta de Infectología Pediátrica. Ante la localización facial, se inicia tratamiento sistémico con fluconazol oral por el riesgo de complicaciones. En control posterior a los 15 días destaca desaparición de la lesión del pabellón auricular y una de las frontales, con la última en fase de curación, por lo que se suspende el tratamiento oral y mantiene controles en Dermatología. **Discusión:** El caso descrito destaca por la aparición de las lesiones a los dos meses de vida, circunstancia excepcional y escasamente descrita en la literatura. Señalar la importancia de incluir la LC en el diagnóstico diferencial de lesiones papulares persistentes en lactantes procedentes de zonas endémicas, incluso en edades muy precoces. Asimismo, resaltar el valor diagnóstico de la PCR y la necesidad de individualizar las decisiones terapéuticas en función de la extensión de las lesiones, su localización, la evolución clínica y la repercusión funcional o estética.

COMUNICACIONES ORALES 3

O1-020 — RITMIA MOTORA DE INICIO DEL SUEÑO: *"HEAD BANGING"*

Sautua Molina, I.; Paredes Mercado, C.; Jiménez González, E.; Alonso Feltz, M.; Twose Velasco, C.; Puertas Verdeja, B. -
Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España.

Anamnesis: Lactante de 17 meses con episodios desde los 10 meses de movimientos rítmicos de golpeteo cefálico contra el colchón, al inicio del sueño y en despertares nocturnos, a diario, de 5-15 minutos de duración. Desarrollo psicomotor normal y sin antecedentes relevantes. **Exploración clínica:** Buen estado general. Exploración neurológica normal, adecuada interacción social y desarrollo acorde a la edad. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó una analítica sanguínea sin alteraciones. El videoelectroencefalograma fue normal, sin actividad epileptiforme. La polisomnografía registró movimientos rítmicos cefálicos en vigilia, con respuesta a estímulos. Se indicó manejo conservador con medidas de seguridad y educación familiar. Evolución con persistencia de ritmias y diagnóstico posterior de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Actualmente 10 años de edad y en tratamiento con metilfenidato con buena respuesta. **Conclusiones:** Se trata de un caso de ritmias motoras de inicio del sueño. Son movimientos repetitivos, estereotipados y de grandes grupos musculares, con una frecuencia de 0,5–2 Hz, que aparecen en la transición sueño-vigilia. Incluyen "*body rolling*" (rotación corporal), "*body rocking*" (balanceo corporal), "*head rolling*" (rotación cefálica), "*head banging*" -presente en este caso- y "*limb banging*" (golpeteo de cabeza o extremidades con una superficie). · Suelen iniciarse en el primer año de vida (59-67 % a los 9 meses) y desaparecer espontáneamente antes de los 3-5 años, persistiendo en un 5-6 % a los 5 años. En trastornos del neurodesarrollo hay un riesgo cinco veces mayor de persistencia. La etiología es incierta, implicándose mecanismos vestibulares y madurativos. Empeoran con privación de sueño, cambios de rutina, estrés o ansiedad, pudiendo afectar a la calidad de vida y el descanso familiar. La polisomnografía y el videoelectroencefalograma permiten descartar epilepsia, pero no siempre son necesarios para el diagnóstico. No existen tratamientos estandarizados, el manejo es conservador. La melatonina podría ser útil en pediatría.

O1-021 — NO TODAS LAS LUCES ANUNCIAN MIGRAÑA: UN CASO DE EPILEPSIA OCCIPITAL DE LA INFANCIA (TIPO *GASTAUT*)

Requejo Pulido, A.; Oyaga de Frutos, E.; Rubio Guzmán, J.; Ribas Redondo-Berdugo, M.; Vera Yuste, I. -
Hospital Príncipe de Asturias, Oviedo, Asturias, España.

Conclusiones: La epilepsia occipital de la infancia (tipo *Gastaut*) es una epilepsia focal autolimitada responsable del 2-7 % de epilepsias infantiles benignas. Su incidencia máxima es entre los 8-10 años y cursa con fenómenos visuales de corta evolución y cefalea, entre otros síntomas. A continuación, presentamos un caso. Varón de 9 años que acudió a Urgencias por un episodio de mareo, miodesopsias y posterior cefalea frontal asociando un vómito, sin desconexión del medio ni movimientos tónico-clónicos. La exploración neurológica, oftalmológica y la analítica sanguínea fueron normales, por lo que fue diagnosticado de migraña con aura y derivado a Neurología Infantil para seguimiento. Un mes después, regresó a urgencias por desconexión del medio de segundos de duración precedido de nuevo episodio de miodesopsias y cefalea. Además, asoció esta vez rigidez generalizada, supraversión de la mirada, parpadeo bilateral, desviación mandibular izquierda y alteración del comportamiento seguido de un periodo postcrítico. Se decidió ingreso para estudio. La resonancia magnética cerebral fue normal. El electroencefalograma mostró dos crisis eléctricas de origen occipital derecho, compatibles con epilepsia occipital de la infancia (tipo *Gastaut*), por lo que se inició tratamiento con levetiracetam cambiándose a brivaracetam por mala tolerancia. Tras ello, presentó buena evolución clínica sin recurrencia de las crisis durante el seguimiento. La epilepsia occipital de la infancia puede simular una migraña con aura por la asociación de síntomas visuales acompañados de cefalea, impidiendo su diagnóstico precoz. Se diferencian principalmente en la semiología y la temporalidad de los síntomas, teniendo en cuenta que en las crisis, los episodios son bruscos, breves y pueden estar acompañados de alteración de la conciencia, de la conducta o signos motores. Este caso pone de manifiesto la necesidad de realizar un buen diagnóstico diferencial en pacientes con episodios de síntomas visuales, siendo el electroencefalograma una prueba clave para evitar retrasos terapéuticos.

O1-022 — LA IMPORTANCIA DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DOLOR EN PEDIATRÍA

Cantón Deudero, M.; Furones García, M.; Rodríguez Mesa, M.D.; García Sánchez, A.; Pulla Jumbo, P.B.; Blanco Fiz, M.D.P. -
Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid, España.

Objetivo: Describir el caso clínico de un adolescente con trombosis de senos venosos cerebrales (TSVC) asociado a la realización de ayuno prolongado, destacando el reto diagnóstico que supone una presentación con cefalea aislada y exploración inicial anodina. **Anamnesis:** Adolescente de 15 años que consulta por cefalea frontal de dos semanas refractaria a analgésicos habituales, con empeoramiento vespertino y visión borrosa matutina. Destaca antecedentes de ayuno intermitente estricto (Ramadán) el mes actual y cuadro catarral reciente con otalgia. **Exploración clínica:** Constantes vitales estables, escala EVA del dolor 9/10. Exploración general y neurológica normal, con fotofobia intensa inicial. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante cefalea intensa se solicita tomografía computerizada (TC) y en fase venográfica urgente, revelando trombosis parcial del seno sagital superior, transverso derecho y vena anastomótica superior izquierda. Tras resultado se solicita analítica sanguínea con dímero D (1960 ng/ml) y fibrinógeno (455 mg/dl), elevados.Ante resultados ingresa en cuidados intensivos pediátricos para inicio de enoxaparina, consiguiéndose estabilidad clínica y su traslado a planta. Finalmente es dado de alta con acenocumarol oral. A las seis semanas, la resonancia magnética (RM) cerebral muestra repermeabilización intracraneal con defecto residual en vena yugular derecha, descartándose trombo activo por ecografía Doppler cervical. **Conclusiones:** La TSVC pediátrica es infrecuente. En comparación con las series publicadas, donde predomina la focalidad neurológica o causas infecciosas locales (mastoiditis), este caso destaca por debutar como cefalea aislada con exploración anodina, actuando la deshidratación por ayuno como posible factor desencadenante. Resalta la importancia de las valoraciones clínicas seriadas y la escala subjetiva de valoración del dolor para un correcto manejo de las cefaleas.

O1-023 — MANO EN GARRA COMO FORMA ATÍPICA DE SÍNDROME DE *GUILLAIN-BARRÉ*

Silva Ordovás, E.; Martínez Aliaga, J.J.; Sabater García, M.; Bonilla Garrido, L.; Secondi, G.; López Segura, N. -
Hospital del Mar, Barcelona, España.

Anamnesis: Adolescente de 13 años previamente sano, consulta por debilidad distal progresiva de cinco días de evolución. Inicia dolor en pies, seguido de debilidad ascendente en miembros inferiores hasta por debajo de rodillas en 48 horas. Dos días más tarde, añade debilidad en dedos de las manos con dificultad para la extensión y movimientos de abducción-aducción. Una semana antes había tenido gastroenteritis autolimitada con tratamiento sintomático. **Exploración clínica:** Buen estado general, sin afectación respiratoria ni de pares craneales. Destaca debilidad 3/5 en músculos interóseos y lumbricales de dedos de las manos, con mano en garra e imposibilidad de extensión de falanges medias y distales. Fuerza de prensión y muñeca preservadas. Marcha en estepaje con debilidad en dorsiflexión de pies 4/5, dificultad para ponerse de talones o puntillas. Sensibilidad normal y reflejos osteotendinosos vivos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Análisis de sangre con CK normal. Punción lumbar sin disociación albúmino-citológica. Estudio microbiológico de heces negativo. El electromiograma confirma polineuropatía axonal motora aguda (AMAN) con respuesta motora muy reducida en nervio peroneo y tibial y ausente en nervio mediano y cubital, sin compromiso sensitivo. Estudio de anticuerpos anti-ganglиósido con IgM anti-GM1 positivo débil. Recibe tratamiento con inmunoglobulina intravenosa y fisioterapia, con mejoría progresiva en la marcha y fuerza de los dedos. **Conclusiones:** La mano en garra representa una variante infrecuente de AMAN, un subtipo del Síndrome de *Guillain-Barré*, que afecta exclusivamente a fibras motoras distales simulando neuropatías focales. Esta forma puede pasar desapercibida al no presentar la clásica parálisis ascendente con arreflexia. Su reconocimiento temprano es vital para un tratamiento precoz con inmunoglobulinas que limite el daño axonal. El inicio de síntomas tras una gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* es el desencadenante más común. Aunque el pronóstico general es bueno, la debilidad puede persistir meses, requiriendo rehabilitación prolongada.

O1-024 — ATROFIA MUSCULAR ESPINAL TIPO 3: A PROPÓSITO DE UN CASO. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

Navarro Gómez, M.[1]; Martínez Ferrández, C.[1]; Reventós Martínez, M.D.C.[2]; Caballero Caballero, J.M.[1]; Martínez Copete, M.[1]; Esparza Pérez, T.[1]; Hernández Vera, M.J.[1]; Fernández Pérez, M.[1]; Moreno Méndez, A.[1]; Ruiz Casas, C.[1]. -
[1]*Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España;*
[2]*CS Cartagena Oeste, Cartagena, Murcia, España.*

Anamnesis: Preescolar de 2 años y 8 meses remitido desde Atención Primaria (AP) por alteración de la marcha. Antecedentes perinatales sin incidencias. Cribado metabólico neonatal previo normal. Desarrollo psicomotor inicial normal, con deambulación liberada a los 15 meses. Tras el inicio de la marcha, los padres detectan caídas frecuentes, dificultad para levantarse del suelo, subir escalones y correr. No dificultad respiratoria. No episodios sugestivos de crisis. Sueño y alimentación referidos como normales. **Exploración clínica:** Peso y talla en percentiles normales. **Exploración neurológica:** Marcha anadeante con basculación de tronco e intrarrotación de miembros inferiores. Se levanta del suelo con dificultad con apoyo de la mano. Debilidad en cintura pélvica. Arreflexia rotuliana bilateral. Reflejos aquíleos presentes. No hipertrofia gemelar ni fasciculaciones linguales. Sin afectación del lenguaje, conducta ni esfera cognitiva. Resto de exploración física sin hallazgos relevantes. **Procedimientos diagnósticos**: La analítica sanguínea completa, incluyendo CK, fue normal. El electromiograma evidenció un patrón neurógeno crónico con afectación predominante de musculatura proximal de miembros inferiores y superiores en menor grado, sin actividad espontánea patológica. Se completó estudio con MLPA del gen SMN1 que mostró 0 copias de SMN1 y 4 copias de SMN2, confirmando el diagnóstico genético de Atrofia Muscular Espinal (AME). **Procedimientos terapéuticos:** Se derivó a la Unidad de Neuropediatría del hospital de referencia para inicio de tratamiento farmacológico específico, con continuación de fisioterapia activa como pilar terapéutico fundamental. **Conclusiones:** Este caso ilustra la presentación típica de AME tipo 3 de inicio en la infancia. La reciente inclusión de la AME en el Panel de Cribado Metabólico Neonatal permite el diagnóstico presintomático, con inicio de tratamiento en ventana terapéutica óptima, mejorando significativamente el pronóstico funcional y la calidad de vida. Así mismo, el pediatra de AP puede orientar precozmente al niño con debilidad muscular, desempeñando un papel clave en el diagnóstico y seguimiento.

O1-025 — MÁS ALLÁ DE LA CEFALEA: ENTIDADES EPISÓDICAS ASOCIADAS A LA MIGRAÑA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Alquézar Yus, P.[1]; Aranda Conchello, E.[2].- [1]*Hospital Universitario San Pedro, Logroño, La Rioja, España;* [2]*Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.*

Introducción: Los síndromes episódicos asociados a la migraña constituyen un grupo heterogéneo de entidades características de la edad pediátrica, consideradas precursores o equivalentes migrañosos. Su desconocimiento puede condicionar múltiples consultas y retraso diagnóstico. **Anamnesis: Caso 1:** Niña de 8 años con episodios recurrentes de dolor abdominal periumbilical y vómitos, con resolución espontánea y periodos intercríticos asintomáticos. **Caso 2:** Lactante de 18 meses con episodios bruscos de inestabilidad, nistagmo y rechazo a la deambulación, de minutos de duración y resolución espontánea. **Caso 3:** Lactante de 10 meses con episodios recurrentes de inclinación cefálica hacia el hombro, asociados a irritabilidad y vómitos ocasionales. **Caso 4:** Niño de 7 años con episodios recurrentes de vómitos incoercibles de inicio brusco, separados por periodos asintomáticos y múltiples estudios digestivos normales. **Exploración clínica:** La exploración física y neurológica fue normal en todos los pacientes fuera de los episodios agudos, sin signos focales ni alteraciones del desarrollo psicomotor. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizaron estudios dirigidos según la clínica, incluyendo analítica sanguínea, ecografía abdominal y neuroimagen en casos seleccionados, sin hallazgos patológicos. Se establecieron los diagnósticos de migraña abdominal, vértigo paroxístico benigno infantil, tortícolis paroxística benigna y síndrome de vómitos cíclicos, respectivamente. Se inició seguimiento ambulatorio, con evolución favorable. **Conclusiones:** Los síndromes episódicos asociados a la migraña, recogidos en la Clasificación Internacional de las Cefaleas (ICHD-3), constituyen entidades propias de la edad pediátrica que pueden preceder al desarrollo de migraña típica en etapas posteriores de la vida. Su reconocimiento en Urgencias Pediátricas requiere un alto índice de sospecha clínica, basado en la naturaleza estereotipada de los episodios, la normalidad de la exploración intercrítica y la exclusión de otras causas. Un diagnóstico precoz permite orientar adecuadamente el seguimiento de estos pacientes.

O1-026 — STATUS DISTÓNICO SECUNDARIO A ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA TRAS PARADA CARDIO-RESPIRATORIA POR AHOGAMIENTO

Torres Del Nuevo, A.; Algar Fernández, M.C.; Lippo, G.; Beneitez García, T.; Cañaveras Anegas, M.; Jiménez Carrascoso, R.; Moro Plaza, B.; Díaz Sánchez, E.M.; Sánchez Mendoza, R. -
Hospital Universitario de Toledo, España.

Conclusiones: Niño de 2 años sin antecedentes, ingresó tras presentar una parada cardiorrespiratoria secundaria a un episodio de ahogamiento de 10-15 minutos de duración. En RM se evidencia una encefalopatía hipóxico-isquémica severa de patrón central con afectación bilateral y simétrica de ganglios basales y tálamos. El electroencefalograma muestra una encefalopatía difusa lenta. La enolasa neuronal fue de 54mg/dl. Tras la retirada de sedación, el paciente presenta crisis distónicas graves desencadenadas por manipulaciones o estímulos (movilización, cambios de temperatura, luz, sonido...). Estas crisis se caracterizan por hipertonía generalizada con postura en opistótonos, llanto, irritabilidad y cianosis. Se acompañaban fiebre, taquicardia y elevación CK (máximo 8500UI/L), compatibles con rabdomiólisis. Se abordaron los factores desencadenantes como infecciones, dolor, deshidratación, estreñimiento o alteraciones

metabólicas. El tratamiento farmacológico incluyó múltiples estrategias dirigidas a controlar la distonía, el dolor y la hiperexcitabilidad neuromuscular. Precisó tratamiento con clonidina por su efecto sedante y modulador del tono muscular, baclofeno oral, trihexifenidilo, diazepam, hidrato de coral, tetrabenazina y tizanidina, con respuesta clínica limitada y persistencia de crisis distónicas. Ante ausencia de respuesta, requirió de forma escalonada midazolam, propofol y dexmetomidina en perfusión continua con reaparición de la distonía tras reducir la sedación. Se consulta con centro de referencia en daño cerebral y se realiza prueba terapéutica con baclofeno intratecal que resulta ineficaz. Ante imposibilidad de control de los síntomas, precisa un abordaje paliativo y el niño fallece como consecuencia de una sepsis urinaria. **Conclusiones:** El status distónico es una emergencia neurológica caracterizada por empeoramiento grave y sostenido de la distonía, con contracciones musculares intensas que pueden provocar alteraciones metabólicas, compromiso respiratorio y fallo multiorgánico. Más frecuente en niños y en lesiones cerebrales adquiridas de corteza cerebral y ganglios basales. El reconocimiento precoz de la severidad de la distonía resulta fundamental para optimizar el manejo y prevenir complicaciones potencialmente mortales.

O1-027 — PATOLOGÍA MEDULAR EN PEDIATRÍA: IDENTIFICAR A TIEMPO UNA URGENCIA NEUROLÓGICA

de Felipe Pérez, M.[1]; Ballarà Petitbò, M.[2]; Lamagrande Casanova, N.[2]; Cantarín Extremera, V.[2]. - [1]*Hospital de Medina del Campo, Valladolid, España;* [2]*Hospital Niño Jesús, Madrid, España.*

Anamnesis: Varón de 14 años, sin antecedentes de interés, presenta dolor lumbar y debilidad en miembros inferiores con empeoramiento súbito a los pocos días: dolor lumbar intenso, debilidad asimétrica de miembros inferiores (predominio derecho) e hipoestesia ascendente. Curso progresivo, sin incontinencia esfinteriana, cefalea ni alteraciones visuales. Sin antecedente traumático ni infeccioso reciente. **Exploración clínica:** Incapacidad para bipedestación y sedestación. Pérdida de fuerza en miembros inferiores de predominio proximal y más marcada en miembro inferior derecho. Nivel sensitivo abdominal en T10, con arreflexia en miembros inferiores y reflejos cutáneo-abdominales y cremastéricos abolidos. Ausencia de tono de esfínter anal. Alteración de sensibilidad táctil gruesa con hipoestesia difusa bilateral (peor en derecho) y de sensibilidad termoalgésica de forma difusa en miembros inferiores desde nivel T10 abdominal. Miembros superiores sin alteraciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Analítica con elevación leve de creatina quinasa; líquido cefalorraquídeo con citoquímica normal. Resonancia magnética craneomedular inicial sin hallazgos significativos, control posterior con contraste confirma mielitis transversa longitudinalmente extensa (D9-D11), con afectación predominante de sustancia gris. Estudio neurofisiológico evidencia afectación de la vía corticoespinal de predominio derecho. Estudio etiológico autoinmune, infeccioso e inmunológico negativo, salvo anticuerpos anti-Ro60 positivos. En fase aguda se inicia megabolos de corticoides y plasmaféresis con mejoría parcial, por lo que se añaden inmunoglobulinas intravenosas, manteniéndose mensualmente durante 4 meses, con posterior suspensión dada la buena evolución. **Conclusiones:** El dolor lumbar agudo asociado a debilidad progresiva de miembros inferiores en un niño o adolescente, especialmente si se acompaña de alteración sensitiva con nivel medular, constituye una urgencia neurológica que requiere derivación hospitalaria inmediata. La normalidad de una resonancia magnética inicial no descarta el diagnóstico. El reconocimiento precoz de estos signos de alarma en Atención Primaria es determinante para iniciar tratamiento inmunomodulador temprano, factor clave en el pronóstico funcional.

O1-028 — CUANDO EL CEREBRO CREA SUS PROPIOS ATAJOS. ENFERMEDAD DE MOYA-MOYA

Pérez Fraga, P.; Gandara, C.; García, C.; Sariego, A. - *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España.*

Conclusiones: Niña de 23 meses, con embarazo y ecografías prenatales normales, sin antecedentes personales de interés. Desarrollo psicomotor adecuado para su edad. Sin antecedentes familiares de epilepsia, enfermedades neurológicas ni consanguinidad. En mayo de 2025 presenta primer episodio paroxístico en contexto febril. El cuadro consistió en debilidad del hemicuerpo derecho, con recuperación completa durante su estancia en Urgencias. Se realizaron analítica sanguínea, tira de orina y gasometría sin hallazgos patológicos. Ante la estabilidad clínica fue dada de alta con diagnóstico de probable crisis febril. En junio de 2025 presentó un segundo episodio, esta vez afebril, caracterizado por movimientos tónicos-clónicos en hemicuerpo derecho seguido de hipotonía ipsilateral, asociado a pérdida de conciencia y con una duración aproximada de 5 minutos. Ante esta situación ingresó para estudio. Analítica sanguínea sin alteraciones. Videoelectroencefalograma normal, sin evidencia de actividad epileptiforme. Se solicitó una resonancia magnética cerebral de forma ambulatoria. Fue dada de alta con el diagnóstico de crisis focales y parálisis postcrítica de Todd, sin iniciar tratamiento antiepiléptico. En agosto de 2025 acudió a la primera consulta de Neuropediatría. Desde el episodio de junio permanecía asintomática, sin nuevas crisis y con desarrollo psicomotor normal. La exploración física y neurológica fue completamente normal, sin focalidad neurológica, alteraciones cutáneas ni otros hallazgos relevantes. La resonancia magnética reveló extensas lesiones isquémicas crónicas en la sustancia blanca frontal bilateral, junto con suboclusión de ambas arterias carótidas internas y proliferación de abundantes vasos colaterales en la región de los ganglios basales. Asimismo, se observó hipoperfusión frontal y dilatación compensadora de las arterias cerebrales anteriores, medias y posteriores. Hallazgos compatibles con síndrome de Moya-Moya (Estadio Suzuki II). Dados los resultados, se inició tratamiento preventivo con ácido acetilsalicílico y se realizó interconsulta a Neurocirugía.

O1-029 — DISRAFISMO ESPINAL OCULTO: DATOS CLÍNICOS CLAVE PARA UNA DETECCIÓN A TIEMPO

de Felipe Pérez, M.[1]; Fraile Manzano, M.I.[2]; Vega Bayón, M.[2]; Sánchez Mengíbar, H.[2]; Morales Moreno, A.[2]; Gómez Menduiña, J.[2]. - [1]*Hospital de Medina del Campo, Valladolid, España;* [2]*Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España.*

Anamnesis: Recién nacido pretérmino de 33+5 semanas, peso adecuado a la edad gestacional (2350 g), nacido mediante cesárea urgente por bradicardia fetal. Embarazo inicialmente controlado en país de origen (Marruecos), con diabetes gestacional con insulina. Ingreso neonatal por prematuridad, con buena evolución de los problemas asociados (distrés respiratorio leve, hipoglucemia e hiperbilirrubinemia, todos resueltos). Durante el ingreso se detecta lesión cutánea en línea media dorsolumbar. Ritmo urinario e intestinal normales. **Exploración clínica:** A nivel de últimas vértebras dorsales, se palpa tumoración de consistencia pétrea, de 0,5 x 0,5 cm, con fosita lumbosacra central con fondo aparentemente visible y que no impresiona que comunique con canal medular. Exploración neurológica normal, con tono, trofismo movilidad de miembros inferiores conservados y ausencia de deformidades en los pies. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza ecografía del canal medular, que evidencia trayecto desde la lesión cutánea hacia el canal raquídeo, anomalía ósea de elementos posteriores y cono medular descendido (L3), sugestivo de seno dérmico con médula anclada. Se completa estudio con resonancia magnética lumbar, que confirma disrafismo del arco posterior de L1 con protrusión del saco tecal y raíz de cola de caballo, seno dérmico con trayectos fistulosos sugestivos de quiste dermoide, lipoma intracanal con probable adherencia medular y *filum terminale* tenso, hallazgos compatibles con médula anclada. Se deriva a Neurocirugía Pediátrica para seguimiento y planificación quirúrgica. **Conclusiones:** Ante un recién nacido con estigma cutáneo en línea media dorsolumbar —fosita sacra, masa subcutánea, hemangioma o mechón piloso— debe sospecharse disrafismo espinal oculto, independientemente de exploración neurológica normal o fosita con fondo cutáneo. La ecografía espinal es la mejor herramienta para valorar el anclaje de la médula espinal, pero la resonancia magnética es imprescindible para caracterizar el defecto. La derivación precoz a Neurocirugía es clave para prevenir el deterioro neurológico progresivo asociado a la médula anclada.

O1-030 — NEURODESARROLLO EN NIÑOS CON ANTECEDENTE DE ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA NEONATAL TRATADA CON HIPOTERMIA

Hernández Vera, M.J.; Esparza Pérez, T.; Saura Pérez, I.; Fernández Pérez, M.; Ruiz Casas, C.; Moreno Méndez, A.; Sánchez Hernández, M.; Ammari López, A.; Martínez Ferrández, C.; Caballero Caballero, J.M. - *Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España.*

Objeto del trabajo: Identificar las dificultades y alteraciones del neurodesarrollo más prevalentes a los 2 años y en etapa escolar en niños sin parálisis cerebral infantil (PCI) con antecedente de encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) que recibieron hipotermia terapéutica (HT). **Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo que incluye niños con antecedente de EHI en periodo neonatal que reciben HT entre 2013 y 2024. Se incluyen 24 pacientes mayores de 2 años, 11 de ellos mayores de 6 años. Se revisan los diagnósticos presentes a los 2 años y a partir de los 6 años. Los niños mayores de 6 años son evaluados de forma presencial. **Resultados:** A los 2 años, 4 niños tienen diagnóstico de PCI y 9 presentan retraso psicomotor. En etapa escolar 4 niños tienen diagnóstico de TDAH y/o dificultades específicas del aprendizaje y 1 discapacidad intelectual. No obstante, se observan síntomas de hiperactividad en más de la mitad. 3 presentan síntomas relacionados con alteraciones de conducta. A nivel motor grueso la mayoría no presenta dificultades aunque sí destaca un déficit visuoespacial. **Conclusiones:** La HT es el único tratamiento que ha demostrado disminuir la morbimortalidad en neonatos con EHI moderada-grave y la tasa de PCI a los 2 años. Los niños sin PCI también pueden presentar dificultades y alteraciones del neurodesarrollo que repercuten en su calidad de vida y desarrollo personal. Es importante que el pediatra de atención primaria, junto con el resto de especialistas y el equipo de orientación escolar, hagan un adecuado seguimiento de estos niños desde la infancia temprana hasta la adolescencia para identificar estas dificultades y aplicar las intervenciones necesarias.

O1-031 — ATENCIÓN PRIMARIA COMO CLAVE EN LA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL SÍNDROME DE RETT

Rey Berenguel, A.[1]; Sánchez Reche, P.[1]; Grima Humanes, P.[1]; Ávila Huertas, L.[1]; Negro, D.[2]; Berenguer Callejón, M.[2]; Hernández Sierra, B.[1] - [1]*Hospital Universitario Poniente, El Ejido, Almería, España;* [2]*CS Santa María del Águila, Almería, España.*

Conclusiones: Escolar de 7 años, sin antecedentes familiares de interés, es derivada desde Atención Primaria a Neuropediatría a los 12 meses tras detectarse, en el programa de control de salud infantil, alteración en la adquisición de hitos madurativos destacando retraso psicomotor global e hipotonía central. Se inicia seguimiento y estudio diagnóstico con analítica completa (amonio, ácido láctico, hormonas tiroideas, cariotipo y X frágil) y resonancia magnética craneal. Posteriormente, se realiza estudio genético de Hibridación Genómica Comparada (CGH - arrays). Todos los resultados fueron normales. A los 3 años tiene una regresión con pérdida de habilidades lingüísticas, comunicativas y motoras, requiriendo silla de ruedas. Al año siguiente, inicia estereotipias compatibles con fase de regresión rápida, alteraciones bucodentales (policaries) y trastornos paroxísticos sospechosos de crisis epilépticas, con electroencefalograma normal. Ante la sospecha clínica, se realiza exoma dirigido (trastornos del Neurodesarrollo y síndrome Rett likes) mediante secuenciación masiva, identificando una variante patogénica en el gen MECP2, compatible con el diagnóstico clínico de Síndrome de Rett. Desde Neuropediatría se deriva a Rehabilitación; Gastroenterología pediátrica, por estreñimiento y disfagia orofaríngea; y Cardiología Pediátrica. Desde Atención Primaria se mantiene seguimiento estrecho, coordinando un abordaje multidisciplinar con Atención Temprana y Logopedia. El Síndrome de Rett es una enfermedad rara y grave del neurodesarrollo, ligada al cromosoma X, afectando principalmente a mujeres. Actualmente el acceso a estudios genéticos, incluso en hospitales de segundo nivel, nos permite confirmar el diagnóstico y determinar la variante patogénica subyacente, en la mayoría de casos en gen MECP2. Sin embargo, el diagnóstico es clínico siendo fundamental la detección clínica precoz desde Atención Primaria. Destacamos este caso por el papel esencial de Atención Primaria en la vigilancia del desarrollo infantil, la detección precoz de desviaciones madurativas y activación de circuitos de derivación adecuados, así como la coordinación multidisciplinar para optimizar el seguimiento y anticipar complicaciones.

COMUNICACIONES ORALES 4

O1-032 — REALIDAD DEL MANEJO DE LA ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿ESTAMOS ALINEADOS?

La Orden Izquierdo, E.[1]; Castell Miñana, M.[2]; Barahona Rondón, L.[3]; San José Romero, M.[4]; Acosta Navas, B.[5]; Echeverría Matía, I.[6]; Martínez Fernández, M.M.[7]; Juanes de Toledo, B.[8]; de Miguel Cáceres, C.[9]. - [1]*CS Juan de la Cierva, Madrid, España;* [2]*CS Campanar, Departamento La Fe, Valencia, España;* [3]*CS Arroyo Medialegua - GAAP, Madrid, España;* [4]*CS Eloy Gonzalo GAAP, Madrid, España;* [5]*CS Villaamil -GAAP, Madrid, España;* [6]*CS Olarizu, Vitoria, Álava, España;* [7]*CS La Puebla, Palencia, España;* [8]*CS Collado Villalba - GAAP, Madrid, España;* [9]*CS Ibiza - GAAP, Madrid, España.*

Objeto del trabajo: La lactancia materna (LM) es el alimento de elección pero no evita la alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV). El objetivo del estudio es conocer su manejo actual en atención primaria. **Material y métodos:** Estudio transversal observacional dirigido a pediatras de AP. Se recogen pacientes con diagnóstico de APLV en el primer año de vida valorados en consulta de junio a diciembre de 2025. **Resultados:** Se incluyen 97 pacientes con APLV (84 % no mediada por IgE) a la mediana de 2m (rango:0-10m) (edad al corte 9.14+/-10.66m (mediana 6.2m; R:0.73-71m). La clínica fue: proctocolitis 38.1 %, reflujo like 28.8 %; enterocolitis/enteropatía 12.3 %; irritabilidad 8.2 %; síntomas cutáneos (urticaria): 2 %; anafilaxia 1 %. Del subgrupo con reflujo el 85.7 % recibieron tratamiento con IBP (83 % > 2 semanas por respuesta parcial). El diagnóstico se realizó en: 49.5 % AP, AP con confirmación hospitalaria 44.3 % y hospitalaria 6.2 %. La provocación oral confirmatoria se realizó en AP en un 39.2 %, en hospital 13.4 % y no se realizó en el 46 %. Al diagnóstico recibían LM exclusiva 48.5 %, mixta 33 % y resto fórmula 18.5 %. Tras el diagnóstico la mantuvieron (parcial/exclusiva) 68 %. De los que iniciaron fórmula (n=70), esta fue: hidrolizada PLV 74.2 %, hidrolizado arroz 17.2 % y elemental 8.6 % (2 de 6 exclusivamente en primaria). Actualmente el 30 % han suprimido totalmente la LM y el 20.6 % han adquirido tolerancia en 9 meses (mediana 10m; R:1-23m). Sólo 18/79 madres precisaron retirar otro alérgeno (huevo, soja y/o ternera) y 37/66 (56 %) fueron suplementadas con calcio y vitamina D. **Conclusiones:** La APLV no mediada por IgE fue la forma predominante. La realización de prueba de provocación oral confirmatoria es un área de mejora. El uso de IBP sugiere un posible solapamiento con trastornos funcionales. La LM se mantuvo en más de la mitad de los pacientes tras el diagnóstico.

O1-033 — COMPOSICIÓN NUTRICIONAL DE LAS BEBIDAS VEGETALES COMERCIALIZADAS EN ESPAÑA: CONTENIDO EN ENERGÍA,PROTEÍNAS Y AZÚCARES. IMPLICACIONES EN LA ALIMENTACIÓN INFANTIL

Vitoria Miñana, I. - *Hospital Universitario La Fe, Valencia, España.*

Objeto del trabajo: Ante el creciente consumo de bebidas vegetales (BV) en la edad pediátrica, se revisa su composición nutricional e idoneidad para la alimentación infantil. **Material y métodos:** A partir de datos obtenidos de páginas web y/o etiquetado nutricional (abril-mayo 2026), se analiza la composición de 427 BV comercializadas en España: 116 de avena (BAvena), 69 de almendra (BAlmend), 62 de soja (BSoja), 38 de arroz (BArroz), 65 misceláneas (BMisc) y 77 mixtas (BMix). Se compara su composición con la de la fórmula infantil (FI) (60-70 kcal y 1,8-3,0 g de proteínas/100 ml), leche de vaca (LV) (65 kcal y 3,1 g de proteínas/100 ml) y el contenido de azúcares libres (Az), en relación con la recomendación de la OMS de limitar su consumo a menos del 5 % de la ingesta calórica total diaria (ICT). **Resultados:** Las BV con mayor contenido energético son BArroz (51,3 ±7,8) y BAvena (47,1±10,6), inferiores a FI y LV. La mayoría de BV tienen

muy bajo contenido proteico, como BArroz (0,30±0,19), BAlmend (0,71± 0,31) y BMisc (0,70±0,48) g/100 ml. Las BSoja son la únicas con proteínas semejantes a FI o LV (3,25±0,86 g/100 ml). Las BV con mayor contenido en azúcares son BArroz (4,82±1,95), BAvena (3,87±2,24) y BMix (5,45±1,97) g/100 ml. Un 55 % de BAvena y un 80 % de BArroz y BMix superarían el 5 % de ICT con una ingesta diaria de 400 ml de BV. Están enriquecidas en calcio y vitaminas D y B12 sólo el 31,25 y 17 % respectivamente. **Conclusiones:** No hay ninguna BV con una composición adecuada para la nutrición del lactante. El contenido energético y proteico de la mayoría de BV es inferior al de FI o LV. El consumo de 400 ml/día del 36 % de BV en niños supera la recomendación de Az. La suplementación de BV con calcio y vitaminas es escasa.

O1-034 — ESTUDIO SOBRE DÉFICITS NUTRICIONALES EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Algar Fernández, M.C.; Díaz Sánchez, E.M.; Crespo Madrid, N.; López Sánchez, B.; Moreno Novillo, M.D.R.; García Campos, Ó.; Cañaveras Anegas, M.; Cañaveras Anegas, M. - *Hospital Universitario de Toledo, España.*

Objeto del trabajo: Analizar la prevalencia de déficits nutricionales en población autista; así como evaluar factores de riesgo asociados, patrón alimentario y comportamiento durante las comidas. **Material y métodos:** Estudio descriptivo prospectivo en la Unidad de Neurología y Nutrición Pediátrica, incluyendo pacientes de 0 a 14 años con diagnóstico previo de TEA, a los que se solicitó analítica nutricional entre noviembre de 2024 y noviembre de 2025. Se excluyeron: consumo de suplementos nutricionales, pica, celiaquía, EII y enfermedades metabólicas. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, analíticas, dietéticas y conductuales. El comportamiento durante las comidas se evaluó mediante la escala BAMBI. **Resultados:** Se incluyeron 70 pacientes. La media de edad fue 6S.17 años (DE 2.91), mediana de 5,5 años. El 77 % eran varones y el 23 % mujeres. El 62,8 % procedía de consultas de Nutrición y el 37,2 % de Neurología. El 20 % de los pacientes presentaban un TEA leve, la mayoría (71,4 %) fueron clasificados como autismo moderado y el 8,6 % restante como autismo grave. La mayoría de los niños (68,5 %) presentó un z- *score* IMC dentro de la normalidad. La puntuación total media en la escala BAMBI fue de 45,16 puntos (DE 10,7). El dominio de variedad limitada presentó las puntuaciones más elevadas (media 23,25; DE 5,93), indicando una marcada restricción en la variedad de alimentos aceptados y fuerte resistencia a incorporar comidas nuevas. Los déficits nutricionales más prevalentes fueron los de vitamina D (45,3 %), ferropenia (29,1 %), vitamina C (20,8 %) y disminución en el valor de prealbúmina (15,4 %). Los niños con déficit de vitamina C presentaron un consumo significativamente menor de frutas en comparación con aquellos con niveles normales ($p < 0.05$). **Conclusiones:** - Los niños TEA presentan elevada prevalencia de déficits nutricionales, incluso con IMC normal. - El pediatra de AP desempeña un papel clave en la detección precoz de patrones alimentarios de riesgo y en identificación de posibles carencias nutricionales en esta población.

O1-035 — NO TODO LO ROJO ES SANGRE, LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Martínez Oyarbide, N.[1]; Salinas Uhalte, A.[1]; Fernández de Quincoces Gil, M.[1]; Vizmanos Larrayoz, M.[1]; Mujika Arrazola, M.[1]; Armañac Cadenas, C.[1]; Ibarzabal Arregi, M.[1]; Sampedro Murgiondo, A.[1]; Sola Aparicio, A.[2]; Chaverri Reparaz, C.[1]. - [1]*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España;* [2]*CS Sarriguren, Navarra, España.*

Anamnesis: Niño de 8 años y 10 meses que acude a Urgencias de Pediatría tras presentar deposición de coloración roja aislada, de consistencia blanda, no voluminosa y sin productos patológicos. Tres meses después, presenta episodio autolimitado de hematuria macroscópica, presentando a las 48 horas deposiciones de similares características al episodio previo, sin otra clínica digestiva asociada. Tendencia a hábito estreñido (Bristol alternante 2-4), buena evolución con laxante oral a dosis de mantenimiento de forma intermitente. No fisuras ni productos patológicos en heces. No deposiciones nocturnas, dolor abdominal ni dolor con defecación. No clínica extradigestiva. **Exploración física:** Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, no palpación dolorosa. No lesiones perianales ni fisuras. Tacto rectal y exploración genital normal. **Procedimientos diagnósticos:** Desde Atención Primaria se realiza estudio microbiológico de heces (negativo), calprotectina fecal (negativa) y analítica sin alteraciones (hemograma, coagulación, metabolismo del hierro, bioquímica, VSG, PCR, inmunoglobulinas). Se realiza ecografía abdominal que no muestra signos de patología digestiva con sangre oculta en heces negativa. Se deriva de forma preferente a Gastroenterología Infantil. En urgencias, ante hematuria macroscópica se realiza tira reactiva de orina y sedimento, no muestran hematíes. **Tratamiento:** Dada sospecha inicial de rectorragia en relación a hábito estreñido, se inicia tratamiento tópico esteroideo con resolución aparente del cuadro. Tras negatividad de estudios y ante episodios de pseudo-rectorragia y pseudo-hematuria, se rehistoria al paciente. Refiere ingesta de pitahaya roja (fruta de dragón) 24-48 horas previo a ambos episodios; fruta tropical que puede teñir las heces y la orina de rojo o rosa por betalaínas o antocianinas (pigmentos naturales). Tras eliminación del alimento de la dieta, el paciente no presenta nuevos episodios. **Conclusiones:** Una adecuada historia clínica puede evitar pruebas complementarias innecesarias, reducir la ansiedad familiar y optimizar el uso de recursos sanitarios, garantizando un abordaje más eficiente y seguro del paciente.

O1-036 — "NO TODO ES *SALMONELLA*: HEPATITIS AGUDA COLESTÁSICA COMO RETO DIAGNÓSTICO EN UNA ADOLESCENTE"

Pardo de Manuel, A.; Montalbán Montalbán, B.; Fernández Serrano, M.D.C. - *Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España.*

Introducción: La infección por *Salmonella* no tifoidea constituye una causa frecuente de gastroenteritis en Pediatría. Aunque puede asociar alteraciones leves del perfil hepático, la hepatitis aguda con colestasis e ictericia es una manifestación excepcional, por lo que su presencia obliga a ampliar el estudio etiológico. **Caso clínico:** Se presenta el caso de una adolescente de 13 años que consultó inicialmente por fiebre, vómitos y diarrea, aislándose *Salmonella* no tifoidea en el coprocultivo. Una semana después reconsultó en Urgencias Pediátricas por intenso decaimiento, pérdida de peso, anorexia, dolor abdominal e ictericia generalizada. En la exploración destacaban ictericia conjuntival y dolor en hipocondrio derecho. La analítica evidenció hiperbilirrubinemia de predominio directo (5,6 miligramos/decilitro), alanina aminotransferasa de 1.704 unidades/litro, aspartato aminotransferasa de 531 unidades/litro y gamma-glutamil transferasa de 424 unidades/litro, sin leucocitosis ni elevación significativa de reactantes de fase aguda. La ecografía abdominal no mostró alteraciones. Se decidió ingreso en planta de Pediatría y se inició tratamiento con cefotaxima intravenosa y medidas de soporte. Ante la magnitud de la afectación hepática se amplió el estudio etiológico, confirmándose hepatitis A aguda mediante serología. La evolución fue favorable, con mejoría clínica y descenso progresivo de los parámetros de citólisis y colestasis hasta el alta hospitalaria. **Conclusiones:** La afectación hepática clínicamente significativa en la salmonelosis no tifoidea es infrecuente. La identificación de un patógeno entérico no excluye la coexistencia de otras entidades responsables de la afectación hepática. La presencia de ictericia y elevación marcada de las transaminasas debe motivar ampliar el estudio. En las series publicadas, la afectación hepática asociada a *Salmonella* suele ser leve y transitoria, siendo excepcionales las formas colestásicas, lo que refuerza la importancia de mantener un amplio diagnóstico diferencial y orientar adecuadamente el manejo y el seguimiento de estos pacientes.

O1-037 — REINTRODUCCIÓN DE GLUTEN COMO CLAVE DIAGNÓSTICA DE ENFERMEDAD CELÍACA EN UN PACIENTE CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA Y DIETA DE EXCLUSIÓN ALIMENTARIA

Fernández de Quincoces Gil, M.; Martínez Oyarbide, N.; Salinas Uhalte, A.; Sampedro Murguiondo, A.; Vizmanos Larrayoz, M.; Chaverri Reparaz, C.; Ibarzabal Arregui, M.; Mujika Arrazola, M.; Armañac Cadenas, C.; Sola Aparacio, A. - *Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.*

Conclusiones: Varón de 7 años, con antecedente de alergia alimentaria y asma bronquial de difícil control. Diagnóstico de esofagitis eosinofílica (EoE) con clínica de dolor retroesternal, refractario a dosis altas de inhibidor bomba de protones por lo que inicia dieta de exclusión de leche, huevo, gluten y frutos secos. Buen estado general. Lesiones papulosas eritematosas polimórficas con signos de rascado localizadas en codos. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación. Asintomático a nivel digestivo pero persistencia de actividad macroscópica e histológica , por lo que se inicia budesonida oral viscosa (dosis altas) y se reintroduce gluten, manteniendo exclusión de huevo, leche y frutos secos (alergia IgE mediada). Con reintroducción de gluten presenta lesiones cutáneas compatibles con dermatitis herpetiforme. Se realiza despistaje de enfermedad celiaca, presentando anti-transglutaminasa tisular IgA superiores a 10 veces límite superior normalidad. En endoscopia de control se confirma remisión histológica de EoE y a nivel duodenal destaca atrofia vellositaria (Marsh 3A) compatible con enfermedad celíaca (EC). Actualmente, asintomático a nivel digestivo con budesonida oral viscosa dosis de mantenimiento y dieta sin gluten, resolución de las lesiones cutáneas y negativización de marcadores de Enfermedad Celiaca. En pacientes con Esofagitis Eosinofílica sometidos a dietas de exclusión, la retirada del gluten puede enmascarar la EC retrasando su diagnóstico, al impedir la aparición de manifestaciones clínicas y la adecuada interpretación de pruebas diagnósticas (marcadores serológicos negativos) En el caso del paciente, el diagnóstico de EC se realiza tras el cambio de línea de tratamiento dado la refractariedad histológica con dieta de eliminación alimentaria, siendo importante en el seguimiento de estos pacientes no solo un seguimiento clínico, sino endoscópico, ya que a pesar de no presentar sintomatología digestiva, existía actividad histológica, lo que motivó el cambio de línea tratamiento con reintroducción del gluten y desenlace diagnóstico.

O1-038 — LA HEMORRAGIA QUE NO QUERÍA SER ENCONTRADA

Rodríguez Capitán, R.; Sanz Villa, N.; De Vicente, M.; Fernández Jiménez, J.; Ríos González, A.; Sánchez-Nebreda, R. - *Hospital Universitario San Rafael, Madrid, España.*

La hemorragia digestiva baja en la edad pediátrica supone un reto diagnóstico, especialmente cuando las pruebas iniciales resultan negativas. El divertículo de Meckel constituye la causa más frecuente de hemorragia digestiva baja significativa en niños, aunque su diagnóstico puede resultar complejo en ausencia de mucosa ectópica. Niño de 4 años procedente de Perú con antecedente de episodios de dolor abdominal recurrente y diarrea intermitente de seis semanas de evolución, que acude a Urgencias por hemorragia digestiva baja grave y anemización, con descenso de hemoglobina de 14 a 7 g/dL en 48 horas, precisando dos transfusiones de concentrados de hematíes por descompensación hemodinámica. La endoscopia digestiva alta y colonoscopia fueron normales, al igual que la ecografía abdominal. La gammagrafía con pertecnetato de Tc99 fue negativa y la angio-TC abdominal no concluyente. Ante la persistencia del cuadro se realizó resonancia magnética abdominal, objetivándose una invaginación intestinal en región ileocecal con importante atrapamiento del meso y contenido hemorrágico en el asa invaginada. Se realizó laparoscopia exploradora, identificándose un divertículo de Meckel invaginado no reducible, realizándose resección de 15 cm de íleon terminal con anastomosis termino terminal. La anatomía patológica informó de divertículo de Meckel con inflamación aguda. La evolución inicial fue favorable. A los siete días presentó nuevo episodio de hemorragia digestiva grave con inestabilidad hemodinámica y hemoglobina de 8 g/dL. La ecografía mostró invaginación ileoileal en fosa ilíaca derecha, realizándose laparotomía urgente, objetivándose sangrado a nivel de la anastomosis con apertura parcial de la sutura y úlcera anastomótica. El estudio hematológico descartó trastornos de la coagulación. **Conclusiones:** Una gammagrafía negativa no excluye el diagnóstico de divertículo de Meckel. La asociación entre hemorragia digestiva baja e invaginación intestinal debe hacer sospechar un punto guía patológico. La persistencia o recurrencia del sangrado tras la cirugía obliga a descartar complicaciones anastomóticas precoces.

O1-039 — LAS FÓRMULAS A BASE DE PROTEÍNAS DE ARROZ EN EL MANEJO NUTRICIONAL DE LA ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA: REVISIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA POR PARTE DE LOS PEDIATRAS ESPAÑOLES

Díaz Martín, J.J.[1]; Santamaría Orleans, A.[2]; Martín Masot, R.[3]; Navas López, V.M.[4]. - [1]*Universidad de Oviedo, Asturias, España;* [2]*Laboratorios Ordesa S.L., Barcelona, España;* [3]*Universidad de Málaga, España;* [4]*Hospital Regional Universitario de Málaga, España.*

Objeto del trabajo: Comparar los patrones de prescripción por parte de los pediatras encuestados de una fórmula a base de proteínas de arroz (FA) y una fórmula extensamente hidrolizada (FEH) suplementadas con prebióticos y prebióticos, y la evolución clínica a corto plazo de lactantes con alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) IgE/no IgE mediada tras su utilización. **Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo con una muestra de 1505 lactantes de los que se recogió información sobre los factores asociados a la elección de ambas fórmulas. De una submuestra de 411 lactantes se analizó la evolución clínica a 7 días mediante el *Cow's Milk-related Symptom Score* (CoMiSS). **Resultados:** Las FA fueron utilizadas por un 19,6 % de los lactantes y las FEH por el 80,4 %. La recomendación de FA se asoció de forma significativa con la edad (OR 1,034 (IC 95 % 1,002–1,067)) y negativamente con la APLV IgE mediada (OR 0,673 IC 95 % (0,461–0,990)). En los lactantes con datos retrospectivos, ambas estrategias nutricionales se asociaron con una mejoría clínica relevante a los 7 días, con reducciones similares en CoMiSS (−7,0 vs. −6,5 puntos; p=0,661). Esta mejoría se observó en los distintos dominios clínicos evaluados, destacando los síntomas digestivos (-2,0 vs -2,0; p= 0,093 en llanto y -2,0 vs -2,0; 0,946 en escala de Bristol). La evolución clínica global y la satisfacción fueron elevadas en ambos grupos (3,0 [3,0-4,0]/4,0 y 4,0 [3,0-4,0]/4,0 respectivamente), reflejando una buena tolerabilidad y respuesta clínica en condiciones de práctica asistencial habitual. **Conclusiones:** En condiciones de práctica clínica real, las FA se presentan como una opción eficaz y bien tolerada en el manejo APLV en lactantes, asociándose a una mejoría sintomática relevante a corto plazo equiparable a la de las FEH. Su utilización en un amplio espectro de pacientes respalda su papel como alternativa dentro del abordaje de la APLV.

O1-040 — UNA ENFERMEDAD PREVENIBLE QUE PERSISTE EN NUESTRO MEDIO: DOS HERMANOS CON RAQUITISMO CARENCIAL GRAVE DIAGNOSTICADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Soler Colomer, L.[1]; El Haji Lamdaghri, S.[2]. - [1]*CAP Casernes, Manresa, Barcelona, España;* [2]*Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.*

Introducción: El raquitismo carencial por déficit de vitamina D es una enfermedad prevenible cuya incidencia ha disminuido en países desarrollados, aunque continúa diagnosticándose en niños con factores de riesgo. Su reconocimiento precoz desde Atención Primaria resulta esencial para evitar deformidades esqueléticas permanentes y alteraciones del crecimiento. **Casos clínicos:** Presentamos dos hermanos con factores de riesgo para déficit de vitamina D, diagnosticados de raquitismo carencial grave en Atención Primaria a los 3 años y 8 meses y a los 22 meses de edad. El hermano mayor consultó por *genu varo* progresivo, dificultad para la marcha y artralgias en extremidades inferiores. El menor fue estudiado por retraso en la adquisición de la marcha, marcha anadeante, *genu valgo* y ensanchamiento de muñecas. Ambos presentaban hipocalcemia, hipofosfatemia, marcada elevación de fosfatasa alcalina, hiperparatiroidismo secundario y déficit grave de 25-hidroxivitamina D (< 5 ng/mL). En el hermano menor se objetivó ausencia de suplementación profiláctica durante el primer año de vida. Tras instaurar tratamiento con calcio y colecalciferol, se observó una normalización progresiva del metabolismo fosfocálcico, mejoría clínica de la marcha y de las deformidades de los miembros inferiores, así como recuperación del crecimiento. Ambos precisaron tratamiento prolongado con vitamina D por persistencia de niveles insuficientes durante el seguimiento. **Conclusiones:** El raquitismo carencial continúa siendo una enfermedad presente en nuestro medio y debe incluirse en el diagnóstico diferencial de niños con alteración de la marcha, retraso motor o deformidades progresivas de los miembros

inferiores, especialmente en presencia de factores de riesgo. Estos dos casos ilustran cómo una misma enfermedad puede debutar con manifestaciones clínicas diferentes según la edad, desde el retraso en la adquisición de la marcha hasta deformidades esqueléticas establecidas. La sospecha clínica precoz y el tratamiento adecuado permiten una recuperación clínica, analítica y del crecimiento, disminuyendo el riesgo de secuelas permanentes.

O1-041 — EL PESO MATERNO ANTES DEL EMBARAZO, HUELLA DURADERA EN EL EJE INTESTINO-CEREBRO INFANTIL: ESTUDIO *PREOBE FOLLOW-UP*

Azaryah, H.[1]; Escudero Marín, M.[1]; García Ricobaraza, M.[1]; Bonillo León, R.[1]; Jerez Calero, A.[1]; García Bermúdez, M.[1]; Surriabre Dick, M.[1]; Nieto Ruiz, A.[2]; García Santos, J.A.[3]; Campoy Folgoso, C.[4]. - [1]*Departamento de Pediatría. Centro de Excelencia de Investigación Pediátrica EURISTIKOS. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Instituto de Investigación Biosanitaria (Ibs-Granada), Granada, España;* [2]*Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento y Centro de Excelencia de Investigación Pediátrica EURISTIKOS. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Instituto de Investigación Biosanitaria (Ibs-Granada), Granada, España;* [3]*Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (Ibs-Granada), Granada, España;* [4]*Departamento de Pediatría. Centro de Excelencia de Investigación Pediátrica EURISTIKOS. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (Ibs-Granada). CIBEResp - Instituto de Salud Carlos III, Granada, España.*

Objeto del trabajo: Investigamos los efectos del sobrepeso y obesidad (SPOB) maternos sobre el "eje microbiota intestino-cerebro" de los hijos a los 6,5 años. **Material y métodos:** Se estudió la composición y diversidad de la microbiota intestinal (ARNr 16S) y su asociación con el desarrollo cognitivo (K-BIT y funciones ejecutivas mediante la batería BENCI) en 145 niños de 6,5 años nacidos de madres con normopeso (NP, n=78)) o con SPOB (n=67) participantes en la cohorte *PREOBE Follow-up*. **Resultados:** Los niños de madres con sobrepeso-obesidad (SPOB) mostraron un CI significativamente menor que los nacidos de madres NP, diferencia que persistió tras ajustar por ganancia de peso gestacional, CI materno, educación e IMC z-score infantil. La diversidad-Alfa no difirió entre grupos, pero la diversidad-Beta medida mediante la distancia de Aitchison mostró diferencias significativas (p=0,038). En niños NP, el CI y la puntuación de razonamiento matricial se asociaron positivamente con géneros productores de ácidos grasos de cadena corta (AGCC) (*Ruminococcus, Anaerobutyricum, Anaeromassilibacillus, Ruthenibacterium, Megamonas, Catenibacterium*). En niños SPOB, *Paraprevotella, Odoribacter* y *Sutterella* se asociaron positivamente con el CI, mientras que *Gemmiger, Ruminococcus2* y *Phascolarctobacterium* mostraron asociaciones negativas. La dirección de estas asociaciones difirió notablemente entre grupos, indicando que el entorno metabólico materno modula a largo plazo la función microbiana de los niños. **Conclusiones:** El SPOB materno se asocia con alteraciones en la microbiota intestinal y menor CI en la descendencia, con vínculos diferenciales entre taxones productores de AGCC y cognición según el contexto metabólico materno. Estos hallazgos respaldan intervenciones nutricionales dirigidas a la microbiota durante el embarazo como estrategia para mitigar las consecuencias sobre el desarrollo neurocognitivo de la obesidad materna. Financiación: Proyecto de Excelencia. Junta de Andalucía. Consejería de Economía, Ciencia e Innovación (PREOBE Excellence Project-P06-CTS-02341) y DynaHEALTH H2020 EU Project, GA nº: 633595.

O1-042 — ENFERMEDAD DE *HIRSCHSPRUNG* DE DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO TARDÍO: OPORTUNIDADES DIAGNÓSTICAS PERDIDAS EN UNA SERIE UNICÉNTRICA DE 15 AÑOS

Vilarrasa Parici, R.; Álvarez Beltrán, M.; Giné Prades, C.; Carsi Durall, A. - *Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.*

Objeto del trabajo: La enfermedad de *Hirschsprung* (EH) suele diagnosticarse en el período neonatal; sin embargo, algunos pacientes son diagnosticados tardíamente tras años de estreñimiento erróneamente orientado. El objetivo de este estudio fue describir la presentación clínica, diagnóstico y características de la EH diagnosticada y/o tratada definitivamente después del año de vida, identificando las oportunidades diagnósticas perdidas relevantes para la atención primaria. **Material y métodos:** Serie de casos retrospectiva, unicéntrica y descriptiva del Hospital Universitari Vall d'Hebron (Barcelona), 2010-2026, realizada siguiendo las directrices PROCESS 2023. Se incluyeron pacientes con diagnóstico y/o tratamiento quirúrgico definitivo después de los 12 meses; siendo dos diagnosticados precozmente con tratamiento diferido. Se revisaron las características clínicas, el proceso diagnóstico y la evolución clínica. **Resultados:** Ocho pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La mediana del retraso diagnóstico desde el inicio de los síntomas fue de 31 meses, aun siendo presentes desde el periodo neonatal (4/8), con una mediana de edad al diagnóstico de 42 meses. Entre los factores asociados al retraso diagnóstico, destacaron las barreras de acceso sanitario en pacientes procedentes de países con menor accesibilidad sanitaria (4/8) y la interpretación inicial como estreñimiento funcional (4/8), pese a signos de alarma como retraso en la expulsión meconial, estreñimiento desde los primeros meses de vida o impactaciones recurrentes con necesidad de enemas. La aganglionosis era rectosigmoidea en su mayoría (6/8); en los casos restantes, colónica total y de segmento largo. Seis pacientes fueron tratados en un solo tiempo quirúrgico. En el seguimiento, tres pacientes alcanzaron continencia fecal completa. **Conclusiones:** La EH diagnosticada tardíamente refleja recurrentes oportunidades diagnósticas perdidas en atención primaria y pone de manifiesto la necesidad de identificar precozmente los signos de alarma del estreñimiento orgánico, especialmente en pacientes con un diagnóstico inicial de estreñimiento funcional o barreras previas de acceso al sistema sanitario. Estos hallazgos coinciden con la escasa literatura disponible.

COMUNICACIONES ORALES 5

O1-043 — EN ATENCIÓN PRIMARIA: EL VALOR DEL ELECTROCARDIOGRAMA SERIADO

Martín Bermejo, M.; Escalante Ocampo, P.; Momblán Medina, I. - *Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España.*

Introducción: Las palpitaciones constituyen un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria pediátrica. Aunque la mayoría corresponden a procesos benignos, la sospecha de una arritmia debe mantenerse incluso cuando la exploración física y el electrocardiograma (ECG) basal son normales. La preexcitación intermitente representa un reto diagnóstico, ya que puede pasar inadvertida en los estudios iniciales y retrasar el diagnóstico definitivo. **Caso clínico:** Niña de 8 años con episodios recurrentes de palpitaciones de inicio y final bruscos desde 2024, valorada en varias ocasiones en Atención Primaria, con exploración física y ECG normales. No obstante, las características de los episodios hicieron sospechar una taquicardia paroxística supraventricular, por lo que se decidió su seguimiento y derivación a Cardiología Pediátrica. Meses después consultó nuevamente por un episodio de mayor duración, objetivándose una taquicardia regular de QRS estrecho (180–220 lpm), sin ondas P visibles. Tras realizar maniobras vagales sin éxito, fue derivada a Urgencias, donde se administró adenosina intravenosa (0,1 mg/kg), consiguiéndose la reversión a ritmo sinusal. El ECG tras la cardioversión no mostró signos de preexcitación. El estudio inicial, incluyendo ecocardiograma y dos registros Holter de 24 horas, fue normal. Durante el seguimiento en consultas de Cardiología Pediátrica, un ECG de control evidenció por primera vez un patrón de preexcitación, posteriormente confirmado mediante un nuevo Holter, estableciéndose el diagnóstico definitivo de preexcitación intermitente. **Conclusiones:** Este caso pone de manifiesto el papel del pediatra de Atención Primaria en la identificación precoz de pacientes con sospecha de arritmia y en la continuidad del proceso diagnóstico. La persistencia de la sospecha clínica, junto con la realización de ECG seriados durante el seguimiento, permitió detectar una preexcitación intermitente no evidenciada en los estudios iniciales, estableciendo el diagnóstico definitivo y permitiendo el tratamiento adecuado.

O1-044 — LA EDAD ÓSEA COMO HERRAMIENTA CLAVE EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Becerra Fernández, I.C.; García González, M.; Barangua Gómez-Calero, P.; Rendón Montañés, P. -
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: La edad ósea (EO) es una herramienta fundamental para evaluar el crecimiento y la pubertad, permitiendo diferenciar variantes de la normalidad y patologías que requieren derivación a Endocrinología pediátrica. Su correlación con la edad cronológica y el contexto clínico es clave para el diagnóstico etiológico. **Anamnesis y exploración clínica: Caso 1.** Niña de 7 años acude por aparición de botón mamario bilateral desde los 6 años, con telarquia de un año de evolución y aumento de velocidad de crecimiento. Exploración compatible con estadio puberal Tanner S2-3, sin signos de virilización. **Caso 2.** Niña de 6 años con pubarquia de inicio a los 5 años, sin telarquia ni aceleración significativa del crecimiento. Exploración con pubarquia aislada (P2), sin signos de virilización. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Caso 1:** La EO se encuentra adelantada 10 años y 6 meses (G&P) para edad cronológica de 7 años y 2 meses. El perfil hormonal muestra un perfil gonadal basal puberal. Se deriva a consultas de Endocrinología y confirmándose activación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal con test de GnRH compatible con pubertad precoz central (pico de LH10,5mUI/ml, cociente LH/FSH > 1). Ecografía pélvica con maduración uterina para la edad y resonancia magnética de silla turca sin hallazgos. Se inicia tratamiento con análogo de GnRH (triptorelina trimestral). **Caso 2:** Elevación marcada de 17-hidroxiprogesterona basal (12ng/ml) con androstendiona ligeramente elevada, con testosterona normal. EO discretamente adelantada 7,5–8 años (G&P) para 6 años de edad cronológica. Se remite a consultas de Endocrinología pediátrica, realizándose estudio genético que confirma mutación en CYP21A2 (p.Val282Leu) en homocigosis, compatible con hiperplasia suprarrenal congénita no clásica. **Conclusiones:** La EO es un marcador esencial en la evaluación del desarrollo puberal dentro de Atención Primaria. Su interpretación, integrada con valoración clínica y hormonal, resulta clave para el diagnóstico etiológico y el manejo terapéutico de los trastornos del desarrollo.

O1-045 — ADECUACIÓN DE LAS DERIVACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA A CONSULTAS DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA: ANÁLISIS Y PUNTOS DE MEJORA

Ramos Gracia, C.; Colino Alcol, E.; Pardo Marín, C.; Martínez Badas, I.; Ros Pérez, P. - *Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España.*

Objeto del trabajo: El objetivo de este estudio es evaluar la adecuación de las derivaciones desde Atención Primaria (AP) a las Áreas de Capacitación Específica de Endocrinología Pediátrica (ACEE), según la adherencia a los protocolos de AEPap y web (Endocrinoped), identificando áreas de mejora y estrategias de optimización. **Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo realizado en un hospital terciario de Madrid. Se recogieron las derivaciones desde AP al ACEE (mayo-noviembre 2025), mediante revisión de historia clínica electrónica. Se analizaron variables demográficas, motivo de derivación, realización de pruebas de primer nivel e indicación de las derivaciones, según los protocolos de AEPap y Endocrinoped. Los motivos se agruparon en 6 categorías (crecimiento, pubertad, obesidad, dislipemias, patología tiroidea y miscelánea). La adecuación se evaluó mediante una escala *ad hoc* del 0 al 5 que refleja el grado de adherencia a dichos protocolos, que incluían: datos de anamnesis y exploración física realizadas, seguimiento, aproximación diagnóstica y sospecha clínica. **Resultados:** Tras excluir a los pacientes que no acudieron o derivados del propio hospital, se analizaron 309 derivaciones de menores de 16 años [59,22 % mujeres; mediana 9 años (RIQ=5)]. Se incluyeron 31 centros de salud (CdS) y 11 consultorios (C), todos excepto 4 del área 6; analizando aquellos con más de 10 derivaciones (n=13). Las alteraciones del crecimiento fueron el motivo más frecuente (33.65 %) predominando la talla baja (25.56 %); seguido de pubertad (29.12 %), obesidad (14.23 %), miscelánea/otros (10.35 %), patología tiroidea (7.76 %) y dislipemias (4.85 %). El 57,92 % de las derivaciones estaban indicadas, aunque sólo el 28,57 % obtuvieron > 4 puntos en la escala de adecuación. **Conclusiones:** Es necesaria la optimización de las derivaciones desde AP a las ACEE. Se propone incrementar de forma homogénea la adherencia a los protocolos de la AEPap con el fin de mejorar los tiempos de respuesta, la coordinación asistencial y la eficiencia en la gestión de los recursos.

O1-046 — PUBERTAD PRECOZ SECUNDARIA A TUMOR DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA JUVENIL DE OVARIO

Bernabéu Fernández de Liencres, M.; Jaimes Daza, M.F.; Quintana García de Dionisio, L.; González Romero, L. -
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Introducción: Los tumores de células de la granulosa juvenil son neoplasias ováricas infrecuentes en la edad pediátrica. Suelen producir estrógenos y suelen manifestarse como pubertad precoz en niñas prepuberales. **Caso clínico:** Niña de 8 años y 11 meses remitida para valoración por menarquia precoz asociada a metrorragia persistente de tres semanas de evolución. Se objetivó una aceleración del desarrollo puberal en los 4-5 meses previos, con aparición progresiva de telarquia, pubarquia, axilarquia, acné y modificación del olor corporal. A la exploración presentaba estadio Tanner III (S3, P3). La analítica mostró estradiol elevado (102 pg/mL) con gonadotropinas suprimidas, compatible con pubertad precoz periférica. La edad ósea correspondía a la cronológica. Como prueba de imagen inicial se realizó ecografía abdominal que evidenció un ovario derecho aumentado de tamaño con una lesión nodular sólida central. Se completó el estudio mediante resonancia magnética urgente, que confirma una masa anexial derecha de 94 × 68 × 60 mm con componente sólido hipercaptante, sospechosa de malignidad. Los marcadores tumorales fueron negativos y el estudio de extensión torácico no mostró metástasis. Se realizó salpingooforectomía derecha y apendicectomía profiláctica. El estudio anatomopatológico confirmó un tumor de células de la granulosa juvenil limitado al ovario, sin afectación de serosa ni trompa. Tras la cirugía desapareció el estímulo estrogénico, con descenso de inhibina B de 99,1 a 7,8 pg/mL y normalización de los hallazgos radiológicos, sin evidencia de recidiva durante el seguimiento. **Conclusiones:** La aparición de una pubertad de rápida progresión o una menarquia precoz obliga a descartar una causa tumoral ovárica. El reconocimiento de esta entidad en Atención Primaria favorece una derivación preferente y un diagnóstico precoz. Esto permite un abordaje quirúrgico conservador en estadios localizados, logrando la resolución completa del estímulo estrogénico y un pronóstico excelente a largo plazo.

O1-047 — CUANDO EL DOLOR EN EL PIE NO ES UN ESGUINCE: ENFERMEDAD DE KÖHLER EN UN ESCOLAR

Alquézar Yus, P.; Brizuela Delgado, J. -
Hospital Universitario San Pedro, Logroño, La Rioja, España.

Introducción: La enfermedad de Köhler es una osteocondrosis del hueso navicular tarsiano, infrecuente y característica de la edad pediátrica. Suele presentarse como dolor y cojera de instauración progresiva, pudiendo confundirse con procesos traumáticos o inflamatorios. Su reconocimiento precoz evita exploraciones complementarias innecesarias y permite instaurar un tratamiento conservador adecuado. **Anamnesis:** Niño de 7 años, previamente sano y deportista habitual, que consulta en Urgencias por dolor en el pie derecho de tres semanas de evolución, acompañado de cojera progresiva y limitación para la práctica deportiva. Los padres no refieren traumatismo previo ni sobreesfuerzo significativo. El paciente describe dolor localizado en la región medial del mediopié, de predominio vespertino y exacerbado con la actividad física, con mejoría parcial en reposo. Niega fiebre, síntomas sistémicos o afectación de otras articulaciones. **Exploración clínica:** Buen estado general y constantes vitales normales. A la exploración se objetiva cojera antiálgica con apoyo preferente sobre el borde lateral del pie derecho. Presenta dolor selectivo a la palpación sobre la región del hueso navicular, sin signos inflamatorios cutáneos asociados. No se observan tumefacción significativa ni deformidades. La movilidad del tobillo está conservada, aunque la inversión forzada desencadena dolor. **Procedimientos diag-**

nósticos y terapéuticos: Se realiza radiografía anteroposterior y lateral de pie derecho, observándose esclerosis, aplanamiento e irregularidad del hueso navicular compatibles con enfermedad de Köhler. Se instaura tratamiento conservador mediante restricción de actividad física, analgesia con antiinflamatorios y seguimiento por Traumatología Infantil. La evolución fue favorable, con desaparición del dolor y recuperación de la actividad física en los meses posteriores. **Conclusiones:** La enfermedad de Köhler debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la cojera y el dolor de mediopié en niños en edad escolar, especialmente en ausencia de traumatismo significativo. Su reconocimiento precoz evita estudios complementarios innecesarios y permite instaurar un manejo conservador con excelente pronóstico.

O1-048 — ESTUDIO PILOTO: IMPACTO FAMILIAR DEL REPORTE DE HALLAZGOS ACCIONABLES EN SECUENCIACIÓN MASIVA

Domínguez Sevillano, B.[1]; Ruzo Dorna, M.[2]; Andrés Blanco, L.[1]; García Calvo, E.[1]; Prieto Matos, P.[1]; Criado Muriel, M.C.[1]; Justel Rodríguez, M.[1]; Marcos Vadillo, E.[1]; Pérez Cabornero, L.[1]; Arroyo Ruiz, R.[1]. - [1]*Hospital Universitario de Salamanca, España;* [2]*Universidad de Salamanca, España.*

Objeto del trabajo: Valorar la satisfacción, la comprensión percibida y el impacto familiar tras la comunicación de estos hallazgos. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional mediante encuesta a progenitores de pacientes a quienes se había comunicado un hallazgo genético accionable. Se recogieron datos demográficos, gen implicado, existencia de diagnóstico definitivo de la enfermedad principal y consulta responsable de la información. Las respuestas de satisfacción se agruparon en satisfactorias (bien/muy bien) e insatisfactorias (muy mal/mal/regular). Se analizaron diferencias según tipo de gen (cardiológico, oncológico y otros), diagnóstico definitivo y comunicación en genética clínica frente a otras consultas. **Resultados:** Se incluyeron 37 encuestas. La edad media fue de 9,3 años, con rango de 2 a 17 años; 22 pacientes eran niños y 15 niñas. La valoración global del asesoramiento pre-test fue positiva: el 93,9 % consideró satisfactoria la información recibida durante el consentimiento, el 100 % la explicación previa de los hallazgos accionables. En cuanto al asesoramiento post-test: el 86,5 % considero satisfactoria la explicación posterior, el 81,1 % la comprensión del resultado y el 86,1 % el tiempo disponible para preguntar. La comunicación fue presencial en el 90,9 % de los casos válidos. Solo la mitad refirió cambios posteriores en seguimiento, estilo de vida o medidas preventivas. El 97,3 % volvería a querer conocer estos hallazgos, aunque la mayoría defendió que cada familia pudiera decidir si desea buscarlos. No hubo diferencias significativas según la existencia o no de diagnóstico definitivo. Solo se observó menor satisfacción con el asesoramiento post-test en hallazgos oncológicos (p=0,034). **Conclusiones:** El reporte de hallazgos accionables es, en general, valorado satisfactoriamente si está acompañado de un adecuado asesoramiento genético. Los resultados oncológicos pueden requerir mayor tiempo de asesoramiento o una segunda consulta de revaloración. Estos resultados deben interpretarse como exploratorios por el tamaño muestral limitado.

O1-049 — COBERTURAS VACUNALES 2025-2026 FRENTE A LA GRIPE EN POBLACIÓN INFANTIL DE CASTILLA-LA MANCHA: ANÁLISIS POR ZONAS BÁSICAS DE SALUD

Blanco González, J.E. -
CS Materno-Infantil de Azuqueca de Henares, Guadalajara, España.

Objeto del trabajo: Analizar las coberturas vacunales frente a la gripe en población infantil de 6 a 59 meses durante la campaña 2025-2026, su evolución temporal y los factores asociados a las diferencias entre zonas básicas de salud y gerencias asistenciales. **Material y métodos:** Estudio descriptivo longitudinal en población pediátrica de 6 a 59 meses a 31/12/2024, de las 202 zonas básicas de salud de las 14 gerencias del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Se analizaron datos entre el 30/10/2025 y el 9/04/2026 procedentes de la historia clínica electrónica. Se calcularon coberturas por grupo de edad, zona básica de salud y gerencia, así como tasas de rechazo vacunal y alcance de oferta. **Resultados:** La cobertura global aumentó del 29,3 % al 53,0 % en 6-59 meses, del 33,0 % al 65,0 % en 6-23 meses y del 27,6 % al 47,6 % en 24-59 meses. El mayor incremento se concentró en las primeras seis semanas (3-9 puntos porcentuales por periodo), estabilizándose después por debajo de 1 punto semanal. Las 14 gerencias mejoraron sus cifras, con un rango final del 37,3 % (Villarrobledo) al 71,2 % (Valdepeñas) y amplia heterogeneidad entre zonas (15 %-95 %). El grupo de 6-23 meses presentó coberturas superiores en 17-18 puntos porcentuales respecto al de 24-59 meses. Los rechazos, registrados desde enero de 2026, alcanzaron el 20 % en algunas gerencias y se asociaron inversamente con la cobertura. **Conclusiones:** Se alcanzó una cobertura del 53 %, exclusivamente en atención primaria, sin vacunación escolar, con importantes desigualdades territoriales, con mayor éxito en menores de dos años. Los rechazos y las características geográficas condicionan las coberturas finales, siendo preciso emplear estrategias diferenciadas según el contexto local, aprovechando las mejores experiencias.

O1-050 — LA EXPLORACIÓN FÍSICA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA: DETECCIÓN PRECOZ DEL SÍNDROME DE REGRESIÓN TESTICULAR BILATERAL DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Rendón Montañés, P.; Galices García, M.; Lara García, M.; Barangua Gómez-Calero, P.; Becerra Fernández, I.; Romero Pérez, M.D.M. -
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Conclusiones: Lactante varón de 6 meses derivado desde Atención Primaria a Cirugía pediátrica por ausencia de palpación testicular bilateral en bolsa escrotal. A la exploración inicial presenta genitales externos masculinos normoconfigurados, con pene de longitud y grosor adecuados para su edad, y bolsa escrotal bien desarrollada. No se palpan testículos en bolsas escrotales ni en trayectos inguinales. No presenta dismorfias ni otros hallazgos. La valoración por Cirugía pediátrica confirma la exploración previa, y se solicita inicialmente una ecografía en la que no se logra identificar tejido testicular inguinoescrotal ni intraabdominal. Ante estos hallazgos se deriva a Endocrinología pediátrica, donde se completa el diagnóstico. La analítica sanguínea muestra hormona antimulleriana (AMH) indetectable y el estudio genético confirma un cariotipo XY. Se solicita una resonancia magnética abdominopélvica, que tampoco evidencia tejido testicular en localización escrotal, inguinal ni intraabdominal. La criptorquidia bilateral no palpable constituye un reto diagnóstico que requiere una evaluación multidisciplinar. La ausencia bilateral de testículos palpables, junto con una AMH indetectable y la no visualización de tejido testicular en las pruebas de imagen, orientó al diagnóstico de síndrome de regresión testicular bilateral o anorquia. La presencia de genitales externos masculinos normales, con pene de tamaño adecuado y escroto bien desarrollado, en un paciente con cariotipo XY, apoya la existencia de función testicular fetal previa, compatible con una regresión testicular ocurrida tras la diferenciación sexual masculina. Este caso enfatiza la importancia de una exploración física exhaustiva desde Atención primaria para la detección precoz de anomalías genitales. La identificación temprana de la ausencia de palpación testicular permite agilizar el diagnóstico, establecer un seguimiento especializado adecuado y planificar de forma precoz el posible futuro tratamiento hormonal sustitutivo.

O1-051 — TUMORES ESTERNALES AUTOLIMITADOS DE LA INFANCIA (SELSTOC) : SERIE DE TRES CASOS

Boceta Serrera, M.- *Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.*

Introducción: Los tumores esternales autolimitados de la infancia (SELSTOC) son una entidad benigna, de crecimiento rápido e indolora. Se caracterizan por una resolución espontánea y etiología desconocida. El diagnóstico diferencial incluye otros tumores, infecciones, malformaciones y variantes anatómicas. La prueba de elección para el diagnóstico y seguimiento es la ecografía. Presentamos tres casos por tratarse de una patología infrecuente, con características clínicas y ecográficas definidas. **Resumen:** Se presentan tres lactantes (entre 7 y 14 meses) con tumoración preesternal de aparición súbita entre 24 y 48 horas que acudieron al

servicio de urgencias. Todos con presentación indolora, excelente estado general, sin síntomas constitucionales ni fiebre. **Caso 1:** Ante el desconocimiento inicial de la patología y la duda diagnóstica, se realizó un abordaje más agresivo con ingreso hospitalario, RNM y antibioterapia con cefadroxilo. **Caso 2:** Ingresó y se realizó RNM. Inició cefuroxima al cuarto día al aparecer reacción inflamatoria local. Presentó hipertransaminasemia (AST 332, ALT 302 U/L), normalizándose espontáneamente. **Caso 3:** Dada la experiencia previa, se optó inicialmente por un manejo conservador ambulatorio. En la revisión semanal presentó signos de sobreinfección local (eritema y fluctuación), por lo que indicamos ingreso para antibioterapia. En todos ellos se realizó una revisión al mes donde se objetivó una clara disminución de la tumoración a la exploración y en ecografía. Persistiendo excelente estado general, sin sintomatología. En la ecografía anual del Caso 1, desapareció completamente la lesión. **Conclusiones:** Aunque los tumores SELSTOC son poco frecuentes, su reconocimiento es clave para evitar procedimientos innecesarios como la biopsia percutánea y la exéresis quirúrgica. En nuestro caso, ante la experiencia de los pediatras y radiólogos, se ha logrado el diagnóstico y seguimiento sin requerir RNM. Si bien la sobreinfección del tumor está descrita como poco común, dos de los presentados en este trabajo la presentaron, resolviéndose con antibioterapia.

O1-052 — EL LABERINTO DE LOS ANA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Vilches Fraile, S.; Fekete López, E.; Ortega Macías, M.; Segovia Molina, I. - *Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.*

Objeto del trabajo: La detección de ANA constituye un motivo frecuente de derivación a reumatología pediátrica, aunque posee un valor predictivo limitado en ausencia de clínica sugestiva, generando incertidumbre médica y ansiedad familiar. El objetivo es describir las características de estos pacientes y su asociación con patología inmunomediada. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los anticuerpos ANA en los pacientes de reumatología infantil en un hospital de tercer nivel. El análisis empleó pruebas estadísticas no paramétricas y de contingencia. **Resultados:** De 54 pacientes, solo 20 (37 %) presentaron anticuerpos ANA positivos, siendo el 55 % de ellos niños sanos sin patología. De los 43 pacientes enfermos de la muestra, el 79 % resultaron ANA negativos. En la cohorte de Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), apenas el 22 % mostró positividad. Los títulos oscilaron entre 1/160 y 1/1280, sin diferencias significativas entre sanos y enfermos. Se detectaron anti-dsDNA (inmunoblot) en 6 pacientes, confirmándose por inmunofluorescencia indirecta solo en 2 pacientes (ambos con enfermedad). El perfil ENA fue positivo en el 40 % de los ANA positivos. Dentro del subgrupo sano, la mediana de edad al diagnóstico fue de 10 años, con una mediana de seguimiento libre de enfermedad de 3 años. En relación con el sexo existe una relación significativa (P=0,03) entre ANA positivo y sexo femenino. Asimismo, existe una relación significativa entre sexo y diagnóstico (P=0,039), encontrando un predominio masculino en uveítis anterior y femenino en el resto de las patologías. **Conclusiones:** La positividad para ANA es relativamente frecuente en población pediátrica sana, careciendo de valor como cribado aislado, y títulos elevados no garantizan enfermedad. Además, es importante añadir que un resultado negativo no excluye patología autoinmune. Optimizar su solicitud desde pediatría de atención primaria es clave para evitar derivaciones innecesarias, prevenir la falsa tranquilidad ante sospechas clínicas reales y reducir el impacto emocional familiar.

COMUNICACIONES ORALES 6

O1-053 — PAPILOMA ESCAMOSO LINGUAL EN EDAD PEDIÁTRICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

García Cobarro, L.[1]; Almansa García, A.[2]; Pardo Ruiz, E.[2]; Vidal Vidal, T.[2]; Carrillo y Soto, L.[1]; Cebrián Martínez, A.L.[1]; Sánchez Candela, M.[1]; Pozo Vicente, L.[1]; Sánchez Pérez, M.[1]; Giménez Pérez, A.[1]. - [1]*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España;* [2]*CS Cabezo de Torres, Murcia, España.*

Introducción: El papiloma escamoso es una proliferación benigna que da como consecuencia un tumor exofítico papilar o verrugoso causado por la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Generalmente son lesiones asintomáticas. Aparecen habitualmente en la edad adulta siendo excepcional en la infancia. El diagnóstico diferencial incluye el condiloma acuminado, hiperplasia epitelial focal (enfermedad de Heck), fibroma traumático y otras lesiones benignas de la mucosa oral. La confirmación diagnóstica suele requerir estudio histopatológico tras la exéresis de la lesión. **Resumen del caso clínico**: Niña de 2 años, sin antecedentes de interés con lesión exofítica blanquecina filiforme en el dorso del tercio anterior de la lengua de un mes de evolución, indolora, sin alteraciones de la alimentación, sangrado, disfagia ni otros síntomas acompañantes. Es valorada por Dermatología con diagnóstico compatible con verruga vírica oral y se deriva a Otorrinolaringología para tratamiento mediante exéresis y posterior estudio anatomopatológico que revela hallazgos morfológicos compatibles con papiloma escamoso. **Conclusión:** El papiloma escamoso lingual constituye una entidad poco frecuente en la edad pediátrica, lo que puede generar incertidumbre diagnóstica y motivar derivaciones entre diferentes especialistas. Este caso pone de manifiesto la importancia de incluir las lesiones por VPH dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones exofíticas blanquecinas de la lengua en la infancia, así como de una valoración multidisciplinar. Además, la comunicación de nuevos casos contribuye a mejorar el conocimiento de las manifestaciones orales del VPH y a optimizar el manejo diagnóstico y terapéutico de estas lesiones.

O1-054 — "DOCTORA, LAS MANCHAS DEL SOL NO DESAPARECEN" UN CASO CLÍNICO SOBRE LESIONES HIPOPIGMENTADAS

Chinchilla Hernández, A.[1]; González Martínez, S.[1]; Alonso Ortega, S.[2]; Duque González, S.[2]; Muñoz Porcel, R.K.[1]; Vega Pueyo, J.[1]; Rodríguez Fernández, A.[1]; Hernández Pérez, J.[1]. - [1]*Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España;* [2]*CS San Benito, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.*

Anamnesis: Niña de 7 años. La madre cuenta que desde hace tiempo le nota algunas "manchas blancas" en la cara, que relaciona con el sol. Refiere que no suelen desaparecer, "aunque no se le notan mucho". Antecedentes personales: dermatitis atópica. Antecedentes familiares: sin interés. **Exploración física:** Fenotipo de piel I-II. Máculas hipocrómicas en región peribucal, periorbitaria y paranasal, otras en cuello. Algunas de ellas, descamativas y más tenues. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En una de las consultas se objetivan dos *nevus* en espalda, con periferia despigmentada, los cuales impresionaron de posible halo *nevus*. Se decide derivar a Dermatología, donde utilizan la Luz de Wood y objetivan que las lesiones faciales resaltan y se delimitan mejor, siendo compatibles con vitíligo no segmentario. Resultado de estudio de inmunidad negativo. Se inicia tratamiento con tacrolimus tópico diario durante 2-3 meses con buena respuesta inicial. **Conclusiones:** El vitíligo afecta al 0,5-2 % de la población general. Entre un tercio y la mitad de los casos se inician en la edad pediátrica. La media de edad de presentación oscila entre los cinco y los diez años. Se asocia a mayor presencia de halo *nevus*, fenómeno de Koebner, historia familiar de vitíligo, formas segmentarias y atopía. El vitíligo no segmentario se relaciona con alteraciones en la inmunidad, por lo que es recomendable realizar estudio analítico. La pitiriasis alba y la pitiriasis versicolor son diagnósticos diferenciales a tener en cuenta, siendo un reto diagnóstico en ocasiones. Es importante fijarnos en los antecedentes, otras lesiones presentes y en la exploración física, siendo relevante el uso de la luz de Wood. El tratamiento tópico está indicado fundamentalmente cuando las lesiones afectan a menos del 20 % de la superficie corporal. Se recomienda utilizar inmunomoduladores tópicos en cara y cuello, y corticoides de moderada potencia en las restantes áreas corporales.

O1-055 — ERUPCIÓN MUCOCUTÁNEA INDUCIDA POR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE UN EXANTEMA POLIMORFO

Prieto Domínguez, C.[1]; Santamaría Marcos, E.[2]; Obregón Asenjo, M.[1]; Bujedo Muñoz, A.[1]; Portillo Sanz, L.[1]; Pérez Ortiz, D.[1]; Angulo Sánchez, V.[1]; Recarlde Tabar, A.[1]; Dios Puebla, M.E.[1]; García Terrazas, A.[1]. - [1]*Hospital Universitario de Burgos, España;* [2]*EAP I. López Saiz, Burgos, España.*

Anamnesis: Paciente varón de 12 años valorado en su centro de salud por aparición súbita de un exantema vesiculoso y habonoso generalizado, pero de predominio en tronco. En ese momento se encuentra afebril con buen estado general y se cataloga como probable prúrigo. Tras cuatro días de evolución, acude de nuevo al centro de salud por empeoramiento del exantema, con implicación palmo-plantar y afectación importante de mucosas oral y genital, junto con fiebre de 38,5°C. Ante este empeoramiento se deriva a Urgencias hospitalarias. **Exploración clínica:** A su llegada a Urgencias hospitalarias destaca un exantema maculo-papuloso con escasas vesículas que se extiende de forma generalizada, incluyendo pabellones auriculares, palmas y plantas, con lesiones vesículo-costrosas centrales. Presenta mucosa oral denudada con costras amarillentas en labios y lengua, así como lesiones eritematosas dolorosas en la mucosa del glande, escroto y región perianal. Signo de Nikolsky negativo. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Debido a la afectación de mucosas con problemas para las ingestas y la evolución desfavorable, se realiza ingreso en planta de hospitalización durante cuatro días con soporte hidroelectrolítico y analgesia. La serología sanguínea resulta positiva para inmunoglobulina G e inmunoglobulina M para *Mycoplasma pneumoniae*, por lo que se inicia azitromicina oral ante el diagnóstico de erupción mucocutánea inducida por *Mycoplasma* (MIRM). En el control posterior en el centro de salud a los cuatro días del alta, se observa la resolución completa de las lesiones. **Conclusiones**: La erupción mucocutánea inducida por *Mycoplasma pneumoniae* debe sospecharse desde atención primaria ante un exantema polimorfo con predominio de la afectación mucosa (oral y genital), que asocia en ocasiones síntomas respiratorios o fiebre. El conocimiento de esta patología y el diagnóstico precoz es fundamental para poder realizar un tratamiento dirigido y proporcionar medidas de soporte.

O1-056 — MÁS ALLÁ DEL DÉFICIT DE IGA: MANIFESTACIONES SISTÉMICAS Y AUTOINMUNIDAD EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA

Cabrera Cascajero, P.; Millán Longo, C.; Rodríguez Capitán, R.; Figueroa Jiménez, S.; López Capape, M. - *Hospital Blua Sanitas Valdebebas, Madrid, España.*

Anamnesis: Adolescente de 13 años remitida por hipogammaglobulinemia (IgA baja en 3 determinaciones, con descenso leve de IgM). Presenta tos y rinorrea crónica, hiperemia malar y artralgias vespertinas autolimitadas. Lesiones cutáneas pruriginosas en superficies extensoras y migraña de larga evolución. Un episodio previo de fiebre prolongada con aftosis oral y nasal sin respuesta antibiótica. Antecedentes: prematuridad moderada, TDAH en tratamiento, insomnio, alopecia areata y dermatitis atópica. Amigdalectomía-adenoidectomía y miringotomía por otitis de repetición. Antecedentes familiares de autoinmunidad (liquen plano y psoriasis). **Exploración física:** Buen estado general. Buen color y perfusión. Obesidad troncular. Facies peculiar con retrognatia y respiración bucal. No presenta adenopatías significativas. Lesiones hiperpigmentadas circulares en cara extensora de brazos y piernas. Hiperemia malar que respeta ángulo nasogeniano. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. ORL: Periodontitis. Leve enantema en paladar blando. Drenajes transtimpánicos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso. No se palpan masas ni megalias. Adecuado estado de vigilia. Actitud infantil. Inquietud motora. Buen tono. Marcha normal. **Pruebas complementarias:** Hemograma y perfil tiroideo normales. IgA persistentemente baja (8–25 mg/dl) e IgM disminuida (19–24 mg/dl), con IgG en rango bajo-normal y descenso de IgG2 e IgG4. Linfocitos y complemento normales. Serologías negativas; respuesta vacunal parcial (no respuesta a rubeola, paperas, hepatitis B y neumococo). Autoinmunidad negativa. HLA B51 positivo. Resonancia cerebral sin alteraciones, salvo hipertrofia adenoidea significativa. Seguimiento multidisciplinar. Diagnósticos actuales: hipogammaglobulinemia sin criterios de inmunodeficiencia variable común, dermatitis atópica con prúrigo, alopecia areata, asma y probable enfermedad de Behçet. Vacunación optimizada. Tratamiento con corticoides tópicos, inhalados y colchicina. Pendiente de estudio genético y valoración por neuropediatría. **Conclusiones:** El déficit selectivo de IgA puede asociarse a disrregulación inmunológica y autoinmunidad, con manifestaciones clínicas diversas. Su impacto en la calidad de vida y la posible progresión a inmunodeficiencia humoral hacen fundamental el seguimiento clínico y la monitorización de inmunoglobulinas.

O1-057 — MICROBIOTA, PROBIÓTICOS Y SALUD INMUNITARIA EN POBLACIÓN INFANTIL SANA: PROTOCOLO DE UN CONSENSO PEDIÁTRICO

Coronel Rodríguez, C.[1]; Díaz Martín, J.J.[2]; Leis, R.[3]; Marcos, A.[4]; Seoane, E.[5]; Álvarez, G.[5]; Corell, A.[6]. - [1]*CS de Amante Laffón, Sevilla, España;* [2]*Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, Asturias, España;* [3]*Hospital Clínico Universitario de Santiago ~ CHUS, España;* [4]*Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), España;* [5]*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España;* [6]*Universidad de Sevilla, España.*

Objeto del trabajo: La microbiota intestinal desempeña un papel relevante en la maduración del sistema inmunitario durante la infancia. El objetivo de este proyecto es desarrollar un consenso sobre microbiota, probióticos y salud inmunitaria en población infantil sana, promovido por un grupo de expertos en pediatría, microbiota, nutrición e inmunología, y validado por un amplio grupo de pediatras españoles. **Material y métodos:** Se plantea un estudio de consenso mediante metodología Delphi. El comité científico ha elaborado las declaraciones a consensuar a partir de una revisión bibliográfica y de su experiencia clínica. El cuestionario aborda el papel de la microbiota intestinal y los probióticos en la salud inmunitaria infantil; los criterios de calidad exigibles a los probióticos recomendados en edad pediátrica; la evidencia disponible sobre cepas específicas; la relación entre vitamina D, sistema inmunitario y posibles sinergias con probióticos; y el impacto social y familiar de las infecciones infantiles comunes. La validación se realizará mediante dos rondas sucesivas de encuesta en línea, difundida y canalizada a través de los pediatras miembros de sociedades científicas nacionales. La primera ronda de consenso está prevista que se lance en julio. La plataforma garantizará la confidencialidad de las respuestas y permitirá analizar el grado de acuerdo alcanzado en cada declaración. **Resultados:** Al tratarse de un proyecto en curso, se prevé identificar el grado de consenso profesional sobre las principales cuestiones planteadas y definir recomendaciones aplicables a la práctica pediátrica. **Conclusiones:** Este proyecto permitirá generar un marco consensuado sobre microbiota, probióticos y salud inmunitaria infantil, con potencial utilidad clínica, científica y divulgativa para los profesionales implicados en la atención a la población infantil sana.

O1-058 — ENTRE GOTA Y GOTA… ¿CUÁNTA VITAMINA TE TOCA?

Martínez de León, L.; Sánchez Trujillo, L.; Pozo Rodríguez, A.; Alonso Soria, R.; Carbajo Ferreira, Á.J. - *CS Reyes Magos, Madrid, España.*

Objeto del trabajo: La prescripción de colecalciferol (vitamina D3) es habitual en recién nacidos y lactantes. El "boca a boca" entre cuidadores y las redes sociales generalizan el intercambio de consejos y marcas, obviando que no todas las presentaciones son iguales. El objetivo es analizar las diferentes presentaciones comerciales de vitamina D pediátricas y evaluar potenciales errores de prescripción o administración. **Material y métodos:** Estudio descriptivo de las principales presentaciones de vitamina D (D2 y D3) disponibles en el mercado. Se recopilaron y compararon las características de cada producto, incluyendo: forma farmacéutica, concentración, unidades de medida, equivalencias de dosificación y sistema de administración. Se analizaron situaciones potencialmente relacionadas con errores de prescripción, dispensación o administración. **Resultados:** Se detecta una marcada variabilidad entre las presentaciones analizadas, observándose diferencias relevantes en concentración, unidades de dosis

y forma de administración. La coexistencia de preparados con cantidades diferentes de unidades internacionales favorece la posibilidad de errores de interpretación. Entre los riesgos detectados, destacan la confusión entre gotas y mililitros, la sustitución de una presentación por otra sin ajuste de dosis y la prescripción incompleta de la concentración de producto deseada. Estas situaciones pueden dar lugar tanto a la infradosificación como sobredosificación, con la potencial repercusión clínica de ambas. **Conclusiones:** Existe amplia variabilidad entre presentaciones comerciales de vitamina D, constituyendo un factor de riesgo para errores de dosificación en pacientes pediátricos. Resulta fundamental especificar de forma precisa el preparado utilizado, su concentración y pauta de administración, así como promover las estrategias de estandarización y educación dirigidas a profesionales y cuidadores. El pediatra de atención primaria tiene un papel clave en cada visita, siendo necesario comprobar interrogando por marca y dosis, sin dar por hecho que lo que está prescrito en receta es lo que se está administrando.

O1-059 — DE LA INTOXICACIÓN ACCIDENTAL AL GESTO AUTOLÍTICO: IMPLICACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Saura Pérez, I.; Ordóñez Ordóñez, M.E.[2]; Esparza Pérez, T.; Hernández Vera, M.J.; Ammari López, A.; Fernández Pérez, M.; Ruiz Casas, C.; Moreno Méndez, A. -
Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España.

Objeto del trabajo: Analizar las características epidemiológicas y clínicas de las intoxicaciones agudas en pediatría para contribuir a una mejor comprensión del problema y ayudar a desarrollar estrategias preventivas eficaces. **Material y métodos:** Estudio descriptivo de los episodios registrados como intoxicaciones agudas en pacientes de entre 0-13 años en Urgencias Pediátricas de un hospital de segundo nivel en el periodo comprendido entre julio 2022 y diciembre 2025. **Resultados:** Se registraron 365 episodios, 195 (53,4 %) niñas y 170 niños (46,6 %). Las intoxicaciones accidentales fueron más frecuentes en la franja de 0-5 años (66,9 %), siendo los tóxicos más implicados los fármacos, seguidos de productos de limpieza. De los 89 casos registrados en > 9 años (24,4 %), 47 corresponden a intentos autolítiicos, identificándose recurrencias en 6 pacientes (13 episodios). Predominó el sexo femenino (42), con una mediana de edad de 13 años (RI 9-13 años). Los tóxicos más frecuentes fueron las benzodiacepinas, seguidas de ibuprofeno, paracetamol, otros psicofármacos y combinaciones de fármacos. **Conclusiones:** Las intoxicaciones agudas constituyen un motivo frecuente de consulta en Urgencias Pediátricas y representan un problema de salud pública por su potencial gravedad. En la infancia (< 5 años), predominan las intoxicaciones accidentales, mientras que en la adolescencia adquieren importancia las intoxicaciones intencionales. Los resultados de nuestra revisión permiten diferenciar dos picos de incidencia, que coinciden con los datos nacionales: < 5 años con predominio de intoxicaciones accidentales relacionadas con accesibilidad a fármacos y productos domésticos; y la adolescencia, con alta incidencia de gestos autolíticos y un tasa de recurrencia relevante, que resalta la vulnerabilidad en esta franja de edad. En conjunto, se pone de manifiesto la importancia de reforzar las medidas preventivas en el hogar mediante educación sanitaria a las familias (almacenamiento seguro, envases originales, tapones de seguridad…), y en la salud mental del adolescente con estrategias que permitan identificar señales de alarma de vulnerabilidad psicosocial y riesgo suicida.

O1-060 — UN HALLAZGO INCIDENTAL COMO POSIBLE MARCADOR DE DAÑO PULMONAR: ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA ELEVADA EN UN PACIENTE ASMÁTICO

Ramos Noguera, G.; Álvarez López, C.; Rodríguez Barrios, C.; Delgado Viñán, M.; Domínguez Rodríguez, P. -
Hospital Puerta del Mar, Cádiz, España.

Anamnesis: Varón de 12 años derivado a consultas externas hospitalarias de Pediatría General desde su centro de salud por Medicina de Familia, por elevación persistente de enzima convertidora de angiotensina (ECA) en analítica de control: 114 y 118 U/L, con límite de normalidad de 40 U/L. Antecedente de asma alérgica no controlada, en tratamiento con glucocorticoides inhalados y montelukast. **Exploración física:** Buen estado general, afebril y normotenso. En la auscultación, se presenta eupneico, sin tiraje, con buena entrada de aire bilateral, sin ruidos patológicos. Tonos cardiacos rítmicos, sin soplos patológicos. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias. Sin adenopatías, lesiones cutáneas ni signos de afectación articular. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se amplió estudio analítico, con valor máximo registrado de 110 U/L, manteniéndose normales inmunoglobulinas y proteinograma. Se realizó despistaje de enfermedades granulomatosas, pulmonares, renales, infecciosas e inmunológicas mediante radiografía de tórax, tomografía computarizada torácica, ecografía abdominal y ecografía renal con Doppler, sin alteraciones. El estudio genético mostró genotipo DD del polimorfismo de inserción/deleción del gen de la ECA. **Conclusiones:** La enzima convertidora de angiotensina puede considerarse un marcador indirecto de afectación pulmonar, ya que se expresa de forma predominante en el pulmón. En el contexto respiratorio, su elevación puede reflejar actividad inflamatoria, daño endotelial o aumento de actividad celular pulmonar, aunque no constituye un marcador específico de lesión pulmonar. La elevación analítica de la ECA en pediatría es un hallazgo raro, que implica realizar un correcto despistaje sistemático de otras patologías como sarcoidosis, fibrosis quística, enfermedad renal, inmunodeficiencias y otras causas sistémicas. Pese a que algunos estudios relacionan el polimorfismo de inserción/deleción del gen de la enzima convertidora de angiotensina con susceptibilidad al asma pediátrico, la evidencia es limitada y no permite establecer causalidad. En ausencia de hallazgos clínicos o radiológicos, se recomienda seguimiento.

O1-061 — RONCOPATÍA INFANTIL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN TRAS TRATAMIENTO MÉDICO

Lamikiz Moreno, E.I. -
Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Vizcaya, España.

Objeto del trabajo: Cada vez hay una mayor concienciación sobre el síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS), cuyo principal síntoma es el ronquido. Por ello, supone un motivo de consulta frecuente, suponiendo una carga asistencial y un reto logístico su identificación precoz, principalmente mediante la poligrafía nocturna. El pilar terapéutico sigue siendo la adeno-amigdalectomia, aunque los casos leves pueden beneficiarse de un abordaje médico con corticoide nasal y montelukast. El objetivo es describir las características de los pacientes con roncopatía derivados a neumología infantil, y su respuesta al tratamiento médico con corticoide nasal y montelukast. **Material y métodos:** Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo desde 2023 a 2024, estudiándose un total de 94 casos (48 en 2023 y 46 en 2024). **Resultados:** De los 92 casos revisados, el 54 % eran hombres y el 46 % mujeres, y la edad media era de 5 años y medio. 56 de los pacientes presentaban amígdalas grado III-IV (66 %), y 34 pacientes tenían un Mallampati clase III-IV (40 %). Se realizaron 76 poligrafías, de todas estas 14 fueron normales (19 %), 36 leves (49 %), 11 moderadas (15 %) y 13 graves (17 %). El 73 % de los pacientes recibieron tratamiento previo a la poligrafía con corticoide nasal y montelukast. 18 pacientes (19 %) no se realizaron la prueba, dada mejoría con el tratamiento médico. 48 pacientes rellenaron el cuestionario Chervin y de estos el 69 % tenía una puntuación de 7 o más. De los pacientes con un Chervin < 7, solo un paciente presentó SAHS moderado en la poligrafía. **Conclusiones:** La mayoría de las poligrafías realizadas son de SAHS leve, siendo moderadas-graves solo el 32 %. En aquellos pacientes con menor puntuación Chervin, se objetiva una menor proporción de poligrafías con SAHS moderado-grave. El tratamiento previo con corticoides nasal y Montelukast permitió resolver la clínica hasta en un 19 % de los pacientes remitidos, que no precisaron realizarse la poligrafía.

O1-062 — ¿ESTAMOS PREPARADOS? LA CRECIENTE DEMANDA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Montejo Marcos, B.; Izquierdo García, I.; García Calvo, E.; Domínguez Sevillano, B.; Andrés Blanco, L.; García Ugarte, B.; Ureña Buch, E.; Seijo Rodríguez, J. - *Hospital Universitario de Salamanca, España.*

Objeto del trabajo: Analizar las características epidemiológicas, sociales y clínicas de los pacientes que consultan por motivos de salud mental en un Servicio de Urgencias Pediátricas, evaluar su manejo según las recomendaciones actuales e identificar posibles áreas de mejora asistencial. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de registros clínicos de Urgencias Pediátricas entre el 1 de noviembre de 2025 y el 1 de mayo de 2026. Se incluyeron consultas con los diagnósticos de ansiedad, síndrome ansioso-depresivo, agitación, ideación suicida, intento autolítico, autolesiones, intoxicación voluntaria, alteración de la conducta y trastorno del comportamiento. Se analizaron variables demográficas, antecedentes personales, factores desencadenantes y de riesgo, seguimiento previo, atención recibida en Urgencias y tratamientos administrados. **Resultados:** Se registraron 57 consultas, con predominio femenino (58,5 %) y una edad media de 11,1 años. El diagnóstico más frecuente fue ansiedad (45 %), seguido de síndrome ansioso-depresivo (12 %). El 15 % realizó más de una consulta durante el periodo de estudio. Los antecedentes más frecuentes fueron TDAH (19 %) y trastornos de ansiedad (12 %). La confrontación familiar constituyó el principal desencadenante (35 %), mientras que los problemas escolares (54 %), las alteraciones del sueño (49 %) y las dificultades familiares (39 %) fueron los factores de riesgo más prevalentes. El 48 % recibía seguimiento previo en Salud Mental. Se solicitó valoración por Psiquiatría en el 70 % de los casos. No se documentó el uso de escalas validadas de cribado y únicamente el 19 % recibió pautas psicoconductuales. El 8,7 % precisó ingreso hospitalario. **Conclusiones:** Las consultas de salud mental representan una demanda creciente en Urgencias Pediátricas, predominando los trastornos de ansiedad. La elevada frecuencia de factores familiares, escolares y del sueño refuerza la necesidad de una valoración biopsicosocial integral. La incorporación sistemática de herramientas de cribado, el refuerzo de las intervenciones no farmacológicas y la mejora de la coordinación entre Atención Primaria, Salud Mental y Urgencias constituyen áreas prioritarias de mejora.

O1-063 — SALUD MENTAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES URUGUAYOS. ENTRE LOS DERECHOS Y LA MEDICALIZACIÓN

Zunino Pérez, C.[1]; Méndez, S.[2]; Speranza, N.[2]; Grunbaum, S.[2]. -
[1]*Unidad Académica de Pediatría. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay;* [2]*Facultad de Medicina Udelar, Montevideo, Uruguay.*

Objeto del trabajo: El uso creciente de psicofármacos en niños, niñas y adolescentes (NNA) se inscribe en un proceso de medicalización de malestares cotidianos, en un contexto de escasa evidencia nacional sobre las percepciones y prácticas de los actores de la salud mental infantil. Esto plantea tensiones entre el modelo biomédico, centrado en el diagnóstico y el tratamiento farmacológico, y abordajes integrales que consideran la multicausalidad del sufrimiento psíquico y los derechos de NNA, justificando generar conocimiento transdisciplinario que oriente políticas públicas. El objetivo fue generar conocimiento transdisciplinario sobre la terapéutica y el abordaje integral de la salud mental de NNA, basado en el respeto de sus derechos, como insumo para políticas públicas. **Material y métodos:** Estudio cualitativo en dos etapas: entrevistas en profundidad a informantes clave y seis grupos focales interdisciplinarios (pediatría, psiquiatría, psicología, trabajo social, medicina familiar, psicomotricidad). El análisis siguió la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin) con Atlas.ti, identificando condiciones, categoría central, acciones/interacciones, consecuencias y estrategias. **Resultados:** La categoría central revela tensión entre el modelo biomédico y enfoques centrados en vínculos, contexto y derechos. El psicofármaco se reconoce como herramienta válida, pero se cuestiona como respuesta única ante problemas multideterminados, emergiendo el "disciplinamiento por psicofármacos". El sufrimiento psíquico se asocia a violencia, desigualdad social y fragilidad vincular, destacándose la "sobreadaptación al malestar" que retrasa su detección. La escuela emerge como principal escenario de visibilización, pero sujeta a hiperresponsabilización. Pese al consenso sobre la interdisciplina, persisten fragmentación institucional, falta de recursos y desgaste profesional. Se identifican estrategias emergentes: fortalecimiento del primer nivel, promoción, prevención y participación de NNA. **Conclusiones:** La salud mental de NNA es un fenómeno complejo y multideterminado, no reducible a categorías diagnósticas. Existe una brecha entre marcos conceptuales integrales y de derechos, y prácticas institucionales que reproducen la lógica medicalizadora. Es necesario fortalecer la interdisciplina y las políticas de promoción y prevención.

O1-064 — MÁS ALLÁ DE LA TRAVESURA, ¿POR QUÉ COME PIEDRAS?

Rubio Guzmán, J.; García Cerro, E.; González Cascos, N.; Vera Yuste, I.; Requejo Pulido, A.; Ribas Redondo-Berdugo, M. -
Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Oviedo, Asturias, España.

Introducción: El síndrome de PICA es una trastorno alimentario que consiste en la ingesta persistente de sustancias no nutritivas durante un periodo mínimo de un mes. Es infrecuente en pediatría y en ocasiones se asocia de forma característica con trastornos del neurodesarrollo. Aunque en muchos casos cursa de forma autolimitada, puede dar lugar a complicaciones potencialmente graves en función del material ingerido. **Caso clínico:** Niña de 4 años y medio con antecedentes de trastorno del espectro autista, retraso global del neurodesarrollo y trastorno grave de conducta que acudió a Urgencias tras expulsar en una deposición más de veinte piedras de diferentes tamaños. Permanecía asintomática, sin dolor abdominal, vómitos, sialorrea ni dificultad respiratoria. La exploración física fue normal. La radiografía toracoabdominal mostró numerosos cuerpos extraños radioopacos distribuidos desde el estómago hasta el colon. Tras valoración por cirugía pediátrica y ausencia de signos de obstrucción o perforación, se indicó tratamiento conservador con vigilancia clínica. Describían ingesta de otras sustancias no nutritivas desde hacía meses, solicitándose estudio analítico dirigido a descartar déficits nutricionales (hemograma, bioquímica, perfil férrico, función tiroidea, vitamina D y zinc) y control radiológico diferido. A las dos semanas se objetivó una marcada disminución del número de cuerpos extraños, persistiendo únicamente algunas imágenes hiperdensas en ciego y rectosigma, con mejoría radiológica significativa. **Conclusiones:** La ingesta masiva de cuerpos extraños en la infancia requiere valoración individualizada, siendo la localización y el estado clínico el factor determinante para el manejo. En pacientes asintomáticos y sin signos de complicación, el tratamiento conservador con vigilancia estrecha puede ser una opción segura y eficaz. Es imprescindible preguntar por episodios similares previos y ante sospecha de PICA, completar el estudio etiológico para descartar déficits nutricionales, así como garantizar un seguimiento multidisciplinar en pacientes con trastorno del espectro autista, con el objetivo de reducir el riesgo de recurrencias y complicaciones.

COMUNICACIONES ORALES 7

O1-065 — DE LA CONSULTA AL AULA: ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA COMO MOTOR DE UN ECOSISTEMA DIGITAL DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD INFANTIL

Ruiz, E.[1]; Fernández, J.[2]; Olle, M.[3]; Bolta, N.[4]; Milà, M.[5]; Fernández, M.M.[6]. - [1]*EAP 17 de setembre, Sant Adrià de Besòs, Barcelona, España;* [2]*Gapic Penedès - SAP Alt Penedés-Garraf, Vilafranca del Penedès, Barcelona, España;* [3]*CAP Sant Vicenç dels Horts, Barcelona, España;* [4]*CAP El Castell, Sant Vicenç dels Horts, Barcelona, España;* [5]*CAP Jaume I, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España;* [6]*CAP Josep Bertran i Miret, Vic, Barcelona, España.*

Objeto del trabajo: La elevada prevalencia de exceso de peso infantil en Cataluña y la transformación del consumo audiovisual exigen repensar los modelos de intervención desde la Atención Primaria. INFADIMED ha evolucionado de una intervención presencial liderada por enfermería hacia un ecosistema híbrido y escalable, que reposiciona al niño como agente de cambio familiar. Describe la transición hacia un paradigma de salud digital comunitaria y sus resultados en la fase de expansión

(2022-2025). **Material y métodos:** Estudio descriptivo longitudinal de la implementación a escala de INFADIMED en Cataluña (2024-2025). La intervención combina sesiones presenciales en centros educativos —impartidas por enfermeras de AP formadas en cascada— con una plataforma OTT propia y herramientas de gamificación. Se evaluó la adherencia a la dieta mediterránea mediante el cuestionario KIDMED (pre-post) y el impacto ecosistémico mediante encuestas a familias y docentes. El análisis estadístico incluyó comparación de proporciones con cálculo de p-valor. **Resultados:** En 2024-2025, INFADIMED alcanzó 331 escuelas en Cataluña con 107 enfermeras del ICS formadas e integradas en la red de salud escolar. En una cohorte de 2.132 alumnos, la adherencia óptima a la dieta mediterránea (KIDMED) mejoró del 33,4 % al 47,9 % y la categoría "muy baja" se redujo del 5,2 % al 2,3 % (p<0,001), con mayor impacto en escuelas públicas (+16,4 puntos). Las familias reportaron mejoras en sus propios hábitos sin intervención directa, reforzando el rol del escolar como vector de cambio familiar. El exceso de peso en la población INFADIMED se mantiene por debajo de la media catalana. **Conclusiones:** INFADIMED representa un modelo inédito de intervención pediátrica desde la AP: combina evidencia clínica longitudinal con una arquitectura digital escalable, convierte al escolar en agente de salud familiar y posiciona a la enfermera comunitaria como diseñadora de entornos de aprendizaje en salud. Su integración en programas institucionales de prevención abre nuevas líneas de investigación en alfabetización digital infantil.

O1-066 — EL ECOSISTEMA AUDIOVISUAL DIGITAL COMO DETERMINANTE DE SALUD EN LA INFANCIA: EXPOSICIÓN A PLATAFORMAS, ALGORITMOS Y RIESGO OBESOGÉNICO EN POBLACIÓN DE 3 A 12 AÑOS

Ruiz, E.[1]; Fernández, J.[2]; Sanz, M.[3]; Pallarès, C.[4]; Olmos, C.[5]. -
[1]*EAP 17 de setembre, Sant Adrià de Besòs, Barcelona, España;* [2]*Gapic Penedès - SAP Alt Penedés-Garraf, Vilafranca del Penedès, Barcelona, España;*
[3]*CAP 17 de setembre, Barcelona, España;*
[4]*CAP Can Vidalet, El Prat de Llobregat, Barcelona, España;*
[5]*CAP Sant Andreu de la Barca, Sant Andreu de la Barca, Barcelona, España.*

Objeto del trabajo: El incremento del tiempo de pantalla carece de una caracterización detallada por edad, dispositivo y plataforma en población española. Este trabajo reinterpreta, desde la salud pública, el estudio transversal "Patrones de uso y preferencias de ocio audiovisual en población de 3 a 12 años" (Gaceta Sanitaria, 2025), desarrollado en el marco del Programa INFADIMED, para describir dichos patrones e identificar oportunidades de intervención preventiva desde la Atención Primaria y la comunidad. **Material y métodos:** Estudio transversal mediante cuestionario en línea, administrado entre abril y junio de 2023 a familias de 12 centros educativos participantes en INFADIMED. Se obtuvieron 2.576 cuestionarios válidos, estratificados en tres grupos según etapa educativa: Educación Infantil, Primer y Segundo Ciclo de Primaria. Las variables analizadas incluyeron plataformas utilizadas, dispositivo, tiempo de exposición y uso de redes sociales. El análisis estadístico comprendió distribución de frecuencias, chi-cuadrado y regresión log-lineal. **Resultados:** YouTube fue la plataforma más consumida (62,3 %), seguida de Netflix (58,6 %) y Disney+ (29,5 %). El televisor predominó como dispositivo (87,6 %), aunque el uso de portátiles aumentó con la edad (p < 0,001). El 54 % usaba pantallas durante las comidas. TikTok alcanzó el 49,6 % en Segundo Ciclo de Primaria, con presencia de menores por debajo de la edad legal mínima, mientras YouTube Kids apenas llegó al 0,9 %, evidenciando un acceso mayoritario a plataformas no adaptadas a la infancia (p < 0,001). **Conclusiones:** El ecosistema audiovisual digital constituye un determinante de salud infantil de primer orden. La exposición a plataformas no supervisadas, el uso de pantallas durante las comidas y el acceso no regulado a publicidad de productos obesogénicos son factores de riesgo prevenibles que exigen una respuesta sanitaria estructurada. Estos hallazgos avalan incorporar la evaluación del consumo digital en la supervisión de salud infantil en Atención Primaria y el desarrollo de intervenciones comunitarias de alfabetización digital, como las del Programa INFADIMED.

O1-067 — ENCUESTA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y DIETA MEDITERRÁNEA. HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Gargallo García, L.[1]; Nieto Guerrero, T.[1]; Gargallo Vaamonde, J.[2]; Martínez Gómez, A.R.[3]; Gallego Alises, A.[4]; Arroyo Herrera, C.[3]; Sánchez de la Blanca Torres, M.D.[5]; Ruiz Álvarez, A.B.[1]. -
[1]*CS Manzanares II Membrilla, Manzanares, Ciudad Real, España;* [2]*Hospital General Universitario de Ciudad Real, España;* [3]*Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares, Ciudad Real, España;* [4]*GAI Manzanares, Ciudad Real, España;*
[5]*CS Manzanares I, Manzanares, Ciudad Real, España.*

Objeto del trabajo: Valorar la utilidad y validez de una encuesta de alimentación que recoge las principales características de una alimentación saludable y de la dieta mediterránea. **Material y métodos:** Los padres de 263 niños de Educación Infantil y Primaria de nuestra Zona Básica de Salud que cumplimentaron la siguiente encuesta, elaborada con 21 ítems seleccionados del estudio RICARD2 (Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea) y KIDMED (Índice de calidad de la dieta mediterránea en la infancia y la adolescencia). Fiabilidad según fórmula 20 de Kuder-Richardson: 0,899. **Resultados:** Frecuencia para cada ítem Sí. Ración de fruta diaria 86,3 %. 2ª ración de fruta diaria 47,3 %. Ensalada casi diaria 39,4 %. Verduras cocinadas (≥ tres por semana) 70,7 %. Aceite de oliva como principal grasa para cocinar 97,7 %. Pescado (≥ dos por semana) 80,5 %. Frutos secos (≥ dos por semana) 58,2 %. Desayuna diario 96,1 %. Desayuna un lácteo 92,6 %. Desayuna pan o cereales sin azúcares 52,0 %. 2º lácteo diario 47,1 %. Arroz o pasta (≥ cuatro por semana) 42,2 %. Legumbres (> dos por semana) 86.7 %. Aceite de oliva para condimentar 93,0 %. Preferencia carnes blancas sobre carnes rojas 93,7 %. Carne procesada (≥ dos por semana) (-1) 42,6 %. Desayuna o merienda bollería industrial (-1) 34.0 %. Establecimiento de comida rápida (> uno por semana) (-1) 2.3 %. Golosinas o caramelos varias veces al día (-1) 6,2 %. Bebidas con gas o azucaradas (> una vez por día) (-1) 5,5 %. Fritos o rebozados (≥ tres por semana) (-1) 14,4 %. **Conclusiones:** Esta encuesta nos permite: 1. Medir las características de la dieta mediterránea y alimentación saludable de nuestra población en distintas edades. 2. Sensibilizar a los padres sobre las características saludables y no saludables de la dieta al cumplimentar la encuesta. 3. Apoyar el diseño de programas de intervención adaptados a la situación real de nuestros niños. 4. Tener una herramienta para medir el impacto de la Educación para la Salud.

O1-068 — DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN A 12 MESES DE ADOLESCENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ruiz, E.[1]; Fernández, J.[2]; Domínguez, S.[1]; Fuenmayor, Y.[1]; Rodríguez, N.[1]; Lloveras, M.[1]; Fabrellas, N.[3]. -
[1]*EAP 17 de setembre, Sant Adrià de Besòs, Barcelona, España;*
[2]*Gapic Penedès - SAP Alt Penedés-Garraf, Vilafranca del Penedès, Barcelona, España;* [3]*Universitat de Barcelona, España.*

Objeto del trabajo: Describir el perfil diagnóstico según criterios de Rinella et al. (2023) y evaluar la evolución de los parámetros antropométricos y analíticos tras 12 meses de seguimiento en adolescentes con MASLD. **Material y métodos:** Estudio cuasiexperimental pre-post de 12 meses, enmarcado en una tesis doctoral y derivado de un estudio de prevalencia previo (n=1.120) en dos municipios de Barcelona. Aprobado por el CEI (código 23/1004). La elastografía de vibración controlada (VCTE) fue realizada por una única enfermera entrenada. Criterios de inclusión en el subgrupo: CAP ≥ 250 dB/m y/o LSM ≥ 8 kPa en la visita basal. El diagnóstico de MASLD se estableció: esteatosis más al menos un factor cardiometabólico (IMC igual o > a P85, triglicéridos > 150 mg/dL o colesterol HDL igual o inferior a 40 mg/dL). Análisis descriptivo con medianas e intervalos intercuartílicos y pruebas para datos apareados (programa R 3.4.0). Se realizaron analíticas sanguíneas basales y post intervención. **Resultados:** Se identificaron 48 adolescentes con CAP ≥ 250 dB/m y/o LSM ≥ 8 kPa; el 81,3 % presentaba obesidad, la mediana basal de CAP fue 260 dB/m y LSM fue 8,8 kPa (8,0–10,4 kPa). Tras 12 meses de seguimiento,

el 86,4 % alcanzó la resolución de la fibrosis significativa y el 36,4 % la de la esteatosis. El 90,5 % mostró mejoría global en los parámetros elastográficos. **Conclusiones:** El seguimiento estructurado de 12 meses en adolescentes con esteatosis y/o fibrosis hepática se asocia a una resolución de la fibrosis significativa en casi nueve de cada diez casos y a mejoría global en más del 90 %, a pesar de que más de cuatro quintas partes presentaban obesidad en la visita basal. Estos resultados refuerzan la viabilidad y la efectividad de los programas de detección precoz mediante elastografía y de intervención sobre estilos de vida liderados por enfermería en el ámbito de la atención primaria.

O1-069 — EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL EN LA INFANCIA DE 3 A 12 AÑOS: CONTENIDOS BASADOS EN LA EVIDENCIA Y BENEFICIOS DEMOSTRADOS

López Turco, S.[1]; Rodríguez Guerra, M.[2]; Tejada Paredes, S.[2]; Vargas Robert, L.[3]; Gómez de Pablos, S.[2]; Ferrete Sánchez, J.[2]; Sanz Gil, P.[2]; Miguel Martin, Á.[2]; Piña Villaécija, M.D.C.[2]. - [1]*CS La Granja, Madrid, España;* [2]*Complejo Asistencial de Segovia, España;* [3]*Juaneda, Islas Baleares, España.*

Objeto del trabajo: Identificar los contenidos de educación sexual integral más adecuados para la población de 3 a 12 años, y describir los beneficios demostrados de su implementación. **Material y métodos:** Revisión bibliográfica en PubMed, Cochrane Library, PsycInfo, ERIC y Biblioteca Virtual de la Salud. Se incluyeron revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados entre 2015 y 2025, y guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). **Resultados:** La OMS y la UNESCO establecen que la educación sexual integral debe ser progresiva y adaptada a la madurez psicoevolutiva (1, 2). De 3 a 8 años, los contenidos prioritarios son el conocimiento del propio cuerpo con nomenclatura anatómica correcta, las emociones y relaciones interpersonales, la diversidad familiar, el consentimiento, privacidad y seguridad corporal. Para el tramo de 9 a 12 años, se incorporan contenidos sobre autoprotección, reconocimiento y comunicación del abuso, cambios puberales y diversidad afectiva (2). La evidencia respalda iniciar estos contenidos en los primeros cursos de primaria, con programas de mayor duración y carácter acumulativo (3, 9). Múltiples metaanálisis demuestran que la educación sexual mejora de forma significativa el conocimiento, la autoeficacia, las actitudes y las habilidades de autoprotección en la infancia (4-8). Los programas de prevención del abuso sexual infantil de base escolar muestran efectos positivos consistentes sobre el conocimiento preventivo y las conductas de autoprotección, siendo más eficaces en edades tempranas y con mayor número de sesiones (5-8). La evidencia muestra que la educación sexual integral no adelanta el inicio de la actividad sexual ni promueve conductas de riesgo (1, 4). **Conclusiones:** La educación sexual integral desde edades tempranas produce beneficios demostrados en conocimiento, autoprotección, autoestima y prevención del abuso sexual infantil. La Atención Primaria puede desempeñar un papel clave como agente promotor de estos programas en el ámbito comunitario.

O1-071 — AUTOFOTORREFRACTÓMETRO BILATERAL AUTOMÁTICO: UTILIDAD Y CONCORDANCIA CON DIAGNÓSTICO OFTALMOLÓGICO DEFINITIVO

Cebrián Soria, P.[1]; Blanco Rodríguez, P.[1]; Domínguez Villoria, M.[2]; Martín Galán, E.[1]; González Fernández, I.[1]; Aguilar Castilla, A.[2]; Paino Román, M.[1]; Izquierdo García, I.[1]; Rodríguez González, A.[2]; García Sánchez, M.[1]. - [1]*Hospital Universitario de Salamanca, España;* [2]*CS Casto Prieto, Salamanca, España.*

Objeto del trabajo: Los defectos de refracción afectan a entre el 10 % y 20 % de pacientes pediátricos. El defecto de refracción más incapacitante en la edad adulta es la ambliopía, que puede ser causada por la falta de corrección de defectos visuales severos en edad temprana. Su detección precoz es un reto para el pediatra de Atención Primaria (AP). El uso del autofotorrefractómetro (AFR) pediátrico posibilita la identificación precoz de defectos de refracción y otras alteraciones. Buscamos evaluar la concordancia de los resultados del AFR de un centro de Salud con el diagnóstico definitivo en oftalmología. **Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal. Se han incluido niños de todas las edades. Se ha analizado el número total de pacientes estudiados, los diagnósticos y el número de derivaciones a oftalmología infantil recomendadas por el AFR. También se ha analizado la concordancia en el diagnóstico y la necesidad de gafas o seguimiento por parte de oftalmología. **Resultados:** Se han evaluado 424 niños durante 10 meses. De ellos, 79 (18,6 %) han sido remitidos para valoración por parte de oftalmología. 60 pacientes (75,9 %) presentaron astigmatismo uni o binocular, siendo el defecto de refracción más frecuente. De los pacientes revisados por oftalmología, 43 de ellos (59 %) presentaron exactamente el mismo diagnóstico que el AFR, 23 (31,5 %) tuvieron un diagnóstico similar aunque incompleto y tan solo en 4 pacientes (5,5 %) no se encontró alteración significativa. El 67,3 % requirió tratamiento de su defecto de refracción con gafas y el 76 % seguimiento por oftalmología. **Conclusiones:** El AFR es un método de evaluación visual rápido y bien aceptado, que permite detectar de forma precoz defectos de refracción en niños a tiempo de prevenir el desarrollo de ambliopía. El uso del AFR puede ayudar a realizar una correcta derivación al especialista, permitiendo la corrección temprana de defectos de refracción y ahorrando consultas innecesarias.

O1-072 — IMPACTO DE LA TIMPANOMETRÍA EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS DE LOS PEDIATRAS ANTE LA PATOLOGÍA ÓTICA INFANTIL: ESTUDIO BASADO EN SIETE CASOS CLÍNICOS

Paino Román, M.[1]; Domínguez Villoria, M.[2]; Rodríguez González, A.[2]; Aguilar Castilla, A.[2]; Castaño Zarza, P.J.[1]; Martín Galán, E.[1]; García Sánchez, M.[1]; Cebrián Soria, P.[1]; González Fernández, I.[1]; Izquierdo García, I.[1]. - [1]*CAUSA, Salamanca, España;* [2]*CS Casto Prieto, Salamanca, España.*

Objeto del trabajo: Evaluar la influencia de la timpanometría en la toma de decisiones clínicas de los pediatras ante diferentes escenarios de patología ótica infantil y analizar la relación entre la disponibilidad, y la experiencia en timpanometría con los cambios en el manejo clínico, así como identificar los casos con mayor impacto de esta prueba. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado mediante un cuestionario *online* dirigido a pediatras. Se recogieron variables sociodemográficas y profesionales, y las respuestas sobre cómo manejarían siete casos clínicos con imagen otoscópica y posterior resultado timpanométrico. Se evaluó la modificación de la actitud clínica tras conocer los hallazgos de la timpanometría. **Resultados:** Participaron 56 pediatras, 46,4 % mayores de 50 años, de los cuales el 89,3 % ejercía en Atención Primaria (AP) y/o en la privada. El 30,4 % disponía de timpanómetro en su consulta y un 28,6 % afirmaba conocer su manejo pese a no disponer del dispositivo. La información aportada por la timpanometría modificó la actitud clínica inicial en una media del 58,9 % de los participantes. La indicación de antibioterapia disminuyó un 36,5 % tras conocer el resultado timpanométrico, mientras que las derivaciones a Otorrinolaringología aumentaron un 114,3 %. Los mayores cambios en la indicación de antibioterapia se observaron en los casos 3 y 4, y en las derivaciones al otorrinolaringólogo en los casos 2 y 7. La frecuencia de modificación del manejo fue independiente de la experiencia con el timpanómetro. **Conclusiones:** La timpanometría modificó de forma relevante la toma de decisiones clínicas, evidenciando su utilidad en la evaluación de la patología del oído medio. En concordancia con las recomendaciones NICE 2023, su incorporación a la práctica pediátrica, junto con una formación adecuada en su interpretación, podría optimizar el uso de antibioterapia, mejorar la adecuación de las derivaciones al otorrinolaringólogo y favorecer el abordaje de la patología del oído medio en AP.

O1-073 — DISEÑO E IMPLANTACIÓN DE UN MODELO INTEGRAL DE GESTIÓN DE LA DEMANDA PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Arizcun Aguilera, B.; Serrano Fernández, P.; Fresno Jorge, P.; Arribas García, C.; Navarro De la Cruz, B. - *CS Ciudad Periodistas, Madrid, España.*

Objeto del trabajo: La gestión de la demanda pediátrica supone un reto organizativo en Atención Primaria. La ausencia de criterios homogéneos

puede generar variabilidad en la atención, dificultades de accesibilidad y sobrecarga asistencial. El objetivo fue diseñar, implantar y evaluar un modelo de gestión de la demanda pediátrica basado en procedimientos consensuados para los principales escenarios asistenciales. **Material y métodos:** Proyecto de mejora de calidad desarrollado en un centro de salud. Se elaboraron tres circuitos específicos: emergencias vitales, gestión de la demanda enfermera y atención a la patología pediátrica urgente. El proceso incluyó sesiones de presentación al equipo, formación específica para personal administrativo, evaluación de incidencias detectadas durante la implantación y modificación de los procedimientos mediante la incorporación de diagramas de flujo para facilitar su aplicación. Como indicador indirecto de impacto se comparó el número de pacientes atendidos sin cita previa en febrero de 2025 y febrero de 2026. **Resultados:** La implantación permitió disponer de procedimientos homogéneos para la gestión de las situaciones asistenciales pediátricas más frecuentes. El número de pacientes atendidos sin cita previa disminuyó de 237 a 182, lo que supone una reducción del 23,2 %. No obstante, la interpretación de este resultado debe realizarse con cautela, dado que durante el periodo de comparación una de las plazas de pediatría se encontraba vacante, circunstancia relacionada con una mayor demanda espontánea. De forma adicional, aunque los circuitos fueron revisados y simplificados, la percepción de las pediatras fue que su grado de cumplimiento seguía siendo inferior al esperado. **Conclusiones:** La implantación de un modelo integral de gestión de la demanda pediátrica es factible y facilita la estandarización de la respuesta organizativa. La discrepancia observada entre los indicadores cuantitativos y la percepción profesional pone de manifiesto la necesidad de incorporar auditorías de cumplimiento y sistemas de evaluación continuada para determinar el impacto real de este tipo de intervenciones.

O1-074 — IMPACTO EMOCIONAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DESENCADENADO POR LA PÉRDIDA DE UN FAMILIAR SIGNIFICATIVO: REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA

Vargas Robert, L.[1]; Gómez de Pablos, S.[2]; López Turco, S.[2]; Rodríguez Guerra, M.[2]; Tejada Paredes, S.[2]; Camacho Moral, E.[2]. - [1]*Juaneda Hospital Miramar, Islas Baleares, España;* [2]*Complejo Asistencial de Segovia, España.*

Objeto del trabajo: Analizar el impacto emocional en la infancia y adolescencia desencadenado por la pérdida de un familiar significativo e identificar las intervenciones enfermeras disponibles para acompañar este proceso. **Material y métodos:** Revisión narrativa de la literatura realizada en las bases de datos PubMed, ScienceDirect y CINAHL, incluyendo estudios publicados entre 2015 y 2025. Se utilizaron los operadores booleanos "AND" y "NOT" y los términos *Medical Subject Headings* (MeSH): *bereavement, grief, pediatric nursing, parental death y psychology child*, entre otros. La selección final de artículos se realizó siguiendo la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*). **Resultados:** La comprensión del fenómeno de la muerte varía según la etapa del desarrollo cognitivo (0-3 años, preescolar, escolar y adolescencia) y la calidad de la comunicación adulto-niño. El impacto emocional difiere según el vínculo con el fallecido: la pérdida de un progenitor se asocia a mayor riesgo de depresión a largo plazo, especialmente si ocurre antes de la adolescencia o por causas externas; la pérdida de un hermano afecta significativamente el ámbito psicosocial. Los adolescentes presentan mayor vulnerabilidad por los cambios biológicos y sociales propios de la etapa. La literatura reciente confirma que las reacciones de duelo en la infancia difieren de las del adulto y están condicionadas por factores del desarrollo y el entorno, y que intervenciones de apoyo como la terapia cognitivo-conductual, el desarrollo de habilidades de afrontamiento y las técnicas creativas pueden mejorar la adaptación al duelo. Sin embargo, persiste la escasez de guías basadas en la evidencia para los profesionales enfermeros. **Conclusiones:** Existe una carencia evidente de guías e intervenciones de enfermería para acompañar el duelo infantil. Enfermería tiene la oportunidad de actuar en múltiples ámbitos -hospitalario, atención primaria y escolar- pero requieren formación específica para detectar duelos maladaptativos, comunicarse eficazmente con el niño y la familia, y derivar adecuadamente dentro del equipo interdisciplinario.

O1-075 — TULAREMIA ADENOGLANDULAR TRAS PICADURA DE GARRAPATA: ¿ES NECESARIO TRATAR TODOS LOS CASOS?

Peñalver Penedo, R.[1]; Calvo Martínez, Y.[1]; Kanaan Leis, S.[2]; Encinas Ortega, C.[1] - [1]*CS Almazán, Soria, España;* [2]*Hospital Santa Bárbara de Soria, España.*

Introducción: La tularemia es una zoonosis emergente causada por *Francisella tularensis*, con incremento reciente de casos en Europa. En España, se notificaron 445 casos entre 2015–2024, con picos en 2019 y 2024 y predominio en Castilla y León. En pediatría, la forma más frecuente es la ulceroglandular tras picadura de garrapata, caracterizada por adenopatía regional y evolución subaguda. Sin embargo, existe escasa evidencia sobre el manejo en fases tardías o tras resolución clínica. **Caso clínico:** Niña de 8 años que inicia cuadro febril con faringoamigdalitis, seguido de adenopatía laterocervical derecha y nueva fiebre. Recibe amoxicilina-clavulánico con mejoría parcial. Posteriormente se objetiva picadura de garrapata occipital ipsilateral. Presenta reactivación ganglionar con abscesificación ecográfica, sin respuesta a antibioterapia empírica, requiriendo drenaje quirúrgico y cefadroxilo posterior. Dos semanas después, se confirma *F. tularensis* por PCR en exudado y serología. En ese momento, la paciente se encuentra asintomática y con resolución clínica completa. Se inicia tratamiento con ciprofloxacino oral 10 días. **Discusión:** La tularemia pediátrica presenta frecuentemente retraso diagnóstico y tratamiento inicial ineficaz. Presenta una elevada tasa de abscesificación y drenaje quirúrgico (hasta 60 %). Aunque el tratamiento antibiótico dirigido es la recomendación estándar, la evidencia indica que las formas localizadas por *F. tularensis* pueden presentar evolución parcialmente autolimitada. Además, el inicio tardío de antibioterapia (más de 2–3 semanas) se asocia a mayor fracaso terapéutico y necesidad de cirugía, sin clara evidencia de beneficio en fases evolutivas avanzadas. Este caso ilustra una resolución clínica completa tras drenaje, antes de recibir tratamiento específico, planteando la duda sobre la necesidad de antibioterapia en pacientes diagnosticados retrospectivamente. **Conclusiones:** La tularemia debe considerarse ante adenopatía persistente tras picadura de garrapata. En fases tardías con resolución clínica, la indicación de tratamiento antibiótico dirigido no está bien definida. Se requieren estudios adicionales para optimizar el manejo en estos escenarios.

O1-076 — EFICACIA DE LA IMPLANTACIÓN DE MEDIDAS HIGIÉNICAS PARA REDUCIR INFECCIONES EN ESCUELAS DE EDUCACIÓN INFANTIL

Peñalver Penedo, R.[1]; Valiente Prados, C.[2]; Ortiz Madinaveitia, S.[2]; Muñoz García, N.[3]; Romero Gil, R.[2]; González Fernández, M.[2]; Zalabardo Calvo, M.P.[4]; Cardiel Valiente, L.[2]; Cores Bartolomé, A.[2]. - [1]*CS Almazán, Soria, España;* [2] *Hospital Santa Bárbara, Soria, España;* [3]*CS del Burgo de Osma, Soria, España;* [4]*CS de Ágreda, Soria, España.*

Objeto del trabajo: Analizar la evolución de la carga por enfermedades infecciosas, el uso de recursos sanitarios en niños que acuden a escuelas infantiles durante dos cursos académicos consecutivos y la influencia de medidas preventivas. **Material y métodos:** Ensayo clínico aleatorizado comparativo entre los cursos 2023-2024 (n=447) y 2024-2025 (n=385) en niños de 0 a 3 años de 20 escuelas de educación infantil. Se recogieron variables basales, cobertura vacunal, tasas de incidencia de procesos infecciosos y uso de recursos (antibióticos, absentismo, visitas médicas y urgencias). Se calcularon tasas de incidencia y razón de tasas tomando como referencia el primer curso. Se analizó el efecto de la intervención preventiva (higiene de manos, ventilación y periodos de exclusión) y se estratificó por edad. **Resultados:** Los grupos fueron comparables, salvo por aumento significativo de vacunación frente a gripe y VRS. Se observó una reducción global de la carga infecciosa, con descenso significativo de episodios totales (0,83 vs 0,67 episodios/mes; $p<0,001$) y de procesos respiratorios de vías altas, conjuntivitis y otitis, también menor uso de antibióticos, absentismo y visitas a urgencias. No hubo cambios en gastroenteritis ni neumonía. Aumentó de forma no significativa la proporción de bronquiolitis. Se objetivó gran variabilidad entre centros. La intervención no mostró un efecto consistente: la mayoría de cambios fueron similares en centros con y sin intervención. Solo se observaron

efectos diferenciales en infecciones respiratorias altas y visitas a urgencias. Por grupos, el impacto fue más favorable en niños menores 0-1 años, así como en el primer trimestre del curso. No se evidenció un efecto protector claro de la vacunación antigripal. **Conclusiones:** Se observa una reducción global de la carga infecciosa entre cursos, probablemente multifactorial. La intervención no demuestra un beneficio consistente, aunque podría tener impacto en subgrupos específicos. La elevada variabilidad intercentros y las limitaciones metodológicas obligan a interpretar los resultados con cautela.

O1-077 — *"SEPHORA KIDS"* Y COSMETICOREXIA: IMPACTO PSICOLÓGICO Y RIESGOS DERMATOLÓGICOS. UNA REVISIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y OPORTUNIDADES DE INTERVENCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Gómez de Pablos, S.; López Turco, S.; Rodríguez Guerra, M.; Tejada Paredes, S.; Vargas Robert, L.; Delicado Moro, P. - *SACYL, Segovia, España.*

Objeto del trabajo: Analizar la evidencia científica disponible sobre el fenómeno *Sephora Kids* y la denominada cosmeticorexia, evaluando sus repercusiones dermatológicas y psicológicas en la población pediátrica, así como el papel de la Enfermería Familiar y Comunitaria en Atención Primaria en la prevención, detección precoz y educación para la salud. **Material y métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura publicada entre 2020 y 2026 en PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science y Google Scholar. Se emplearon los términos *Sephora Kids, cosmeticorexia, children, adolescents, skin care, social media, psychodermatology y contact dermatitis*. Se incluyeron revisiones, estudios observacionales, documentos de consenso y publicaciones de sociedades científicas relacionados con dermatología pediátrica, salud mental y promoción de la salud. **Resultados:** La evidencia muestra un incremento del interés de niños y preadolescentes por rutinas cosméticas complejas promovidas en redes sociales, con utilización de productos formulados para adultos que contienen retinoides, alfa y beta hidroxiácidos o vitamina C. Su uso se asocia con alteración de la barrera cutánea, dermatitis irritativa y alérgica de contacto, fotosensibilidad y exacerbación de dermatosis previas. Paralelamente, diversos autores describen mayor insatisfacción corporal, comparación social, ansiedad por la apariencia y consumo compulsivo de cosméticos, configurando un patrón emergente denominado cosmeticorexia. La Atención Primaria constituye un ámbito estratégico para desarrollar intervenciones educativas dirigidas a menores y familias, fomentando la alfabetización digital y hábitos de cuidado cutáneo basados en la evidencia. **Conclusiones:** El fenómeno *"Sephora Kids"* constituye un nuevo reto para la salud infantil al asociar riesgos dermatológicos, psicológicos y socioculturales. Aunque la evidencia científica aún es limitada, existe consenso en desaconsejar el uso de cosméticos con principios activos en menores sin indicación sanitaria. La Atención Primaria desempeña un papel clave mediante la educación para la salud, la alfabetización digital, el fomento de hábitos de autocuidado seguros y un pensamiento crítico frente a la influencia de las redes sociales.

COMUNICACIONES ORALES 8

O2-078 — MÁS ALLÁ DEL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

Berbiela García, I.; Moreno Ruzalfa, E.; Freixas Bermejo, M. - *Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron, Barcelona, España.*

Introducción: La fiebre mediterránea familiar (FMF) es una enfermedad autoinflamatoria hereditaria caracterizada por episodios recurrentes de fiebre e inflamación sistémica con clínica muy heterogénea (serositis, artralgias inflamatorias, lesiones cutáneas...). **Casos clínicos:** Se describen los casos de tres hermanos (niña de 13 años y dos niños gemelos de 7 años) con episodios recurrentes de dolor abdominal desde la primera infancia, autolimitados en 24–72 horas. La hermana consulta múltiples veces (hasta 11) por cuadro de abdominalgia, en dos ocasiones orientado como posible abdomen agudo, descartándose patología quirúrgica con ecografía abdominal. Los gemelos presentan dolor abdominal recurrente, con múltiples consultas. Uno de ellos, ante una exploración compatible con abdomen agudo, es sometido a apendicectomía con hallazgos anatomopatológicos inflamatorios inespecíficos. Los episodios cursaban sin fiebre y con ecografías normales. Analíticamente, destacaba anemia persistente en los tres casos y elevación intermitente de reactantes de fase aguda. A pesar de presentar episodios recurrentes, se requirió tiempos de evolución para poder constatar la recurrencia de cuadros de dolor abdominal con elevación de reactantes y sin otra etiología, sospechando la FMF y cursando el estudio genético. Se identificaron en los tres hermanos las variantes del gen MEFV: c.2080A > G p.(Met694Val), patogénica, y c.688G > A p. (Glu230Lys), de significado incierto; ambas compatibles con el espectro clínico de FMF. Fueron heredadas del padre y de la madre respectivamente generando una herencia en heterocigosis compuesta en posición trans. En dos de ellos se inició colchicina, con desaparición de los brotes y mejora analítica y antropométrica. **Conclusiones:** La presentación predominante con dolor abdominal recurrente y fiebre ausente o leve dificulta el diagnóstico. La anemia persistente y la elevación de reactantes tienen que hacer sospechar una enfermedad autoinflamatoria. El diagnóstico genético y el inicio precoz de colchicina son clave para prevenir complicaciones.

O2-079 — DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE LARON TRAS SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR POR MALNUTRICIÓN Y TALLA BAJA

Lliso Belda, I.; Suau Pecos, A.; Lacoba Garrido, M.; Milenkova Stoycheva, V.; García Torres, P.; Frau Reina, S.; Nso Roca, A.P. - *Hospital San Juan de Alicante, España.*

Conclusiones: Niña seguida desde los 15 días de vida por su pediatra del centro de salud por dificultades en la alimentación. Somatometría al nacimiento compatible con pequeña para edad gestacional (PEG) con peso p3 y talla p < 1. Precisa intervención por pies equino-varo. En revisiones del centro de salud se evidencia reflujo gastroesofágico (RGE) y rechazo a lactancia artificial, se pauta fórmula antirreflujo, omeprazol y domperidona. Se realiza interconsulta a Gastroenterología infantil e ingresa a los 5 meses de vida para tránsito gastroesofágico, que no evidencia RGE, se asocia sucralfato y se sigue en consultas. Ante estancamiento de peso y talla pese a aparente ingesta adecuada (incluyendo suplementos) y fenotipo peculiar, se extrae GH-Array y cariotipo (46XX) y se realiza interconsulta a Endocrinología infantil. En esta consulta se constatan antecedentes familiares de talla baja y síndrome uña-rótula y se evidencia fenotipo consistente en aspecto microsómico, clinodactilia del 5º dedo de las manos, retrognatia y voz aguda. Se valora en Genética, donde sospechan Síndrome Silver-Russell, que no se confirma posteriormente. Se realiza estudio de hipocrecimiento con edad ósea (retrasada más de 2 años) y test de hipoglucemia insulínica con resultado de probable déficit parcial de GH. Se inicia tratamiento con GH durante 2 años sin respuesta. A los 7 años desarolla pubertad precoz que se trata con Triptorelina 3 años y medio. Se realiza exoma a los 9 años hallando una variante en gen GHR con relación con los síntomas que podría originar insensibilidad a GH o Síndrome de Laron (padre portador). Se trata de una entidad extremadamente rara que cursa con talla muy baja y niveles de IGF-1 bajos que no responde a tratamiento con GH exógena. Se inicia tratamiento con mecasemina (IGF-1 sintética) hasta la actualidad, con una talla persistente en p < 1 y velocidad de crecimiento en p > 99.

O2-080 — CEFALEA PERSISTENTE COMO PRIMERA PISTA DE NEUROBORRELIOSIS PEDIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mujika Arrazola, M.[1]; Martín Anduaga, A.[1]; Arana Rivera, P.[1]; Vizmanos Larrayoz, M.[1]; Martínez Oyarbide, N.[1]; Sola Aparicio, A.[2]; Martínez Aso, L.[1]; Morales Martín-Mora, P.[1]; Lodosa Erdociain, L.[1]; Armañac Cadenas, C.[1]. - [1]*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España;* [2]*CS de Sarriguren, Navarra, España.*

Introducción: La mayoría de las cefaleas en pediatría son primarias. Sin embargo, una cefalea persistente, progresiva o asociada a signos de

alarma obliga a descartar causas secundarias. Presentamos un adolescente con cefalea persistente como manifestación inicial de neuroborreliosis. **Caso clínico:** Varón de 14 años, con cefalea tensional previa y antecedentes familiares de migraña juvenil, que consultó reiteradamente en Atención Primaria por cefalea diaria progresiva de un mes. Inicialmente temporal derecha y posteriormente bifrontal, se asociaba a fotofobia leve, vómitos y síndrome constitucional con pérdida ponderal de 7 kg. Negaba fiebre o clínica infecciosa reciente. Ante la progresión y los signos de alarma, fue derivado a Urgencias Pediátricas. La exploración física fue normal, salvo contracturas cervicales y temporomandibulares. La neuroimagen, incluyendo TC y RM cerebral, no mostró hallazgos relevantes. El líquido cefalorraquídeo (LCR) fue compatible con meningitis linfocitaria, con pleocitosis de 223 leucocitos/µL, 96 % de mononucleares, hiperproteinorraquia de 144 mg/dL y presión de apertura normal. Al ampliar la anamnesis, refería exposición frecuente a zonas de montaña, aunque no recordaba picadura de garrapata. Ante estos hallazgos, se solicitó estudio dirigido frente a *Borrelia burgdorferi*: la PCR en LCR fue negativa, mientras que la serología IgG frente a *Borrelia burgdorferi* fue positiva en suero y LCR, y se confirmó mediante Western blot. Se estableció el diagnóstico de neuroborreliosis. Recibió cefotaxima intravenosa seguida de doxiciclina oral, con resolución completa de la cefalea y del síndrome constitucional. **Conclusiones:** En Atención Primaria, una cefalea persistente o progresiva, especialmente si se acompaña de vómitos, pérdida ponderal u otros signos de alarma, debe motivar derivación para valoración urgente y ampliación del estudio. La neuroborreliosis, aunque infrecuente, debe considerarse ante una meningitis linfocitaria, incluso sin fiebre ni antecedente claro de picadura de garrapata, especialmente si existe exposición frecuente a zonas de montaña.

O2-081 — ORO PARECE, *MYCOPLASMA GENITALIUM* ES

Alcántara Rey, C.; Guillén Martín, S.; González Torralba, A.; Conde-Pumpido Velasco, M.; Álvaro Gómez, A.; Hercberg Moreno, A.; González Santamaría, L.; Alcaraz Romero, A.J. - *Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.*

Anamnesis: Adolescente mujer de 15 años que acude a Urgencias por dolor abdominal en fosa iliaca izquierda (FII) desde hace 12 horas, junto con disuria, poliaquiuria y tenesmo. Refiere haber mantenido relaciones sexuales. Fecha de última regla hace tres semanas. Afebril. Sin alteraciones deposicionales, ni vómitos. **Exploración clínica:** Constantes vitales normales. Buen estado general. A la exploración abdominal, ruidos hidroaéreos presentes. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias. Dolor a la palpación profunda en FII e hipogastrio, con defensa voluntaria. *Blumberg* dudoso, psoas negativo y taloneo negativo. Puño-percusión renal negativa. Resto normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó análisis de orina (normal) y test de embarazo (negativo). Se pautó analgesia intravenosa y se solicitó análisis de sangre, sin alteraciones ni aumento de reactantes de fase aguda. Fue valorada por Ginecología, descartando patología ginecológica urgente. Se completó estudio con prueba de reacción en cadena de polimerasa (PCR) de infecciones de trasmisión sexual (ITS) en orina, aislándose *Mycoplasma genitalium* con mutación en el ARNr 23S asociada a resistencia a macrólidos. Recibió tratamiento con moxifloxacino oral durante 7 días, con buena evolución. Se completó estudio con toma de exudados endocervicales y vaginales (negativos), así como serologías de ITS (negativas, salvo IgG virus Herpes simple 1/2 positiva). **Conclusiones:** *Mycoplasma genitalium* es una bacteria recientemente descrita como causa de ITS. Aunque a menudo es asintomática, puede causar uretritis, cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica o infertilidad. El contagio es a través de relaciones sexuales sin protección. El diagnóstico se realiza por PCR, pues su crecimiento en cultivo es lento. Además, se aplican test moleculares para detectar mutaciones de resistencia a macrólidos. El tratamiento es doxiciclina seguido de azitromicina para infecciones sensibles a macrólidos o moxifloxacino para infecciones resistentes. También se puede usar monoterapia con moxifloxacino en caso de resistencia a macrólidos conocida, como nuestro caso.

O2-082 — CUANDO LA ALIMENTACIÓN ES LA PISTA, PERO NO LA RESPUESTA

Mujika Arrazola, M.[1]; Salinas Uhalte, A.[1]; Arana Rivera, P.[1]; Martínez Oyarbide, N.[1]; Sola Aparicio, A.[2]; Fernández de Quincoces Gil, M.[1]; Chaverri Reparaz, C.M.[1]; Vizmanos Larrayoz, M.[1]; Armañac Cadenas, C.[1]; Ibarzabal Arregi, M.[1]. - [1]*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España;* [2]*CS de Sarriguren, Navarra, España.*

Introducción: Las dificultades de alimentación, el estancamiento ponderal y la irritabilidad durante las tomas son motivos de consulta frecuentes en los primeros meses de vida. Aunque habitualmente se relacionan con patología digestiva, en ocasiones constituyen la manifestación inicial de enfermedades neurológicas, cuyo diagnóstico puede retrasarse por una presentación clínica inespecífica. Presentamos tres casos ilustrativos. **Caso 1:** Recién nacido a término que a los 5 días de vida inicia clínica compatible con proctocolitis alérgica a proteína de leche de vaca (PLV) que resuelve tras dieta materna exenta de PLV y fórmula hidrolizada. Posteriormente presenta episodios de hiperextensión de tronco (tipo opistótonos) asociando tos, irritabilidad y desaturación durante las tomas, sin mejoría con omeprazol. Precisa sonda nasogástrica para alimentación. A los 3 meses destaca hipotonía axial, microcefalia, alternancia de irritabilidad neurológica con hipoactividad y electroencefalograma compatible con encefalopatía epiléptica pendiente de filiar. **Caso 2:** Recién nacida de 22 días con exploración neurológica normal al nacimiento que presenta irritabilidad y llanto durante las tomas con escasa ganancia ponderal pese a correcciones posturales y exclusión de PLV. Destaca postura de caderas en "libro abierto", inicialmente atribuida a presentación podálica, disminución de movilidad de extremidades inferiores y arreflexia bilateral siendo diagnosticada de paraparesia flácida secundaria a neuroblastoma con infiltración medular. **Caso 3:** Niño de 2 años y medio en seguimiento por fallo de medro desde los 9 meses. Recibe suplementación nutricional, omeprazol y exclusión de PLV sin mejoría significativa. Posteriormente desarrolla regresión motriz progresiva con pérdida de la deambulación. La neuroimagen revela un astrocitoma pilocítico de fosa posterior. **Conclusiones:** La presencia de irritabilidad durante las tomas, rechazo alimentario o fallo de medro pueden constituir manifestaciones iniciales de patología neurológica, incluso en ausencia de signos neurológicos inicialmente. -Una valoración clínica integral y la reevaluación periódica ante evolución tórpida son clave para alcanzar un diagnóstico precoz.

O2-083 — PATRÓN DE UTILIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS EN UNA CONSULTA PRIVADA DE PEDIATRÍA

Amado Puentes, A.; Pereiro Fernández, S.; Mazo Correa, N.; Arosa Sineiro, C.; Vila Pérez, D. - *Amado Clínica Pediátrica, España.*

Objeto del trabajo: La incorporación de pruebas diagnósticas rápidas y técnicas complementarias ha incrementado la capacidad resolutiva de la consulta pediátrica. Sin embargo, existen pocos estudios que describan su utilización en el ámbito privado. Analizar el perfil de utilización de las pruebas diagnósticas realizadas en una consulta privada de Pediatría. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de las pruebas registradas entre diciembre de 2025 y mayo de 2026 mediante historia clínica electrónica. Se analizaron edad, sexo, especialidad, financiación, tipo de prueba y distribución temporal. **Resultados:** Se analizaron 1.215 episodios correspondientes a 747 pacientes, con un total de 1.591 pruebas realizadas. La edad media fue de 4,84 ± 4,12 años y el 54,3 % fueron varones. El 92,3 % de las pruebas se realizaron en consultas de Pediatría general. Las determinaciones más frecuentes fueron PlusOptix (24,5 %), test antigénicos respiratorios (14,3 %), streptotest (11,1 %), timpanometría (9,1 %), inmunofluorescencia para SARS-CoV-2/gripe A-B (8,2 %), proteína C reactiva capilar (7,1 %) y MOXO ADHD Analytics (7,0 %). Agrupadas por categorías, predominaron las pruebas relacionadas con patología infecciosa (49,7 %), seguidas del cribado visual y auditivo (38,5 %) y de la evaluación del neurodesarrollo (9,2 %). En uno de cada cuatro episodios se realizó más de una prueba diagnóstica. **Conclusiones:** Las pruebas diagnósticas rápidas y técnicas complementarias forman parte de la práctica habitual en una consulta privada de Pediatría, especialmente

para el manejo de procesos infecciosos y actividades de cribado. Su utilización refleja un modelo asistencial de elevada capacidad resolutiva que deberá evaluarse en futuros estudios mediante indicadores de impacto clínico y eficiencia.

O2-084 — COMENSALIDAD FAMILIAR, CONSUMO DE VERDURAS E HIDRATACIÓN EN ESCOLARES CHILENOS

Araneda Flores, J.[1]; Pinheiro Fernandes, A.[2]; Vera Cavalín, M.[1]. - [1]*Universidad del Bío-Bío, Diguillin, Chile;* [2]*Universidad del Desarrollo, Chile.*

Objeto del trabajo: Describir prácticas de comensalidad familiar, consumo de verduras e hidratación en escolares chilenos que asisten a escuelas públicas. **Material y métodos:** Estudio transversal descriptivo. Participaron 224 escolares de establecimientos educacionales urbanos y rurales de Chile, seleccionados mediante muestreo no probabilístico, cuyos apoderados firmaron consentimiento informado. Se aplicó una encuesta estructurada validada por juicio de expertos, que incluyó prácticas de comensalidad, apoyo alimentario en el hogar, conversación durante las comidas, uso de aparatos electrónicos, consumo de verduras, consumo de agua y conocimientos sobre hidratación. El análisis se realizó utilizando el software STATA versión 14. **Resultados:** La edad promedio fue 8 ± 2 años de ambos sexos. La comensalidad familiar fue ampliamente reportada, con proporciones superiores al 60 % tanto en comer acompañado por un adulto como en compartir al menos una comida diaria en familia. El 51 % indicó que siempre conversa durante las comidas y el 68 % cuenta con un lugar definido para comer. En relación con el rol educativo del hogar, el 61 % refirió que siempre le enseñan qué alimentos son buenos para la salud, el 56 % recibe apoyo para servirse porciones adecuadas y el 52 % es animado a probar alimentos nuevos. Respecto al consumo de verduras, el 8 % declaró no consumirlas diariamente, mientras que el 71 % reportó un consumo bajo a moderado, equivalente a uno o dos platos al día. El uso de pantallas durante las comidas estuvo presente un 25 % siempre y 39 % algunas veces. En el subconjunto con información sobre vasos de agua, el consumo promedio fue 6 ± 2 vasos diarios. El 95 % identificó el agua como la bebida que mejor hidrata el cuerpo. **Conclusiones:** La comensalidad familiar se encuentra instalada en los hogares estudiados, aunque persisten brechas en consumo de verduras y uso de pantallas. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de incorporarla en estrategias de promoción de alimentación saludable en el entorno escolar y familiar.

O2-085 — BROMHIDROSIS, CARACTERÍSTICA CLÍNICA DE LA TRIMETILAMINURIA. ANÁLISIS DE LA EXCRECIÓN URINARIA DE TRIMETILAMINA Y N-ÓXIDO DE TRIMETILAMINA Y ESTUDIO DE LAS MUTACIONES GENÉTICAS EN EL GEN FMO3

Valero Sánchez Migallón, J.[1]; Orenes Vera, M.D.M.[2]; Reina Moreno, C.M.[3]; Blasco Alonso, J.[4]. - [1]*CS de Vélez-Málaga Norte, Málaga, España;* [2]*CS Murcia Sur, Murcia, España;* [3]*CS Puerta Blanca, Málaga, España;* [4]*Hospital Regional Universitario de Málaga, España.*

Objeto del trabajo: Describir las características clínicas y epidemiológicas de pacientes afectos de trimetilaminuria. Análisis de las pruebas diagnósticas, como la determinación de compuestos en excreción urinaria y descripción de las variantes mutagénicas halladas en el gen FMO3, así como actualización de las propuestas terapéuticas actuales. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de 16 pacientes derivados al servicio de gastroenterología en los últimos 20 años con síntomas de bromhidrosis, exacerbados por la ingesta de pescado. El diagnóstico se basó en los datos clínicos, el análisis de la excreción urinaria de trimetilamina y N-óxido de trimetilamina (sin restricción dietética previa) y en los resultados del estudio genético. Las variables cualitativas se expresaron mediante distribución de frecuencias y porcentajes y las variables cuantitativas mediante media aritmética y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico. **Resultados:** La edad media de la cohorte es de 7,9 años, con predominio de varones (56,3 %). En esta muestra se ha observado una edad mediana al diagnóstico de 11,5 meses. Principalmente la bromhidrosis era desencadenada por pescado azul, descubriéndose solo un caso de trimetilaminuria secundaria. En un 56,25 % de los casos se realizó un estudio urinario, con 100 % de cifras elevadas de trimetilamina y trimetilamina oxidada, evidenciándose un 93,75 % con disminución del porcentaje de N-óxido de trimetilamina, siendo en 12,5 % formas graves de la enfermedad. Los resultados del estudio genético realizado en 6 de los casos, describieron en 66,6 % mutaciones en homocigosis y heterocigosis en el gen FMO3. **Conclusiones:** El análisis de la excreción urinaria de trimetilamina es el método diagnóstico principal, basándose mayormente en el porcentaje de N-óxido de trimetilamina. El estudio genético del gen FMO3 es de utildad para la descripción de variables mutagénicas asociadas a esta entidad. El pilar fundamental del tratamiento es la restricción dietética selectiva y el asesoramiento a los padres para el manejo de las exacerbaciones.

O2-086 — EVALUACIÓN DE BIOMARCADORES TRAS PAUTA DE INDUCCIÓN A LA TOLERANCIA ORAL EN ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA: UTILIDAD EN EL SEGUIMIENTO PEDIÁTRICO

Moreno Méndez, A.; Bragado Alcaraz, E.; Fernández Pérez, M.; Ruiz Casas, C.; Navarro Gómez, M.; Saura Pérez, I.; Esparza Pérez, T.; Hernández Vera, M.J.; Chicano Cazaña, P.; Ruiz García, M.T. - *Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España.*

Objeto del trabajo: Evaluar los efectos de un protocolo de Inducción a la Tolerancia Oral (ITO) a los 6 meses sobre la respuesta cutánea y los niveles séricos de IgE e IgG4 frente a leche de vaca y sus proteínas principales (α-lactoalbúmina [ALA], β-lactoglobulina [BLG] y caseína), con el fin de optimizar las herramientas de monitorización clínica. **Material y métodos:** Estudio analítico longitudinal prospectivo en pacientes pediátricos con Alergia a las Proteínas de la Leche de Vaca (APLV) confirmada sometidos a un protocolo de ITO. Se midieron *Prick Test* e IgE/IgG4 séricas basales (T0) y a los 6 meses (T1). Se empleó el test de Wilcoxon para muestras pareadas. **Resultados:** Se incluyó una muestra de 10 pacientes (50 % mujeres), con una mediana en la duración de la fase de ascenso de la ITO de 124 días. - *Prick Test*: Se observó un aumento significativo frente a leche entera (δ promedio ≈ +5 mm, $p < 0.01$) y marginal frente a ALA (δ ≈ +2 mm, $p \approx 0.05$); BLG y caseína permanecieron sin cambios relevantes.- IgE sérica: Disminución significativa frente a leche (-30 %) y caseína (-25 %), $p < 0.05$; los cambios frente a ALA y BLG no fueron significativos.- IgG4 sérica: Incremento significativo en todos los componentes: leche (+40 %, $p < 0.05$), ALA (+60 %, $p < 0.01$), BLG (+55 %, $p < 0.01$) y caseína (+35 %, $p < 0.05$). **Conclusiones:** La ITO induce cambios inmunológicos consistentes con la desensibilización (reducción de IgE y potente aumento de IgG4). Aunque la respuesta cutánea inicial (*Prick Test*) puede incrementarse transitoriamente en leche y ALA, los biomarcadores séricos confirman la inducción de tolerancia. El conocimiento de esta disociación por parte del pediatra de Atención Primaria es clave para evitar alarmas innecesarias en el seguimiento ambulatorio y monitorizar con seguridad la eficacia del tratamiento.

O2-087 — EFICACIA DE UN ACEITE OZONIZADO EN DERMATITIS ATÓPICA: ENSAYO CLÍNICO DOBLE CIEGO, ALEATORIZADO Y CONTROLADO CON PLACEBO

Pelegrín López, B.[1]; García Ron, G.[2]; Iglesias Gómez Gómez, C.[1]; Antón Blanco, J.A.[3]; Jordan García, A.[4]; Peña Ramírez, C.[4]; Romero Gómez, M.[3]. - [1]*CS Alcantarilla-Sangonera, Alcantarilla, Murcia, España;* [2]*CS Las Águilas, Madrid, España;* [3]*Hospital General Universitario Torrevieja, Alicante, España;* [4]*CS Integrado Novelda, Alicante, España.*

Objeto del trabajo: Evaluar la eficacia y seguridad de una formulación tópica de aceite ozonizado en población pediátrica con dermatitis atópica leve-moderada. **Material y métodos:** Se realizó un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo con aceite ozonizado Ozoaqua®. Se incluyeron 50 pacientes pediátricos con diagnóstico de dermatitis atópica, 28 en el grupo activo y 22 en el grupo placebo. El tratamiento se aplicó por vía tópica dos veces al día durante 14 días. Las evaluaciones se realizaron en la visita basal, día 7 y

día 14. La variable principal de eficacia fue el índice SCORAD (*Scoring of Atopic Dermatitis*). Como variable secundaria se evaluó la calidad de vida mediante el IDQoL (*Infants' Dermatitis Quality of Life Index*). También se registraron eventos adversos, satisfacción, tolerabilidad y aceptabilidad cosmética. **Resultados:** El grupo activo mostró una reducción significativa del SCORAD en el día 7 respecto al basal, con una disminución media de 8,57 puntos (p = 0,014), cercana al umbral de mejoría clínicamente relevante (MCID ≥ 8,7). En el grupo placebo, la reducción fue menor y no significativa (-2,63 puntos; p = 0,490). En el análisis entre grupos, las diferencias en SCORAD no alcanzaron significación estadística, aunque fueron favorables al aceite ozonizado en día 7 y día 14. El análisis de respondedores mostró que el 66,7 % del grupo activo alcanzó el MCID en día 7, frente al 36,4 % del placebo. El IDQoL mostró una diferencia significativa entre grupos en día 7 favorable al tratamiento activo (-2,58 puntos; p = 0,011). Ambos tratamientos presentaron baja incidencia de eventos adversos y buena aceptabilidad cosmética. **Conclusiones:** La aplicación tópica de aceite ozonizado se asoció con una mejoría clínica temprana de la dermatitis atópica pediátrica leve-moderada, una mejora significativa de la calidad de vida y un perfil de seguridad adecuado.

O2-088 — EFECTIVIDAD DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Redondo Aparicio, S.[1]; Villoslada Duran, M.[2]; Fombellida de la Fuente, C.[3]; Gómez Menduiña, J.[3]; Fraile Manzano, M.I.[3]; Alonso Rubio, A.M.[2]; Palencia Ercilla, T.[3]; García de Ribera, C.[4]; Vaquerizo Pollino, M.J.[5]; Bachiller Luque, R.[6]. - [1]*Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España;* [2]*CS Covaresa, Valladolid, España;* [3]*EAP Circunvalación, Valladolid, España;* [4]*EAP Magdalena, León, España;* [5]*EAP Plaza circular, Valladolid, España;* [6]*EAP Pilarica, Valladolid, España.*

Objeto del trabajo: Evaluar la efectividad de la vacunación antigripal tras su incorporación universal al calendario vacunal infantil de Castilla y León desde la temporada 2023-2024. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo incluyendo niños de 6 a 59 meses de las áreas de Valladolid Este y Oeste durante las temporadas epidémicas 2022-2023, 2023-2024 y 2024-2025. Los datos se obtuvieron mediante los trámites de solicitud de información al Servicio de salud digital de la Dirección de asistencia sanitaria de la Gerencia Regional de Salud. Se realizó un análisis estadístico en el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). **Resultados:** Se analizaron 48.678 niños, de los cuales 16.033 fueron vacunados. La cobertura vacunal aumentó del 9,2 % en 2022-2023 al 43,7 % y 45,5 % en las temporadas posteriores. La vacunación se asoció con una reducción significativa del riesgo de gripe en las tres temporadas, observándose un efecto protector global (OR=0,547; IC95 %: 0,493-0,608). La efectividad fue mayor en niños de 2 o más años y no se observaron diferencias relevantes según sexo (p > 0,05). Asimismo, la cobertura vacunal fue superior en áreas urbanas 34,0 % respecto a rurales 30,4 %. **Conclusiones:** Los resultados apoyan la efectividad de la vacunación antigripal infantil y respaldan su implantación universal como medida preventiva en menores de 5 años.

O2-089 — IMPACTO DE LA COMUNICACIÓN SANITARIA PROFESIONAL EN LA PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y LA COBERTURA VACUNAL ANTIGRIPAL PEDIÁTRICA EN ESPAÑA

Navarro Mañes Mañes, C.[1]; Fernández Prada, M.[2]; Gálvez Fernández, M.[3]; Jiménez Aranda, A.[3]. - [1]*AstraZeneca, Madrid, España;* [2]*Hospital Vital Álvarez Buylla, Oviedo, Asturias, España;* [3]*Biopharmaceutical Medical, AstraZeneca, Madrid, España.*

Objeto del trabajo: La gripe en edad pediátrica comporta una elevada carga clínica y uso de recursos. La aceptación de la vacunación está condicionada por percepciones parentales y por la exposición a mensajes de profesionales sanitarios (HCP). Este trabajo tiene como objetivo evaluar la asociación entre información sanitaria profesional, percepción de gravedad y conducta vacunal en progenitores. **Material y métodos:** Estudio transversal mediante encuesta anónima a empleados de AstraZeneca en España. Se recogieron variables sobre percepción de gravedad, experiencia previa, fuentes informativas, disponibilidad regional, razones para vacunación y facilitadores de acceso. Análisis descriptivo con estratificación en padres con hijos <18 años y subgrupo 6–59 meses. **Resultados:** Solo el 26,5 % de los progenitores reportó haber recibido información específica sobre gripe infantil por parte de los profesionales sanitarios; la procedencia principal fue Pediatría (62 %) y Enfermería (18 %). La exposición a información profesional se asoció con mayor percepción de severidad: el 78 % de expuestos calificó la gripe como severa (≥ 7/10) frente al 43,9 % de no expuestos (brecha > 30 puntos porcentuales).La cobertura vacunal declarada en 2024–2025 fue del 51,9 % global y del 84,9 % en el subgrupo de 6–59 meses. La probabilidad de vacunar fue mayor entre quienes recibieron información de HCPs (37,8 % de los vacunadores vs 14,3 % de los no vacunadores reportaron tal información).Los principales motivos para no vacunar fueron "no es necesaria" (13,2 %) y desinformación (12,7 %); el 92,8 % de quienes alegaron desinformación no había recibido información profesional previa. **Conclusiones:** La comunicación sanitaria profesional emerge como determinante clave que modula la percepción del riesgo y se traduce en mayor aceptación vacunal.

O2-090 — PERFIL CLÍNICO-MICROBIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES DIAGNOSTICADAS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS ENTRE 2019 Y 2024

Alquézar Yus, P.; Brizuela Delgado, J.; Ibáñez Rubio, S.; Jarauta Sánchez, I.; Altuzarra Foncea, Y.; García de la Cruz, M.; De Prado Durante, C.; Antolín Villaverde, R.; Ortega Asensio, M.; Pasamón García, S. - *Hospital Universitario San Pedro, Logroño, La Rioja, España.*

Objeto del trabajo: Describir las características clínicas, analíticas y microbiológicas de las infecciones osteoarticulares (IOA) diagnosticadas en Urgencias Pediátricas, así como analizar los principales factores relacionados con el retraso diagnóstico. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un hospital terciario entre 2019 y 2024. Se incluyeron pacientes de 30 días a 14 años con diagnóstico de osteomielitis (OM), artritis séptica (AS) o espondilodiscitis (ED) atendidos inicialmente en Urgencias Pediátricas. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, microbiológicas y terapéuticas. **Resultados:** Se identificaron 20 pacientes con IOA: 11 OM, 8 AS y 1 ED. El 65 % eran varones y el 60 % menores de 5 años. El síntoma de presentación más frecuente fue la asociación de fiebre y cojera (80 %), aunque el 20 % consultó únicamente por cojera. Solo el 25 % presentaba leucocitosis > 5.000/mm³ al diagnóstico; la VSG media fue de 44 mm/h y la PCR media de 59,9 mg/L. Las localizaciones más frecuentes de OM fueron cadera, fémur distal y tibia proximal. Se identificó el microorganismo causal en el 54 % de las OM mediante hemocultivo y en el 37,5 % de las AS mediante artrocentesis. *Staphylococcus aureus* fue el principal agente etiológico, seguido de *Kingella kingae*, especialmente en menores de 5 años. La PCR específica *para K. kingae* se utilizó únicamente en el 30 % de los pacientes. El 60 % de los niños precisó dos o más consultas en Urgencias antes de confirmarse el diagnóstico. La antibioterapia empírica más empleada fue cloxacilina. **Conclusiones:** Las IOA continúan representando un importante reto diagnóstico en Urgencias Pediátricas. La ausencia de fiebre o leucocitosis no excluye el diagnóstico, por lo que debe mantenerse un alto índice de sospecha ante cualquier cojera atraumática. La elevada frecuencia de *K. kingae* en menores de 5 años refuerza la necesidad de ampliar el uso de técnicas moleculares para optimizar el diagnóstico etiológico.

O2-091 — DESARROLLO DEL PROYECTO IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2 DURANTE EL EMBARAZO EN LA SALUD FÍSICA Y NEURODESARROLLO DE NIÑOS/AS DE 4 AÑOS: EVIDENCIA DESDE LA COHORTE SIGNATURE

Flores Méndez, B.[1]; Coronel Rodríguez, C.[1]; Domínguez Carmona, M.[2]; Reguera Pozuelo, P.[2]; Begara de la Fuente, M.[1]; Ruiz Veguilla, M.[2]. - [1]*CS Amante Laffón, Sevilla, España;* [2]*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.*

Objeto del trabajo: Determinar el impacto de la infección por SARS-CoV-2 sufrida durante el embarazo en la salud física y neurodesarrollo

de sus descendientes. **Material y métodos:** La base de este proyecto es el estudio SIGNATURE; de cohorte prospectivo. Se incluyeron 1090 embarazadas y sus recién nacidos entre el 1/08/2021 al 1/08/2022. El factor de exposición era haber presentado la infección de SARS-CoV-2 durante el embarazo (financiación pública en 2020 y 2022 y financiación privada en 2022). La fase actual evalúa a esos niños a los 4 años en Atención Primaria, coincidiendo con la visita del Programa de Salud Infantil (financiación pública 2024) **Resultados:** Se incluyeron 560 participantes. El índice de masa corporal (IMC) fue calculable en 513. 47 niños/as (9,1 %) presentaron sobrepeso (IMC percentil 85-95), y 48 (9,3 %) presentaron obesidad (IMC ≥ P95). A estos pacientes se les está analizando en la actualidad la tensión arterial, perfil lipídico y glucémico, tipo de dieta, horas de pantallas y de actividad física. También se ha aplicado el cuestionario de Edades y Etapas (ASQ-3). 491 participantes (95,5 %) tuvieron los cinco dominios puntuables. 37 niños/as (7,2 %) presentó al menos un dominio por debajo del punto de corte, compatible con un cribado positivo de riesgo del neurodesarrollo; y 16 (3,1 %) presentaron dos o más dominios por debajo del punto de corte. Los dominios con mayor frecuencia de puntuaciones bajas fueron motricidad gruesa (21/498; 4,2 %) y motricidad fina (18/499; 3,6 %). **Conclusiones:** Estudios previos han señalado que en épocas de pandemia por virus aumenta los diagnósticos de enfermedades del neurodesarrollo, así como un peor estado de salud física de los niños. Si se confirman estos resultados con nuestra cohorte, podremos diseñar políticas preventivas con el objetivo de minimizar el impacto de la pandemia en la salud de los menores, al poder abordar de manera eficaz y temprana estas patologías.

COMUNICACIONES ORALES 9

O2-092 — ADENOPATÍA CERVICAL TRAS VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA

Martínez Aliaga, J.J.; Silva Ordovás, E.; Gómez Bejar, C.; Montserrat Masmitja, A.; Sabater García, M.; López-Segura, N. - *Hospital del Mar, Barcelona, España.*

Anamnesis: Niña de 6 años, previamente sana, derivada desde atención primaria por adenopatía supraclavicular derecha de 3 días de evolución, inicialmente dolorosa. No fiebre, astenia, pérdida de peso ni otra clínica asociada. Hace 6 días recibió segunda dosis de vacuna antirrábica (Rabipur) en deltoides derecho como profilaxis pre-viaje a Bangladesh. La primera dosis se administró en misma localización una semana previa. No enfermedades recientes ni viajes, no contacto con enfermos con tuberculosis ni gatos u otros animales. **Exploración física:** Buen estado general, destaca en región cervical baja derecha una adenopatía de 1 cm, de consistencia blanda, móvil, no adherida a planos profundos y sin eritema ni dolor. No adenopatías en otras localizaciones ni visceromegalias. No signos inflamatorios en deltoides derecho. Resto de exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Análisis de sangre con hemograma, extensión sangre periférica, proteína C reactiva, VSG y LDH normal, serologías VIH, virus *Epstein-Barr, Citomegalovirus, Toxoplasma gondii y Bartonella henselae* negativas. Test detección rápida estreptococo grupo A en frotis faríngeo negativo. Prueba de tuberculina negativa. Radiografía de tórax normal. Ecografía cervical informa de adenopatía con hilio conservado, sin signos de alarma. Ante estabilidad clínica y relación temporal, se orienta como adenopatía reactiva vacunal que remite de forma espontánea. **Conclusiones:** La linfadenopatía regional (cervical, supraclavicular o axilar) es un efecto adverso benigno poco reconocido pero descrito tras diversas vacunas, incluyendo la BCG, virus del papiloma humano (VPH), gripe A H1N1 y vacunas ARNm contra la COVID-19. En el caso de Rabipur se describe como un efecto secundario frecuente (10 % casos). Estas reacciones suelen aparecer a las pocas horas o hasta 2 semanas después de la administración de la vacuna y se resuelven espontáneamente en 4-6 semanas. El reconocimiento de este cuadro puede evitar la preocupación de la familia y la realización de procedimientos diagnósticos innecesarios.

O2-093 — GASTROENTERITIS AGUDA POR NOROVIRUS Y ROTAVIRUS EN PEDIATRÍA: HOSPITAL Y CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA ASOCIADOS

Barenblit Mas, L.[1]; Bassets Bosch, A.[2]; Vicente, M.[3]; Andrés Verges, C.[1]; Rodríguez Garrido, V.[1]; Vila, J.[1]; Antón Pagarolas, A.[1]; Creus Costa, A.[1]. - [1]*Hospital Infantil Vall d'Hebron, Barcelona, España;* [2]*CAP Rio de Janeiro, Barcelona, España;* [3]*Institut Català de la Salut, Barcelona, España.*

Objeto del trabajo: Las gastroenteritis agudas (GEA) por rotavirus (RoV) y norovirus (NoV) representan una causa importante de morbilidad pediátrica y de utilización de recursos sanitarios. En 2025, se introdujo la vacunación universal frente a RoV en Cataluña. El objetivo del estudio fue comparar las características clínicas de los casos de GEA por NoV y RoV. **Material y métodos:** Realizamos un estudio observacional retrospectivo en un hospital pediátrico terciario de Barcelona. Se incluyeron pacientes ≤16 años con confirmación microbiológica mediante PCR múltiple a tiempo real de NoV o RoV en heces, atendidos entre enero de 2025 y mayo de 2026 tanto en urgencias hospitalarias como en el ámbito ambulatorio de atención primaria. **Resultados:** Se incluyeron 45 pacientes con NoV y 36 con RoV (40,5 % vacunados), con mediana de edad de 15,3 (RIC 10–41) y 21,2 (RIC 13–30) meses, respectivamente, y una distribución similar entre sexos (varones: 57,8 % vs 55,6 %). Los pacientes con RoV presentaron con mayor frecuencia deshidratación moderada-grave (50,0 % vs 28,9 %; p<0,001), mayor necesidad de rehidratación endovenosa (66.7 % vs. 37.8 %; p=0,014) y mayor tasa de hospitalización (52,8 % vs 20,0 %; p=0,003). A nivel analítico, mostraron menores niveles de bicarbonato sérico (14,2 vs 19,8 mmol/L; p=0,003). Además, cursaron con fiebre con mayor frecuencia (75,0 vs 53,3 %, p=0,064), aunque sin alcanzar la significación estadística. Las comorbilidades fueron comparables entre grupos, si bien la inmunosupresión fue más frecuente en los casos de NoV (26,7 % vs 8,3 %; p=0,045). **Conclusiones:** En nuestra cohorte, la infección por RoV se asoció con mayor gravedad clínica y tasa de hospitalización, lo que refuerza la importancia de mantener estrategias preventivas y de identificar precozmente a los pacientes de riesgo. La mayor frecuencia de inmunosupresión en NoV sugiere un perfil clínico y del huésped diferenciado. En conjunto, estos hallazgos apoyan la necesidad de una vigilancia clínica y microbiológica de las GEA en la infancia.

O2-094 — DACTILITIS ESTREPTOCÓCICA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE DEDO DOLOROSO EN PEDIATRÍA

Roca Sánchez, M.; Mesas Vila, N.; Esteban García, M.; Santos Hevia-Aza, A.; Busquets Frigola, A.; Pasqués Gandía, M.J.; Roda Huerta, E. - *Hospital Clínico Universitario de Valencia, España.*

Anamnesis: Niño de 5 años, previamente sano, que acudió por fiebre de hasta 39 °C y tumefacción dolorosa del segundo dedo de la mano derecha de 18 horas de evolución, sin antecedente traumático. Refería odinofagia autolimitada cuatro días antes. **Exploración clínica:** Destacaba edema fusiforme, eritema, aumento de temperatura local, limitación funcional y una ampolla tensa con contenido purulento en la falange proximal, sin puerta de entrada evidente ni fluctuación. Resto de la exploración normal. **Pruebas complementarias:** La analítica mostró leucocitosis (19000/mcL) con neutrofilia (12000/mcL) y elevación de proteína C reactiva (108 mg/L). La ecografía descartó colección y afectación articular. El cultivo faríngeo aisló *Streptococcus pyogenes* y los hemocultivos fueron negativos. Se realizó drenaje local de la ampolla, obteniéndose material purulento cuyo cultivo aisló *Streptococcus pyogenes*. **Tratamiento:** Se inició cefazolina intravenosa, con desaparición de la fiebre en menos de 24 horas y mejoría progresiva del edema y del dolor. Completó diez días de tratamiento con amoxicilina oral, presentando resolución clínica completa sin secuelas. **Conclusiones:** La dactilitis estreptocócica es una infección poco frecuente de las partes blandas de los dedos causada por *Streptococcus pyogenes*. Su baja incidencia y la similitud clínica con otras infecciones osteoarticulares dificultan el diagnóstico precoz. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, apoyado por la ecografía para excluir abscesos y afectación osteoarticular. El diagnóstico diferencial incluye celulitis, panadizo, artritis séptica, osteomielitis y dactilitis de origen hematológico. Las series publicadas muestran una evolución favorable con antibioterapia

precoz, siendo excepcional el tratamiento quirúrgico. Ante un niño con dactilitis aguda febril, especialmente tras una infección faríngea reciente, debe considerarse la etiología estreptocócica. El reconocimiento precoz permite instaurar tratamiento dirigido, evitar procedimientos invasivos innecesarios y obtener una evolución favorable, en consonancia con los casos descritos en la literatura.

O2-095 — IMPORTANCIA DEL CALENDARIO VACUNAL EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE EXANTEMA Y FIEBRE EN ATENCIÓN PRIMARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Grima Humanes, P.[1]; Rey Berenguel, A.[1]; Ávila Huertas, L.[1]; Malagón Arquillo, C.[2]; González Boyero, J.L.[1]; Hernández Sierra, B.[1]. - [1]*Hospital Universitario Poniente, El Ejido, Almería, España;* [2]*CS Aguadulce Sur, Almería, España.*

Resumen del caso: Lactante de 12 meses y 18 días. Sin alergias medicamentosas, bien vacunado según calendario, recibiendo triple vírica (TV) y MenACYW hacía 16 días, sin antecedentes de interés, salvo una otitis media tratada con antibioterapia una semana antes. Consulta en Centro de Salud por fiebre de 39ºC de 3 días de evolución y aparición de exantema hacía 48 horas. Asociaba tos y mucosidad e hiperemia conjuntival exudativa, sin mucositis. A la exploración, buen estado general, sin soplos cardíacos, faringe hiperémica con petequias palatinas (Streptotest negativo), exantema maculopapuloso rojo-parduzco generalizado, más confluente en muslos, con afectación palmar, adenopatías laterocervicales bilaterales e inguinales < 1 cm rodaderas. Inicialmente actitud expectante y revisión en 24 horas. En revisión, afebril en las últimas 12 horas. Permanece sin soplos cardíacos, exantema similar al día previo, con pequeñas manchas blanquecinas "espolvoreadas" en zona profunda de mucosa yugal. Ante sospecha enfermedad de Kawasaki (EK) incompleto vs sarampión postvacunal (dado el antecedente de vacunación con TV reciente), se deriva a hospital de referencia donde, realizan analítica urgente, sin leucocitosis, trombocitosis, ni elevación de reactantes de fase aguda (RFA) y extraen hemocultivo. Con esto, finalmente se orienta el caso como sospecha de sarampión postvacunal. Se realiza declaración de sospecha a Medicina Preventiva, se extraen serologías y muestra de orina y exudado nasofaríngeo para PCR. Se indicó aislamiento a la espera de resultados. Finalmente, se confirma sospecha: IgM sarampión positiva y detección de ARN en exudado faríngeo. La fiebre perdura 7 días en total, desapareciendo el exantema el quinto día. Sin secuelas posteriores ni aparición de casos relacionados. **Conclusiones:** - La vacunación reciente con TV exige considerar el sarampión postvacunal ante un exantema febril.- Ante sospecha, aislamiento hasta confirmación diagnóstica.- La ausencia de RFA elevados ayuda a descartar EK.- El diagnóstico microbiológico es fundamental para confirmar la sospecha clínica.

O2-096 — INFECCIÓN CUTÁNEA NEONATAL POR VIRUS DEL HERPES SIMPLE TIPO 1: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES

Molano Acosta, M.; Andrés Blanco, L.; Ureña Buch, E.; Escobar Hernaiz, B.; García Calvo, E.; Montejo Marcos, B.; Roux Rodríguez, A.; Muñoyerro Sesmero, M.; Caballero Ramos, J. - *Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, España.*

Introducción: La infección neonatal por virus del herpes simple (VHS) es una enfermedad poco frecuente pero potencialmente grave, con una elevada morbimortalidad si no se instaura tratamiento precoz. La afectación puede limitarse a piel, ojos y mucosas o progresar a enfermedad del sistema nervioso central o diseminada, por lo que el reconocimiento temprano de las lesiones cutáneas es fundamental. **Anamnesis:** Recién nacido de 6 días de vida, sin fiebre, remitido por sospecha de impétigo ampolloso tras presentar una lesión cervical de escasa respuesta a mupirocina tópica. Como antecedentes destacaban parto vaginal complicado por distocia de hombros y rotura prolongada de membranas superior a 24 horas. **Procedimientos:** Al ingreso inició tratamiento intravenoso con cloxacilina. A las 36 horas aparecieron nuevas lesiones vesiculosas en región cervical, occipital y parietotemporal, lo que motivó la sospecha de infección herpética e inicio de aciclovir intravenoso. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de las lesiones fue positiva para virus del herpes simple tipo 1 y negativa para virus varicela-zóster. El estudio de extensión, incluyendo líquido cefalorraquídeo, ecografía cerebral, fondo de ojo, hemocultivos y cultivo de líquido cefalorraquídeo, fue normal o negativo. Completó 14 días de aciclovir intravenoso, con resolución clínica y posterior tratamiento supresor con aciclovir oral durante seis meses. **Conclusiones:** La infección cutánea neonatal por VHS puede simular inicialmente un impétigo, retrasando el diagnóstico. La aparición de nuevas lesiones vesiculosas debe hacer sospechar esta entidad e iniciar tratamiento antiviral sin demora, incluso antes de la confirmación microbiológica. En comparación con las principales series publicadas, este caso presentó una forma limitada a piel, sin afectación neurológica ni diseminada, circunstancia asociada a un pronóstico favorable cuando el tratamiento con aciclovir se instaura precozmente. El estudio de extensión continúa siendo imprescindible para descartar formas invasivas y orientar la duración del tratamiento.

O2-097 — SARAMPIÓN, EL REGRESO DE UNA ENFERMEDAD PREVENIBLE

García Cobarro, L.[1]; Lorenzo Adánez, D.[1]; Panalés Romera, A.[1]; Olmos García, J.M.[1]; Martínez García, E.[1]; Navarro Salmerón, Z.[1]; Carrillo Y Soto, L.[1]; Álvarez García, A.[1]; Giménez Pérez, A.[1]; Sánchez Pérez, M.[1]. - [1]*Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca, Murcia, España.*

Introducción: En enero de 2026 la OMS retiró a España el estatus de país libre de sarampión. El aumento de casos y brotes registrados en 2024 y 2025 muestran una tranmisión endémica del virus. En mayo de 2026 se inició uno de estos brotes en el municipio de Alcantarilla, Murcia. Presentamos el caso clínico del primer paciente pediátrico afecto en este brote. **Caso clínico:** Lactante de 11 meses que consulta por fiebre (38,5ºC), clínica catarral y conjuntivitis de 5 días de evolución junto con un exantema maculopapular eritematoso y generalizado de aparición craneocaudal y con afectación retroauricular presente desde hace 3 días. En la exploración también se observa unas lesiones puntiformes y blanquecinas en la mucosa oral que impresionan de manchas de Koplik. El niño vive en Alcantarilla, municipio en el que 24 horas antes se han notificado 2 casos de sarampión sin relación con el paciente. Por edad no ha recibido vacuna triple vírica Se confirma el diagnóstico con IgM + frente a sarampión y, dado el buen estado general del paciente, se da de alta con aislamiento en domicilio. **Conclusiones:** El sarampión es causado por un virus ARN del género *Morbillivirus* (familia *Paramyxoviridae*), altamente contagioso. Tras un periodo de incubación de 10-14 días, se manifiesta con fiebre, tos, coriza y conjuntivitis seguidos de la aparición de las machas de Koplik y, posteriormente, un exantema maculopapular de progresión cefalocaudal. Aunque la evolución suele ser favorable, puede asociar complicaciones como otitis media aguda, neumonía, encefalitis aguda y la panencefalitis esclerosante subaguda, estas últimas poco frecuentes pero de elevada morbimortalidad. La reemergencia de esta enfermedad en España, con brotes como del de Alcantarilla (25 casos confirmados), hace evidente la necesidad de establecer una sospecha diagnóstica precoz para evitar la propagación del brote y de mejorar las coberturas vacunales en la población.

O2-098 — TOS, MUCOSIDAD NASAL Y FIEBRE EN LACTANTE DE 4 MESES DE EDAD

Almorós Vela, J. - *Hospital Príncipe de Asturias, Oviedo, Asturias, España.*

Conclusiones: La tuberculosis continúa siendo un problema relevante de salud pública en la población infantil, donde los casos en menores se consideran un "hecho centinela" de transmisión reciente y requieren un estudio sistemático de contactos. Los protocolos regionales y el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis insisten en la necesidad de identificar de forma precoz las exposiciones intrafamiliares, coordinar la actuación entre Atención Primaria y Salud Pública y garantizar la evaluación prioritaria de los pacientes convivientes con un caso índice bacilífero. Complementariamente, el algoritmo de la AEPap para el contacto con tuberculosis ofrece una herramienta práctica para el pediatra de atención primaria en la toma de decisiones ante estas situaciones de riesgo elevado. Presentamos el caso de una lactante de cuatro meses, conviviente con un

progenitor diagnosticado de tuberculosis activa, en quien el estudio de contactos no se inició en el momento del diagnóstico del caso índice y la activación posterior del circuito diagnóstico no se acompañó de una recuperación efectiva de las citas no acudidas, ni de la instauración de la profilaxis recomendada, manteniéndose únicamente controles de peso en la consulta. Esta concatenación de demoras y omisiones representa una cadena de oportunidades perdidas a lo largo de distintos puntos del sistema asistencial más que errores individuales, y pone de relieve cómo la falta de aplicación de los protocolos vigentes puede traducirse en un incremento del riesgo potencial para los niños expuestos. El análisis de este caso pretende destacar la importancia de que todos los profesionales implicados en la atención del niño conozcan, integren y apliquen de forma proactiva los procedimientos de vigilancia, estudio de contactos y tratamiento preventivo establecidos, reforzando la coordinación entre niveles asistenciales y con los servicios de salud pública para garantizar una protección efectiva de los menores en contextos de posible transmisión reciente de tuberculosis.

O2-099 — VIRUS DE *EPSTEIN-BARR* COMO CAUSA INFRECUENTE DE EPIGLOTITIS EN PEDIATRÍA

Bach Álvarez, B.; Canalejas Tulleuda, A.; Manrique Navas, R.; Solfa, M.; García de Oteyza, M.; Amoros Villaverde, S. -
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Anamnesis: Paciente de 12 años que acude a la urgencia por un cuadro de dificultad respiratoria de horas de evolución, asociado a cianosis facial, en relación con diagnóstico de mononucleosis infecciosa las 24 horas previas en otro hospital tras cuadro de 5 días de evolución de fiebre de hasta 38,5ºC y odinofagia. **Exploración física:** Presenta un triángulo de evaluación pediátrica estable, con constantes en rango para su edad, afebril y saturación de oxígeno de 98 %. A la exploración otorrinolaringológica presenta faringe y amígdalas hipertróficas e hiperémicas con exudado bilateral. Protusión de ambos pilares amigdalinos con conglomerado adenopático bilateral de predominio derecho, de 4x4cm, indurado no móvil y doloroso. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza análisis de sangre en el que destaca hemograma sin alteraciones, PCR de 50.6 mg/L, serologías de IgM positivas para Virus de *Epstein Barr* (VEB). Se realiza también TAC de cuello en el que se observa colección en formación en localización retrofaríngea con adenopatías necróticas y componente de epiglotitis y parotiditis. Es valorado por otorrinolaringología, realizándose fibrolaringoscopia en la que se evidencia epiglotis edematosa, sin aparente flemón retrofaríngeo. Se decide ingreso en UCI pediátrica para vigilancia clínica, con metilprednisolona intravenosa y amoxicilina-clavulánico, con evolución favorable, sin precisar soporte respiratorio. **Conclusiones:** La epiglotitis es una inflamación rápidamente progresiva de la epiglotis y tejidos circundantes que puede producir un compromiso de la vía aérea. La causa más frecuente es infecciosa y su incidencia ha descendido notablemente tras la introducción de la vacuna *H. Influenzae* tipo B. Se debe considerar el VEB como potencial causa de epiglotitis, especialmente en adolescentes con signos de mononucleosis que presenten síntomas como estridor, disfagia y tos ronca.

O2-100 — NO TODO EXANTEMA PAPULOVESICULOSO ES VARICELA: ENFERMEDAD MANO-PIE-BOCA ATÍPICA POR COXSACKIE A6

Montes Araujo, P.D.C.[1]; Tomás Quesada, Á.[1]; Domínguez León, V.[2]. -
[1]*CS Las Letanías, Sevilla, España;*
[2]*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.*

La enfermedad mano-pie-boca (EMPB) es una infección vírica frecuente en la infancia, caracterizada por un exantema vesicular limitado a manos, pies y cavidad oral. En los últimos años se han descrito formas atípicas relacionadas principalmente con Coxsackievirus A6, que presentan lesiones extensas, polimorfas y de distribución inusual, pudiendo confundirse con otras entidades. Su reconocimiento precoz evita pruebas y tratamientos innecesarios. **Caso:** Niña, 4 años, sana, consulta por fiebre y aparición progresiva en 48-72 horas de múltiples lesiones cutáneas dolorosas y pruriginosas con odinofagia. Presenta exantema papulovesiculoso muy llamativo, numerosas lesiones eritematosas, algunas con ampollas y otras en fase costrosa, distribuidas de forma bilateral y simétrica en miembros superiores e inferiores, predominante en superficies flexoras, región poplítea, muslos y a nivel perianal. Asimismo, presenta lesiones en palmas y mucosa oral. Ante la morfología y distribución del exantema, se establece el diagnóstico clínico de enfermedad mano-pie-boca atípica, probablemente por Coxsackievirus A6. Se instauró tratamiento con analgesia, antihistamínico y antibiótico oral, con evolución favorable y resolución progresiva de las lesiones sin complicaciones. Las variantes clínicas asociadas a Coxsackievirus A6 presentan un patrón cutáneo diferente al descrito clásicamente. Son frecuentes las lesiones papulovesiculosas extensas, la afectación predominante de extremidades y superficies flexoras, la coexistencia de prurito y dolor, así como la aparición de costras y lesiones de aspecto varioliforme. Estas formas pueden confundirse con varicela, Gianotti-Crosti, *eccema herpeticum*, o incluso con Stevens-Johnson, especialmente cuando el exantema es muy exuberante. La presencia de lesiones orales y la afectación palmoplantar constituyen claves diagnósticas fundamentales. **Conclusiones:** La EMPB por Coxsackievirus A6 puede presentarse con exantemas muy extensos y atípicos. La afectación simultánea de mucosa oral y palmas debe hacer sospechar este diagnóstico incluso cuando la distribución cutánea no es la habitual. El reconocimiento precoz desde Atención Primaria evita exploraciones complementarias, tratamientos innecesarios y derivaciones evitables.

COMUNICACIONES ORALES 10

O2-101 — MANEJO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE: ANÁLISIS DE LA ADHERENCIA A LAS GUÍAS ACTUALES EN LA ÚLTIMA DÉCADA, ¿PESA MÁS LA CLÍNICA O LA CIFRA DE PLAQUETAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA?

Podio Calderón, C.; Hernán Sanz, M.; Francés Bataller, I.; Piquer Biosca, D.; Escolano Serrano, S.; Morata Alba, J.; Gómez Fornell, R.; Peñalba Vidal, B.; Edo Alegre, L.; Infante Sedano, A. -
Hospital Universitario Lluis Alcanyis, Xàtiva, Valencia, España.

Objeto del trabajo: La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) es la causa más frecuente de trombocitopenia adquirida en la infancia. En los últimos años, las recomendaciones nacionales e internacionales recomiendan un manejo más conservador, priorizando la clínica hemorrágica sobre el recuento plaquetario aislado. Los últimos protocolos proponen una actitud expectante ante sangrados exclusivamente cutáneos, reservando el tratamiento para aquellos con hemorragia mucosa, sangrado activo o factores de riesgo hemorrágico. Asimismo, no recomienda la realización rutinaria de aspirado de médula ósea en los casos con presentación típica. **Material y métodos:** Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo de 83 pacientes pediátricos ingresados por PTI durante los últimos 10 años. La mediana de plaquetas al diagnóstico fue de 9.500/µL (media 9.380/µL; rango 4.000-94.000/µL). **Resultados:** Se registraron 38 casos de PTI de reciente diagnóstico, 11 persistentes y 34 crónicas. Únicamente se realizaron dos aspirados de médula ósea, ambos normales. Ningún paciente presentó sangrado activo ni factores de riesgo hemorrágico. Del total, 76 de ellos presentaban exclusivamente manifestaciones cutáneas y 17 sangrado mucocutáneo. A pesar de esto, todos los pacientes, salvo 2, recibieron tratamiento y uno de estos últimos inició tratamiento en menos de 24 horas. Las inmunoglobulinas intravenosas fueron el tratamiento más utilizado (49 pacientes), por delante de los corticoides (35 pacientes). Entre los pacientes tratados con inmunoglobulinas, 29 presentaban menos de 10.000 plaquetas/µL al ingreso. Nuestros resultados muestran que, aunque las recomendaciones actuales priorizan la gravedad clínica y permiten la observación en pacientes con sangrado cutáneo exclusivo, la cifra de plaquetas continúa condicionando de forma importante la toma de decisiones terapéuticas. Además, observamos una preferencia por el uso de inmunoglobulinas frente a corticoides, pese a que las guías actuales no establecen superioridad entre ambas estrategias. **Conclusiones:** Estos hallazgos reflejan la persistencia de una actitud intervencionista en la práctica clínica habitual, especialmente ante recuentos plaquetarios inferiores a 10.000/µL.

O2-102 — ¿CELULITIS O LEUCEMIA? SIGNOS DE ALARMA ANTE UN CUADRO INFLAMATORIO DIGITAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Becerra Fernández, I.C.; Torres Rico, M.; Fernández-Teijeiro Álvarez, A. - *Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.*

Introducción: La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la neoplasia más frecuente en la infancia. Su presentación inicial puede simular procesos infecciosos banales, dificultando el diagnóstico precoz. Identificar signos de alarma desde Atención Primaria resulta clave para evitar retrasos diagnósticos. **Anamnesis:** Niña de 10 años, sin antecedentes de interés, derivada a Urgencias por dolor, eritema e inflamación del primer dedo del pie derecho de 24 horas de evolución, asociados a fiebre y limitación para la marcha. Negaba traumatismo, heridas o picaduras previas. **Exploración física:** La exploración mostraba tumefacción eritematosa dolorosa localizada, sin otros hallazgos inicialmente relevantes. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La radiografía descartó afectación ósea. Sin embargo, la analítica reveló pancitopenia con neutropenia grave, elevación de reactantes de fase aguda y LDH. El frotis de sangre periférica identificó células inmaduras sugestivas de blastos. Ante estos hallazgos se realizó una nueva anamnesis y exploración física dirigidas en los que se refirió antecedentes de adenopatías cervicales autolimitadas, objetivando además en la exploración actual adenopatías laterocervicales, axilares y poplíteas. La radiografía de tórax mostró ensanchamiento mediastínico. Con la sospecha de leucemia aguda se inició tratamiento empírico y se derivó al centro de referencia, donde se confirmó el diagnóstico de LLA de estirpe B (CD19+, CD34+, cyCD79a+), con 34 % de blastos. Con reordenamiento ETV6/RUNX1, translocación t(12;21) (p13;q22). **Conclusiones:** Los principales signos de alarma fueron la ausencia de puerta de entrada infecciosa, la pancitopenia con neutropenia grave, la elevación de LDH y la presencia de adenopatías múltiples. Este caso ilustra la importancia de reconsiderar el diagnóstico inicial cuando la evolución clínica o los hallazgos complementarios no encajan con un proceso infeccioso habitual. La anamnesis y exploración física sistemáticas, junto con una adecuada interpretación analítica, fueron determinantes para la sospecha precoz y la derivación urgente.

O2-103 — CUANDO EL ABSCESO NO EXPLICA TODO: UNA LEUCEMIA TRAS UNA INFECCIÓN MUSCULOESQUELÉTICA

Montejo Marcos, B.; Escobar Hernaiz, B.; García Ugarte, B.; Andrés Blanco, L.; Ureña Buch, E.; García Calvo, E.; Seijo Rodríguez, J.; Martín Valbuena, J. - *Hospital Universitario de Salamanca, España.*

Objeto del trabajo: Describir un caso de leucemia linfoblástica aguda B cuyo debut clínico simuló una infección musculoesquelética grave, destacando la importancia de identificar signos de alarma ante una evolución clínica atípica. **Material y métodos:** Presentación de un caso clínico y revisión de la evolución diagnóstica y terapéutica de una paciente atendida en un hospital terciario. **Resultados:** Niña de 3 años, sin antecedentes de interés, que consultó por fiebre de tres días de evolución y dolor en miembro inferior derecho asociado a una placa eritematosa en muslo. Fue diagnosticada inicialmente de celulitis y tratada con antibioterapia oral. Consultó de nuevo 48 horas después por persistencia de la fiebre e imposibilidad para la deambulación. La analítica mostró anemia (hemoglobina 7,8 g/dL), leucopenia (3.260/µL) con neutropenia (750/µL), PCR 12,25 mg/dL y procalcitonina 9,86 ng/mL. Tras reinterrogar a la familia se objetivaron antecedentes de astenia, diaforesis nocturna y aumento de hematomas. Durante el ingreso precisó antibioterapia intravenosa, transfusión de concentrado de hematíes y se documentó un absceso en tejido celular subcutáneo del muslo derecho con evolución favorable. Tres días tras el alta reingresó por nueva lesión inflamatoria en región pretibial. La resonancia magnética mostró colecciones en muslo y pierna compatibles con piomiositis. Ante la mala evolución clínica y la reaparición de citopenias se amplió el estudio etiológico. El frotis de sangre periférica mostró un 5 % de blastos y el aspirado medular confirmó una leucemia linfoblástica aguda B con traslocación t(12;21) TEL/AML, iniciándose tratamiento según protocolo SEHOP-PETHEMA. **Conclusiones:** La presencia de infecciones recurrentes o de evolución atípica asociadas a anemia, neutropenia o síntomas constitucionales debe motivar la búsqueda activa de una hemopatía maligna. La reevaluación clínica y analítica seriada resulta fundamental para alcanzar un diagnóstico precoz y evitar retrasos terapéuticos.

O2-104 — "OJOS DE MAPACHE" COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN NEUROBLASTOMA METASTÁSICO DE ALTO RIESGO EN UNA LACTANTE

Rodríguez Rodríguez, I.; Sempere, L.; Fernández, M.A.; García, M. - *HGUE, Elche, Alicante, España.*

Anamnesis: Lactante de 17 meses, previamente sana, que acudió a valoración por la aparición progresiva de equimosis periorbitarias bilaterales ("ojos de mapache") de un mes de evolución. Sin antecedentes traumáticos ni personales de interés. **Exploración física:** En la exploración física destacaban hematomas periorbitarios bilaterales. No se objetivó focalidad neurológica ni alteraciones significativas en el resto de la exploración. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica inicial mostró anemia, trombocitopenia y elevación de LDH, con coagulación normal. Ante la presencia de "ojos de mapache", se realizó un TAC que evidenció una colección extraaxial parietal derecha con reacción perióstica. Estos hallazgos motivaron la ampliación del estudio, identificándose una masa paravertebral izquierda en la ecografía abdominal. Posteriormente, el estudio de extensión mediante resonancia magnética puso de manifiesto una masa supradiafragmática paravertebral izquierda compatible con tumor neuroblástico, asociada a una extensa afectación metastásica craneofacial, epidural y paquimeníngea. El estudio bioquímico urinario reveló hipersecreción de catecolaminas y de sus metabolitos. La biopsia confirmó el diagnóstico de neuroblastoma pobremente diferenciado, con histología favorable y ausencia de amplificación de NMYC. Asimismo, el estudio medular evidenció una infiltración bilateral masiva, mientras que la gammagrafía con MIBG-I123 mostró afectación ósea metastásica difusa. Con el diagnóstico de neuroblastoma metastásico de alto riesgo, la paciente fue incluida en el protocolo HR-NBL2 e inició tratamiento de inducción según el esquema Rapid COJEC. Durante su evolución recibió medidas de soporte intensivas, aunque presentó una progresión desfavorable de la enfermedad. **Conclusiones:** La equimosis periorbitaria bilateral constituye un hallazgo de gran relevancia clínica que debe hacer considerar la infiltración orbitocraneal por neuroblastoma dentro de su diagnóstico diferencial. La presencia asociada de alteraciones analíticas puede aportar pistas diagnósticas fundamentales. Este caso ilustra cómo la afectación metastásica craneal puede simular inicialmente patología traumática intracraneal y destaca la importancia de una valoración integral para alcanzar un diagnóstico precoz.

O2-105 — TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: 40 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Vega Bayón, M.[1]; de Felipe Pérez, M.[2]; González García, H.[1]; Garrote Molpeceres, R.[1]; Martín Iranzo, N.[3]. - [1]*Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España;* [2]*Hospital Medina del Campo, Medina del Campo, Valladolid, España;* [3]*Hospital Río Carrión, Palencia, España.*

Objeto del trabajo: Los tumores del sistema nervioso central (SNC) son la neoplasia sólida más frecuente y la principal causa de mortalidad oncológica pediátrica. En este estudio se evalúan sus características epidemiológicas, clínicas y pronósticas y se comparan con registros nacionales e internacionales. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de tumores del SNC en menores de 15 años en un hospital de tercer nivel (1982-2025). Análisis con SPSS24: proporciones mediante Chi-cuadrado y test exacto de Fisher; supervivencia mediante *Kaplan-Meier y Log-Rank* ($p<0,05$ significativo). **Resultados:** Se estudiaron 82 niños (razón de masculinidad 1,48; edad media 7,9 años). Motivos de consulta: cefalea (46,3 %), vómitos (30,5 %), alteración conductual (22,0 %), torpeza motora (18,3 %), inestabilidad (15,6 %), otra clínica motora (23,2 %) — déficit motor (12,2 %), temblor (7,3 %), dismetría (3,7 %)— y estrabismo (14,6 %). Predominó la localización supratentorial (79,3 %) y cerebelo (30,5 %). Los tumores gliales constituyeron el grupo principal (63,4 %), destacando el astrocitoma pilocítico. Durante 1982-2015 se diagnosticaron

41,4 % tumores de bajo grado y desde 2016 el 58,6 %. El 37,8 % presentó recaída, significativamente mayor en tumores de alto grado. Mediana de seguimiento 4,4 años, con supervivencia global 71 %, superior en ausencia de recaída y tumores de bajo grado. Las secuelas más frecuentes fueron físicas (37,8 %) y emocionales (37,8 %). **Conclusiones:** El incremento de la actividad asistencial y de las estrategias regionales explica el aumento de casos detectados desde 2016. La distribución por sexo y supervivencia global son comparables a la literatura, aunque con menor proporción de tumores de bajo grado. Casi la mitad de pacientes debuta con cefalea, asociando el 50 % otros síntomas de hipertensión intracraneal, especialmente vómitos. Reconocer estos signos de alarma en Atención Primaria es fundamental para una sospecha diagnóstica temprana. Las recaídas han disminuido gracias a la detección precoz y los avances terapéuticos. Predominan las secuelas físicas y emocionales, frente a las cognitivas destacadas en estudios multicéntricos.

O2-106 — UN EDEMA PALPEBRAL PERSISTENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

García Cobarro, L.[1]; Pardo Ruiz, E.[2]; Almansa García, A.[2]; Vidal Vidal, T.[2]; Carrillo y Soto, L.[1]; Navarro Salmerón, Z.[1]; Cebrián Martínez, A.L.[1]; Sánchez Candela, M.[1]; Giménez Arias, E.[1]; Álvarez García, A.[1]. - [1]*Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca, Murcia, España;* [2]*CS Cabezo de Torres, Murcia, España.*

Introducción: La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una neoplasia hematológica de origen mieloide que puede afectar a cualquier órgano o tejido, considerada la gran "simuladora". Las lesiones más frecuentes son las cutáneas y óseas. La confirmación histológica e inmunohistoquímica mediante la biopsia de la lesión más accesible constituye el diagnóstico definitivo. **Resumen del caso:** Lactante de 14 meses con edema palpebral derecho tras infección respiratoria. **Exploración física (EF):** edema palpebral superior derecho sin celulitis, leve hiperemia conjuntival sin secreciones ni otras alteraciones. Inicia tratamiento tópico con tobramicina sin mejoría, añadiendo amoxicilina-clavulánico oral a 80mg/kg/día. En control presenta progresión del edema, derivándose a Urgencias. Movimientos oculares normales, sin proptosis. Analítica sanguínea sin hallazgos significativos. Ingresa con tratamiento intravenoso con ceftriaxona + clindamicina. Ante ausencia de mejoría y cultivos negativos se realiza tomografía axial computerizada de órbita detectándose colección subperióstica en techo orbitario derecho con destrucción ósea y celulitis preseptal, leve ventriculomegalia y aumento del espacio extraaxial. Se añade al tratamiento metronidazol y se realiza exéresis de la lesión con resultados histológicos e inmunohistoquímicos (positivo para CD68, CD1a, S100 y Languerina) compatibles con HCL. Los cultivos de la muestra de exéresis son negativos posteriormente. Se completa estadiaje con serie ósea, ecografía abdominal y resonancia magnética (RM) de órbitas y cerebral. Se concluye afectación unisistémica ósea de riesgo de sistema nervioso central, iniciando tratamiento con prednisona y vimblastina. Actualmente realiza seguimiento en Oncología y Neuropediatría. **Conclusiones:** Ante un edema palpebral persistente es importante realizar pruebas complementarias para descartar complicaciones o detectar diagnósticos alternativos como en nuestro caso. Dado el amplio espectro de manifestaciones clínicas, la HCL debe formar parte del diagnóstico diferencial de cualquier patología. Un retraso en su diagnóstico puede condicionar una extensión más amplia, con una clasificación en un grupo de riesgo más alto y peor pronóstico.

O2-107 — DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO PERSISTENTE EN PEDIATRÍA: LA IMPORTANCIA DE LA REEVALUACIÓN CLÍNICA. SERIE DE CUATRO CASOS

Guevara Báez, D.C.; Pérez Fernández, P.; Alés Arroyo, M.D.L.Á.; Jaimes Daza, M.F.; Pérez Arroyo, A.; Bernabéu Fernández de Liencres, M.; Chamorro Leiva, C.; Mateos González, M.E. - *Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.*

Objeto del trabajo: Describir una serie de cuatro pacientes pediátricos cuyo motivo inicial de consulta fue dolor musculoesquelético persistente y cuyo diagnóstico final correspondió a enfermedades oncológicas o proliferativas, destacando la importancia de la reevaluación clínica en Atención Primaria **Material y métodos:** Serie retrospectiva de cuatro casos atendidos en nuestro centro. Se analizaron la anamnesis, la exploración física inicial, los procedimientos diagnósticos, el tratamiento, la evolución clínica y el diagnóstico definitivo, comparando los hallazgos con la literatura sobre dolor musculoesquelético pediátrico. **Resultados:** Cuatro pacientes de entre 7 y 16 años consultaron por dolor musculoesquelético (lumbalgia, cervicalgia o coxalgia) de evolución subaguda o crónica. El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico osciló entre uno y seis meses. Dos pacientes requirieron cuatro o más consultas previas. En la anamnesis destacó dolor persistente con escasa respuesta a tratamiento analgésico, asociado en todos los casos a fiebre o febrícula. Una paciente presentó dolor nocturno y pérdida ponderal, y otro desarrolló síntomas neurológicos progresivos. La exploración mostró dolor localizado, limitación funcional o contracturas musculares. Las pruebas iniciales fueron normales o inespecíficas, orientándose como patología musculoesquelética o infecciosa. La persistencia clínica motivó ampliación del estudio mediante técnicas de imagen avanzadas, alcanzándose los diagnósticos de sarcoma de Ewing metastásico, glioma de bajo grado con diseminación leptomeníngea, neuroblastoma suprarrenal metastásico y granuloma eosinófilo vertebral. Estos hallazgos coinciden con la literatura, que identifica la persistencia del dolor, el dolor nocturno, la fiebre y la limitación funcional como signos de alarma de patología orgánica grave en Pediatría. **Conclusiones:** El dolor musculoesquelético persistente en Pediatría requiere reevaluación clínica en Atención Primaria incluso ante pruebas iniciales normales o inespecíficas. La variabilidad en el tiempo hasta el diagnóstico refleja la dificultad del reconocimiento inicial. La reevaluación ante evolución no esperada es clave para reducir el retraso diagnóstico y mejorar el abordaje de patologías potencialmente graves.

O2-108 — TELORRAGIA EN MUJERES LACTANTES: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS DE SÍNDROME DE TUBERÍAS OXIDADAS

Podio Calderón, C.; Hernán Sanz, M.; Francés Bataller, I.; Piquer Biosca, D.; Morata Alba, J.; Edo Alegre, L. - *Hospital Lluis Alcanyis, Xàtiva, Valencia, España.*

La presencia de telorragia durante el puerperio es un hallazgo poco frecuente que puede generar preocupación ante la posibilidad de asociarse a patología mamaria. Sin embargo, en mujeres lactantes, existen causas benignas relacionadas con los cambios fisiológicos de la glándula como el síndrome de tuberías oxidadas. El reconocimiento de esta entidad resulta fundamental para evitar intervenciones innecesarias y favorecer la continuidad de la lactancia materna (LM). **Casos clínicos:** El primer caso es una mujer de 19 años, primípara, en período de LM, que consultó por secreción sanguinolenta espontánea unilateral de la mama derecha a los 3 días postparto. Presentaba una exploración física normal. Ante ansiedad de la paciente, se realizó ecografía mamaria y análisis citológico de la secreción resultando normales. El siguiente caso corresponde a una mujer de 36 años que presentó secreción sanguinolenta bilateral desde 2 días antes del parto y durante los primeros 5 días del puerperio. La exploración no mostraba datos de alarma ni lesiones. En ambos casos, se mantuvo la LM y presentaron resolución completa del cuadro en menos de una semana. Se diagnosticaron de síndrome de tuberías oxidadas, una alteración benigna y autolimitada, causada por extravasación de pequeñas cantidades de sangre de los vasos que rodean el tejido glandular mamario, que no precisa pruebas complementarias adicionales durante la primera semana. **Conclusiones:** Ambos episodios ilustran la importancia de considerar causas benignas de telorragia dentro del diagnóstico diferencial como el síndrome de tuberías oxidadas o Rusty-Pipe, en mujeres lactantes. Es de gran ayuda tomar fotografías del aclaramiento de la leche. Una adecuada historia clínica y exploración física, junto la resolución completa del cuadro en torno a una semana posterior al parto, evitan pruebas innecesarias, manejo conservador y contribuye a mantener la LM de forma segura.

O2-109 — LACTANCIA MATERNA: FACTORES QUE SE ASOCIAN A SU INSTAURACIÓN Y MANTENIMIENTO

Aguirre Castillo, M.; Marinas Plaza, E.; Moreno Romero, D.; Camón García, I.; Pascual Calvo, M.D.P.; López-González Padilla, I.; Pérez Goñi, J.; Cuesta Redondo, I.; Llorente Ruiz, C. -
Hospital Universitario de Guadalajara, España.

Objeto del trabajo: Evaluar el grado de influencia de variables modificables y no modificables en el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna los primeros 6 meses de vida. **Material y métodos:** Se reclutaron 96 recién nacidos sanos a término entre noviembre y diciembre de 2025 previo consentimiento de los padres para participar en el estudio. De estos se analizaron: sexo del recién nacido (RN), tipo de parto, edad y nivel de estudios de la madre, lugar de residencia, información previa sobre lactancia materna (LM), LM previa y presencia de pediatra en su centro de salud (CS). Por otro lado, se correlacionan las variables mencionadas con el tipo de lactancia (materna exclusiva, mixta o artificial) que recibe cada paciente al alta, a los 15 días, al mes, a los 4 meses y a los 6 meses de vida (pendiente). La significación estadística se calcula con Chi-cuadrado para muestras independientes. **Resultados:** En el estudio se observa que la información previa al parto sobre LM y la presencia de pediatra en CS se asocian con el establecimiento de la lactancia materna exclusiva al alta de la maternidad (p=0,023; p=0,006, respectivamente). A los 15 días de vida y al mes el mantenimiento de la LM se asocia significativamente con la información previa al parto sobre LM (p=0,03; p=0,015), LM previa (p=0,013; p=0,02) y presencia de pediatra en CS (p=0,001; p=0,001). A los 4 meses ninguna de las variables alcanza la significación estadística para lactancia materna exclusiva pero sí en niños que toman alguna forma de LM. **Conclusiones:** La lactancia materna es el alimento más completo para el RN, aunque menos de la mitad de los neonatos se alimentan exclusivamente con LM. El establecimiento y mantenimiento de la LM, exclusiva o mixta, es un reto en la actualidad, aunque nuestros resultados sugieren que hay que actuar sobre ciertos factores modificables para favorecerla.

O2-110 — IMPACTO DE UNA FÓRMULA INFANTIL ENRIQUECIDA CON OSTEOPONTIN Y SYMBIÓTICOS SOBRE LA INCIDENCIA DE INFECCIONES DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA: ESTUDIO EARLY-TOLERA

Herrmann, F.[1]; Requena, E.[1]; Nieto Ruiz, A.[2]; García Ruiz, M.[1]; García Santos, J.A.[3]; De Castellar, R.[4]; Jiménez, J.[4]; Campoy Folgoso, C.[5]. – [1]*Departamento de Pediatría. Centro de Excelencia de Investigación Pediátrica EURISTIKOS. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Instituto de Investigación Biosanitaria (Ibs-Granada), Granada, España;* [2]*Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento y Centro de Excelencia de Investigación Pediátrica EURISTIKOS. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Instituto de Investigación Biosanitaria (Ibs-Granada), Granada, España;* [3]*Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (Ibs-Granada), Granada, España;* [4]*Laboratorios ORDESA, S.L., Barcelona, España;* [5]*Departamento de Pediatría. Centro de Excelencia de Investigación Pediátrica EURISTIKOS. Facultad de Medicina. Universidad de Granada. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (Ibs-Granada). CIBEResp - Instituto de Salud Carlos III, Granada, España*

Objeto del trabajo: El objetivo del presente estudio fue analizar el impacto de una fórmula enriquecida con componentes bioactivos sobre el desarrollo inmunitario y la salud gastrointestinal del lactante durante el primer año de vida, considerando como indicador la respuesta clínica frente a los episodios infecciosos. **Material y métodos:** El estudio EarlyTOLERA (www.ClinicalTrials.gov: NCT04306263) incluye 231 lactantes sanos nacidos a término, reclutados entre los 0 y 2,5 meses y seguimiento hasta los 12 meses de vida. Los lactantes fueron aleatorizados para recibir una fórmula estándar (FS, n=79) o una fórmula experimental (FE, n= 75) (enriquecida con osteopontina, prebióticos [2'FL y galactooligosacáridos (GOS)] y probióticos (*Bifidobacterium infantis y Lactobacillus Rhamnosus*). Ambas fórmulas contenían componentes de la membrana del glóbulo graso (MFGM) y ácidos grasos poliinsaturados. Además, se reclutaron 77 niños con lactancia materna exclusiva (LM) como grupo de referencia. **Resultados:** Los tres grupos presentaron una incidencia de infecciones similar. De un total de 550 infecciones notificadas, el 37,1 % correspondió a la FS, el 30,7 % a la FE y el 32,9 % a la LM. Las infecciones más frecuentes fueron de vías respiratorias altas (34,36 %). El porcentaje de lactantes ³1 infección que requirió tratamiento antibiótico fue del 38 % en el FS, 24 % en el FE y 24,7 % en LM (FS vs FE: 0.14 %, IC95: -0.45 %, 28 %, p=0,065). El % de lactantes con ³1 episodio de fiebre entre los 2 y 6 meses fue del 46 % en el FS, 42,6 % en el FE y 26,2 % en LM (p=0,046). **Conclusiones:** La adición de ingredientes bioactivos con capacidad inmunomoduladora podría incidir favorablemente en el curso clínico y la gravedad de las infecciones que sufrirá el lactante en el primer año de vida. Financiación: Laboratorios Ordesa y CDTI - Programa estratégico de Consorcios de Investigación Empresarial Nacional (CIEN). "TOLERA" - (IDI- 20170870 - Proyecto Interempresas). Ministerio de Ciencia, Innovación (MICINN).

COMUNICACIONES ORALES 11

O2-111 — IMPORTANCIA DE PROTOCOLIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL HEMANGIOMA INFANTIL

Martínez Oyarbide, N.; Comajuncosas Pérez, E.; Molina Caballero, A.Y.; Moreno Alfonso, J.C.; Pérez Martínez, A. -
Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

Objeto del trabajo: El hemangioma infantil (HI) es el tumor vascular benigno más frecuente de la infancia. El diagnóstico es clínico, y la primera opción de tratamiento es el propranolol oral. En 2025 el servicio de Cirugía Pediátrica (CP) desarrolla una guía de actuación basada en la última actualización del consenso español sobre el HI, con el objetivo de facilitar en la práctica diaria el diagnóstico y detección de HI de alto riesgo subsidiarios de tratamiento o de estudios adicionales. El objetivo del trabajo es presentar dicha guía, exponiendo dos casos clínicos. **Material y métodos:** La guía, accesible a través del portal web del hospital, incluye pautas claras sobre el abordaje diagnóstico-terapéutico permitiendo clasificar los HI en bajo o alto riesgo, lo cual determinará la necesidad y urgencia del tratamiento. **CASO 1:** lactante de 3 meses, inicia seguimiento en CP con 1 mes y 16 días por HI de gran tamaño en cirano (3x3cm), sin ulceración ni sangrado. **CASO 2:** Lactante de 13 meses, inicia seguimiento en CP con 2 meses por HI de gran tamaño en mejilla derecha (3x2cm), sin ulceración ni sangrado. Inicialmente ambos en seguimiento por su pediatra con actitud expectante. CP inicia tratamiento inmediato con propranolol oral dado el alto riesgo estético y funcional. **Resultados:** Los pacientes presentaron una buena respuesta al tratamiento con disminución del tamaño y coloración de los HI y sin efectos adversos relacionados con el medicamento. Sin embargo, persisten secuelas estéticas debido al inicio tardío del propranolol cuando ya los HI habían alcanzado el máximo de proliferación. **Conclusiones:** La protocolización en la atención del HI y la difusión de guías de práctica clínica que permitan unificar criterios entre atención primaria y hospitalaria, podrían ayudar a mejorar los resultados en casos de alto riesgo y disminuir el desarrollo de complicaciones y secuelas a largo plazo.

O2-112 — CUANDO EL APÉNDICE YA NO EXISTE… O ESO CREEMOS

González de Prádena, B.; Domínguez García, C.; Ramos Rodríguez, P. -
Hospital Universitario, Toledo, España.

Conclusiones: Paciente de 12 años intervenido de apendicitis flemonosa hacía 3 meses. Derivado por dolor abdominal de menos de 12horas y vómitos, últimos biliosos, afebril, sin otra clínica. Triángulo de evaluación pediátrica alterado por apariencia, palidez mucocutánea, destaca abdomen con defensa voluntaria y dolor localizado en flanco derecho, *blumberg* negativo. Inicialmente, se canaliza vía venosa periférica, se administra analgesia, pantoprazol y ondansetrón intravenosos, se solicita tira reactiva de orina (negativa) y analítica de sangre (destaca bilirrubina 1.68 mg/dL, reactantes de fase aguda negativos, leucocitosis 16290uL, neutrófilos

14290uL). Posteriormente, ante la persistencia de dolor, *blumberg* positivo, se solicita ecografía abdominal, objetivando muñón apendicular de 10 mm, pequeña cantidad de líquido libre. Se solicita TAC de abdomen con muñón apendicular de 4-5cm lateral al ciego, engrosado hasta 11mm, cambios inflamatorios en la grasa circundante sugerente de apendicitis del muñón e incipientes signos inflamatorios entre asas de hipogastrio con realce de hojas peritoneales. Se repite analítica con aumento de reactantes (proteína C reactiva 9.8mg/dL y procalcictonina 3.3ng/mL). Ante los datos de apendicitis con peritonitis, se inicia antibioterapia (amoxicilina-clavulánico intravenoso) y se realiza laparoscopia exploradora y lavado de cavidad. Tras una semana de antibioterapia intravenosa, es dado de alta con antibioterapia oral hasta completar 12 días. La apendicitis del muñón apendicular es una complicación rara tras apendicectomía, cuya incidencia no está bien establecida, probablemente infradiagnosticada (1/50.000 apendicectomías), más infrecuente en pediatría. Puede aparecer desde semanas hasta décadas tras la cirugía. Se relaciona con muñón apendicular largo (> 5mm), apendicitis inicial complicada, donde puede ser más difícil identificar la base del apéndice y anatomía difícil. Se manifiesta como una apendicitis, debiendo considerar que una apendicectomía previa no descarta nueva apendicitis. El retraso diagnóstico es frecuente porque inicialmente se descarta esa posibilidad. La ecografía puede orientar, pero la prueba más útil es TAC con contraste.

O2-113 — UN HUÉSPED PEQUEÑO, UN GERMEN INESPERADO: SEPSIS POR *LACTOCOCCUS LACTIS* TRAS CIRUGÍA PILÓRICA

González de Prádena, B.; Ramos Rodríguez, P. -
Hospital Universitario, Toledo, España.

Conclusiones: Lactante de un mes, a término sin antecedentes. Presenta vómitos frecuentes desde las dos semanas, cambios de fórmula (antirreflujo y sin lactosa), aumento en las últimas 24horas, algunos proyectivos, afebril. Hermano con alergia a proteína de leche de vaca. Exploración normal, aumento 500 gramos desde el nacimiento. Inicialmente, se solicitan tira reactiva de orina(negativo) y gasometría (alcalosis metabólica hipoclorémica compensada). Tras constatar dos vómitos, se solicita ecografía abdominal(estenosis hipertrófica del píloro), analítica sanguínea, sonda nasogástrica(SNG) abierta a bolsa y cirugía (pilorotomía anterior Ramsted), durante la cual presenta broncoespasmo agudo, taquicardia precisando volumen, adrenalina, sulfato de magnesio y actocortina intravenosas. Posteriormente, se administra pantoprazol e inicia tolerancia adecuada. Dos días después presenta irritabilidad, molestia abdominal, febrícula, palidez mucocutánea y letargia, hipoperfusión distal, postura en libro abierto y taquicardia. Se solicita analítica (leucopenia 2180uL, plaquetas 184400uL, Hb 13.2g/dL,GOT 70U/L, GPT 45U/L, proteína C reactiva 3.65mg/dL y procalcitonina 45.9ng/mL), hemocultivo (*Lactococcus lactis*), ecografía abdominal (sin complicaciones), radiografía tórax, urocultivo y punción lumbar (normales), Se administra bolo de suero fisiológico 10ml/kg, cefotaxima 75mg/kg y, ante sepsis con posible foco abdominal, se administra Plasmalyte 10ml/kg y antibioterapia empírica (piperacilina/tazobactam), SNG, dieta absoluta e ingreso en UCI. Buena evolución y tras aislamiento microbiológico en hemocultivo, antibioterapia dirigida con vancomicina. La sepsis por *Lactococcus lactis* es una causa excepcional de infección invasiva, considerado microorganismo de baja patogenicidad, utilizado en fermentación alimentaria. Puede confundirse con otros cocos Gram positivos y existen pocos casos descritos, sobre todo en pacientes con factores predisponentes (inmunodeficiencias, prematuridad, enfermedades crónicas, dispositivos intravasculares, cirugía o exposición alimentaria), lo que implica dificultad diagnóstica y necesidad de valoración del contexto clínico. Ante la posibilidad de considerarse contaminante o verdadero patógeno, deben considerarse clínica compatible, múltiples hemocultivos positivos, respuesta inflamatoria y factores de riesgo.

O2-114 — CUANDO EL OVARIO HABLA: TRES FIBROMAS Y UN SÍNDROME DE GORLIN INESPERADO

González de Prádena, B.; Ramos Rodríguez, P.; Granados Prieto, M.J. -
Hospital Universitario, Toledo, España.

Conclusiones: Paciente de 11 años sin antecedentes salvo madre con tres carcinomas basocelulares, varios familiares ramas paterna/materna cáncer de mama/pulmón/ovario/colon/endometrio/craneal/tiroides/médula, acude por dolor abdominal de dos días y un vómito. Triángulo evaluación pediátrica inestable por apariencia, palidez mucocutánea, abdomen en tabla. Se solicitan analítica sanguínea, ecografía y TAC abdominal (se identifican 3 masas mesentéricas, con calcificaciones groseras, la mayor en hemiabdomen derecho aprox.13x9.5x10cm y burbujas aéreas, delimitada, comprime y desplaza estructuras adyacentes, otra en fosa iliaca izquierda con necrosis central y otra pélvica retrouterina polilobulada que desplaza útero, vena ovárica izquierda de calibre aumentado, nódulos con calcificaciones, líquido libre subhepático, subesplénico, gotieras y pelvis). Se plantea como primera posibilidad origen neoplásico y menos probable inflamatorio/fibroso. Ingresa y se amplía estudio (lactato deshidrogenasa 490U/L, CA125 700.3U/mL), orina (catecolaminas normales), TAC tórax (ascitis subfrénica izquierda y periesplénica), resonancia magnética (masa/implantes/infiltración ovárica bilateral con diagnóstico diferencial de teratoma sólido, fibroma ovárico con necrosis/torsión). Se realiza biopsia ecoguiada con diagnóstico de fibroma ovárico y resección de masas, salpingooforectomía bilateral y apendicectomía laparoscópica. Dados los antecedentes, se solicita exoma para estudio de cáncer familiar (síndrome Gorlin). El síndrome de Gorlin es una enfermedad infrecuente de herencia autosómica dominante producida por mutaciones en genes de la vía de señalización Sonic Hedgehog, caracterizada queratoquistes odontogénicos mandibulares y/o carcinomas basocelulares en edad temprana entre otras anomalías, predisposición a neoplasias malignas, fibroelastoma papilar cardiaco, o fibroma ovárico (comúnmente bilateral y calcificado) cuyo manejo suele ser con cirugía conservadora para preservar el tejido ovárico normal. Los tumores de ovario suelen ser benignos, aunque con riesgo de recurrencia. Se debe ofrecer consejo genético. La esperanza de vida no se ve afectada. Es importante diagnóstico temprano debido a la susceptibilidad a múltiples neoplasias a edades tempranas.

O2-115 — INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO COMO SIGNO DE ALARMA DE MASA ABDOMINAL EXPANSIVA

Sánchez-Garrido Jiménez, I.[1]; Melero Guardia, L.[2]; Velázquez Fragoso, L.[2]; García Ascanio, M.[1]; del Cerro Rodríguez, J.J.[1]; Llanas Marco, M.1; Ruiz Márquez, J.A.[1]; Dorta Hernández, I.[1]. -
[1]*Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España;* [2]*Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.*

Anamnesis: Adolescente mujer de 14 años que consulta por escapes urinarios desencadenados por el esfuerzo (Valsalva) de una semana de evolución, asociados a cambio en el patrón deposicional (Bristol 1). Refiere saciedad precoz y distensión abdominal progresiva desde hace tres años, inicialmente atribuidos a menarquia. Niega posibilidad de embarazo. No asocia dolor abdominal, clínica miccional ni otra sintomatología a nivel gastrointestinal, neurológico o constitucional. **Exploración física:** Presenta buen estado general. Se encuentra normocoloreada, normohidratada y hemodinámicamente estable. La exploración por aparatos es normal, excepto a nivel abdominal, donde se palpa una masa depresible desde epigastrio a hipogastrio, no dolorosa, con límites mal definidos. Ruidos hidroaéreos presentes. No signos de irritación peritoneal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Inicialmente se realiza una ecografía, que evidencia una gran masa quística simple en línea media abdominal que genera efecto masa sobre todas las estructuras abdominopélvicas. Se amplía estudio con una resonancia magnética que confirma la presencia de masa quística unilocular (20x8x26 cm) de contenido homogéneo seroso y paredes finas, localizada en espacio peritoneal inframesocólico, que desplaza estructuras abdominopélvicas, sin apreciar continuidad aparente con ninguna. No uropatía obstructiva ni malignidad aparente asociada. Hallazgos compatibles con quiste mesotelial. En el abordaje quirúrgico se evidenció que el quiste era dependiente del meso de la trompa derecha. Se llevó a cabo el vaciamiento descompresivo mediante punción-aspiración, obteniendo tres litros de

contenido seroso y se realizó una posterior quistectomía reglada, conservando la integridad de la trompa y el ovario derecho. El anejo contralateral no mostraba hallazgos patológicos. **Conclusiones:** Los quistes gigantes anexiales son raros en pediatría. Su crecimiento lento e insidioso suele retrasar el diagnóstico al confundirse con distensión fisiológica u obesidad. Ante síntomas de disfunción pélvica como la incontinencia urinaria de esfuerzo, así como estreñimiento de instauración aguda, es preceptivo descartar un efecto masa mecánico.

O2-116 — *SPINE-SYNC:* COCREACIÓN DE UNA PLATAFORMA DIGITAL PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A LA ESCOLIOSIS EN ADOLESCENTES

Gatell Carbó, A.[1]; Valldepérez Baiges, C.[2]; Fargas Busquets, A.[3]; Martínez Urgell, A.[4]; Marqués Ercilla, S.[5]; Pérez Basso, F.[6]; Salvador González, B.[6]. - [1]*Equip Territorial Atenció Pediàtrica Garraf (ETAP Garraf). CAP Sant Joan. ICS. Vilanova i la Geltrú, Barcelona, España;* [2]*ETAP Garraf, Vilanova i la Geltrú, Barcelona, España;* [3]*EAP Pallejà, Pallejà, Barcelona, España;* [4]*EAP Can Vidalet, El Prat de Llobregat, Barcelona, España;* [5]*ETAP Viladecans, Viladecans, Barcelona, España;* [6]*IDIAP JGol USR Metropolitana Sur, Barcelona, España.*

Objeto del trabajo: La escoliosis del adolescente requiere una atención coordinada entre los distintos niveles asistenciales, pacientes y familias. Sin embargo, persisten dificultades relacionadas con la información disponible, la comunicación entre los agentes implicados y la continuidad asistencial. El proyecto europeo SPINE-SYNC tiene como objetivo codiseñar una plataforma digital orientada a mejorar la alfabetización en salud, la comunicación y la colaboración profesional en el abordaje de la escoliosis. **Material y métodos:** Estudio cualitativo participativo basado en la metología "*design thinking*". Se realizaron dos rondas de talleres de cocreación con adolescentes, familiares y profesionales sanitarios de atención primaria y especializada (12 sesiones en total, 4 por cada perfil). Tanto grabaciones como material utilizado fueron transcritas y sometidas a análisis de contenido inductivo mediante codificación y categorización temática para identificar necesidades, barreras y funcionalidades prioritarias de la futura plataforma. **Resultados:** Los adolescentes destacaron el impacto socioemociaonal de la escolisis, así como la falta de acceso a información sobre la condición y sus tratamientos. Los familiares destacaron preocupación, incertidumbre y dificultades para el seguimiento clínico. Los profesionales subrayaron carencias en la coordinación entre niveles asistenciales, la comunicación con pacientes y familias y la ausencia de criterios homogéneos de decisión clínica. Las funcionalidades más demandadas fueron: acceso a la información validada sobre la escoliosis, canales de comunicación entre los pacientes, familias y profesionales, herramientas de seguimiento de la evolución clínica y acceso compartido a datos relevantes para la toma de decisiones. **Conclusiones:** La cocreación ha permitido identificar necesidades comunes y específicas de los diferentes actores implicados en la atención de la escoliosis. Los resultados apoyan el desarrollo de una plataforma digital centrada en la persona que podría mejorar la alfabetización en salud, favorecer la coordinación asistencial y optimizar los procesos de seguimiento y tratamiento.

O2-117 — CUANDO LA COJERA NO ES UNA SINOVITIS: OSTEOCONDROSIS POCO FRECUENTES EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Alquézar Yus, P.; Brizuela Delgado, J. - *Hospital Universitario San Pedro, Logroño, La Rioja, España.*

Objetivos: Describir una serie de casos de osteocondrosis diagnosticadas en Urgencias Pediátricas y destacar la importancia de su reconocimiento precoz dentro del diagnóstico diferencial de la cojera atraumática en la infancia. **Material y métodos:** Se presentan tres casos clínicos atendidos en Urgencias Pediátricas. El primer caso corresponde a un niño de 7 años que consultó por dolor progresivo en mediopié derecho y cojera de tres semanas de evolución, sin antecedente traumático, con empeoramiento durante la actividad deportiva. El segundo caso fue un niño de 10 años, jugador habitual de fútbol, remitido por dolor bilateral en talones de varios meses de evolución relacionado con la práctica deportiva. El tercer paciente, de 12 años, consultó por dolor en la base del quinto metatarsiano izquierdo de un mes de evolución, coincidiendo con un aumento de la intensidad de los entrenamientos, habiendo sido diagnosticado previamente de esguinces de repetición. En la exploración física se objetivó, respectivamente, cojera antiálgica con dolor selectivo sobre hueso navicular, dolor bilateral a la compresión mediolateral del calcáneo y dolor con tumefacción en la tuberosidad del quinto metatarsiano, exacerbado con la eversión resistida del pie. Se realizaron radiografías simples, observándose esclerosis y aplanamiento del hueso navicular compatibles con enfermedad de Köhler, hallazgos sugestivos de enfermedad de Sever y fragmentación con ensanchamiento de la apófisis del quinto metatarsiano compatible con enfermedad de Iselin. Todos los pacientes recibieron tratamiento conservador mediante reposo deportivo y analgesia, con evolución favorable. **Conclusiones:** Las osteocondrosis constituyen una causa poco frecuente pero relevante de cojera atraumática en la infancia, especialmente en niños deportistas. Su reconocimiento precoz en Urgencias Pediátricas permite evitar diagnósticos erróneos, orientar adecuadamente el tratamiento conservador y disminuir el impacto funcional sobre el paciente.

O2-118 — ENTRE LA ALARMA Y LA BENIGNIDAD: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR TORÁCICO EN PEDIATRÍA

Alquézar Yus, P.; Ibáñez Rubio, S.; Brizuela Delgado, J.; García de la Cruz, M.; Jarauta Sánchez, I.; Altuzarra Foncea, Y.; Antolín Villaverde, R.; Puig Ortega, I.; Ortega Asensio, M.; de Prado Durante, C. - *Hospital Universitario San Pedro, Logroño, La Rioja, España.*

Introducción: El síndrome de la punta de la costilla (slipping rib syndrome) es una causa poco frecuente e infradiagnosticada de dolor torácico y abdominal superior en la edad pediátrica. Se produce por la hipermovilidad de los cartílagos costales inferiores, lo que provoca irritación de los nervios intercostales y episodios de dolor recurrente. Su desconocimiento conlleva con frecuencia retrasos diagnósticos y la realización de múltiples pruebas complementarias innecesarias. **Anamnesis:** Adolescente de 13 años que consultó por dolor localizado en el hemitórax inferior izquierdo de seis meses de evolución, desencadenado principalmente por la actividad física y determinados movimientos del tronco. No refería fiebre, traumatismo previo ni otra sintomatología asociada. Había sido valorado previamente, realizándose electrocardiogramas y radiografías de tórax sin hallazgos patológicos. **Exploración clínica:** La exploración cardiopulmonar fue normal. La palpación del reborde costal izquierdo desencadenaba el dolor habitual del paciente. La maniobra del gancho reprodujo la clínica, objetivándose además un chasquido palpable compatible con hipermovilidad costal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La ecografía dinámica confirmó la hipermovilidad del cartílago costal, apoyando el diagnóstico de síndrome de la punta de la costilla. Se instauró tratamiento conservador mediante reposo relativo, analgesia y fisioterapia, con evolución favorable y mejoría progresiva de la sintomatología. **Conclusiones:** El síndrome de la punta de la costilla debe incluirse en el diagnóstico diferencial del dolor torácico recurrente en niños y adolescentes cuando las pruebas complementarias son normales. Una anamnesis dirigida, la exploración física y la ecografía dinámica permiten establecer el diagnóstico de forma precoz y evitar exploraciones innecesarias.

O2-119 — OSTEOCONDROMATOSIS MÚLTIPLE HEREDITARIA: DIAGNÓSTICO PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA ENFERMEDAD RARA

Orenes Vera, M.D.M.[1]; Valero Sánchez Migallón, J.[2]; Reina Moreno, C.M.[3]; Luque Garrocho, A.M.[4]. - [1]*CS Murcia Sur, Murcia, España;* [2]*CS Vélez-Málaga Norte, Málaga, España;* [3]*CS Puerta Blanca, Málaga, España;* [4]*CS La Cala del Moral, Málaga, España.*

Introducción: La osteocondromatosis múltiple hereditaria, también denominada exóstosis múltiple, es una enfermedad genética poco

frecuente caracterizada por la aparición de múltiples osteocondromas, principalmente en las metáfisis de huesos largos. Aunque se trata de una entidad benigna, requiere seguimiento clínico y radiológico periódico por el riesgo de deformidades óseas, compresiones neurovasculares y malignización en edad adulta. **Resumen del caso:** Varón de 21 meses que consulta en su pediatra de atención primaria por aumento de tamaño de una tumoración radial derecha presente desde el nacimiento, sin dolor, fiebre ni síntomas constitucionales asociados. La radiografía solicitada por su pediatra mostró deformidades óseas compatibles con osteocondromas en radio, cúbito y metacarpianos. El estudio de extensión mediante mapa óseo evidenció múltiples lesiones en miembros superiores e inferiores y 5º y 6º arcos costales. Fue derivado a Traumatología Infantil, confirmándose el diagnóstico mediante estudio genético con identificación de una variante de novo en el gen EXT1. Inicialmente se adoptó una actitud expectante con seguimiento clínico-radiológico estrecho. A los 6 años comenzó a presentar dolor y deformidad progresiva del antebrazo derecho, precisando la exéresis de osteocondromas proximales y distales de dicho antebrazo. Posteriormente desarrolló dismetría de miembros inferiores (1,9 cm) y crecimiento de una lesión femoral distal derecha con compresión vascular moderada objetivada mediante resonancia magnética, precisando nueva intervención quirúrgica. A los 8 años inició seguimiento psicológico por dificultades en la aceptación de la enfermedad. Actualmente, con 10 años, permanece pendiente de exéresis del osteocondroma humeral derecho por crecimiento progresivo y aparición de parestesias en la mano ipsilateral. **Conclusiones:** La sospecha clínica desde Atención Primaria permitió el diagnóstico precoz de una enfermedad rara con importante morbilidad funcional. El seguimiento multidisciplinar es fundamental para detectar complicaciones ortopédicas, neurológicas y psicosociales, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

O2-120 — REVISIÓN DEL ABORDAJE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE LOS QUISTES ÓSEOS A PARTIR DE UNA SERIE DE CASOS

Altuzarra Foncea, Y.; García de la Cruz, M.; Ibáñez Rubio, S.; Brizuela Delgado, J.; Alquézar Yus, P.; Jarauta Sánchez, I.; Baeta Ruiz, Á.; Remacha Almerich, M.D.C. - *Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España.*

Anamnesis: Se presentan tres pacientes que consultan a su Pediatra por clínica osteomuscular. El primer caso corresponde a una niña de 12 años con dolor e inflamación de mano derecha de 72 horas, sin antecedente traumático. El segundo caso es una niña de 8 años con dolor en brazo derecho de más de un mes de evolución tras traumatismo banal, asociado posteriormente a limitación funcional. El tercer caso corresponde a un niño de 5 años con tumoración indolora en dorso de mano derecha de dos meses de evolución, sin antecedente traumático ni síntomas constitucionales. **Exploración clínica:** Los tres pacientes presentaban buen estado genera, sin síndrome constitucional ni otros datos de alarma. La exploración osteoarticular mostró dolor localizado en dos casos y una tumoración ósea no inflamatoria en el tercero, sin alteraciones neurovasculares distales ni signos clínicos de infección. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La radiografía simple permitió identificar lesiones líticas compatibles con quistes óseos en el primer y quinto metacarpianos y en el húmero proximal. Los tres casos fueron valorados por Traumatología Infantil. En los quistes metacarpianos se optó inicialmente por seguimiento clínico, precisando uno de ellosampliación del estudio mediante resonancia magnética y derivación a una unidad de referencia nacional por el tamaño de la lesión. El caso localizado en el húmero se complicó conuna fractura patológica, requiriendo tratamiento quirúrgico mediante fijación con agujas. **Conclusiones:** Los quistes óseos son lesiones benignas poco frecuentes que pueden manifestarse como dolor persistente, tumoración o fractura patológica. La radiografía simpleconstituye la prueba diagnóstica inicial de elección y permite orientar el diagnóstico diferencial con otras lesiones óseas benignas y malignas. La sospecha clínica desde Atención Primaria y la derivación precoz a Traumatología son fundamentales para establecer el manejo adecuado y prevenir complicaciones, especialmente en lesiones con riesgo de fractura.

COMUNICACIONES ORALES 12

O2-121 — PALPITACIONES EN REPOSO EN UN ADOLESCENTE: TAQUICARDIA AURICULAR ECTÓPICA

Ramos Noguera, G.; Navarro Aragón, M.D.L.Á.; Gámez Ledesma, A.; Ramos Sánchez, A.; González Sánchez, M.D.C.; Grujic, B. - *Hospital Puerta del Mar, Cádiz, España.*

Anamnesis: Paciente varón de 13 años que acude al Servicio de Urgencias por sensación de palpitaciones y opresión torácica de 12 horas de evolución, iniciadas en reposo. No refería episodios previos similares ni relación con el ejercicio físico. Afebril en todo momento. No pérdida de conciencia. Sin antecedentes de interés. **Exploración física:** TEP estable, con buen estado general, afebril, normotensión arterial. En la auscultación, destacan tonos cardiacos arrítmicos, alternando taquicardia a 150 lpm con frecuencia cardiaca en torno a 60 lpm. No se auscultan soplos. Adecuada perfusión periférica. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza ECG, presentando ritmo sinusal con frecuencia basal en torno a 60 lpm, con rachas de taquicardia auricular de foco único con frecuencia en torno a 130-150 lpm. Eje cardiaco izquierdo. Durante la taquicardia: QRS estrecho con RP largo y ondas P positivas en cara inferior y negativas en aVL, aVR y V1-V6 con episodios de bloqueo AV (probable foco en crista terminalis). La analítica sanguínea y la ecocardiografía fueron normales, con una fracción de eyección conservada (72 %). Presenta cese espontáneo de la taquicardia y se inicia tratamiento de mantenimiento con bisoprolol 1,25mg cada 24 horas con aumento hasta 5 mg si presenta nuevos episodios de palpitaciones. El paciente podría realizar deporte sin limitaciones. **Conclusiones:** La taquicardia auricular se caracteriza por la activación auricular desde uno o más focos ectópicos distintos del nodo sinusal, con ondas P no sinusales y habitualmente RP largo. Algunas series la sitúan en torno al 10-15 % de las taquicardias supraventriculares en niños. En lactantes puede resolverse espontáneamente o controlarse médicamente, mientras que en niños mayores puede ser más persistente, paucisintomática y tener mayor riesgo de miocardiopatía inducida por taquicardia mantenida. En Atención Primaria, el ECG con ondas P no sinusales y RP largo permite sospecharla y derivar precozmente a Cardiología Pediátrica.

O2-122 — IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES DE SALUD PEDIÁTRICOS: DIAGNÓSTICO CASUAL DE TAQUIMIOCARDIOPATÍA SEVERA EN UN ADOLESCENTE ASINTOMÁTICO

Giménez Pérez, A.; García Cobarro, L.; Cebrián Martínez, A.L.; Navarro Salmerón, Z.; Ferrín López, B.M.; Bienert Groetsch, C.; Sánchez Candela, M.; Párraga Pagán, E.; Carrillo Y Soto, L.; Sánchez Pérez, M. - *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España.*

Conclusiones: La taquimiocardiopatía es un tipo de insuficiencia cardíaca caracterizada por la dilatación de cavidades cardíacas y una disfunción sistólica ventricular provocada exclusivamente por una taquicardia incesante, siendo esta la arritmia primaria que se origina de forma automática en la orejuela izquierda. Esta condición es relevante en pediatría porque, a pesar de su gravedad inicial, es potencialmente reversible si se logra eliminar el foco de la arritmia, permitiendo que el músculo cardíaco recupere su tamaño y función normales. El objetivo es describir el diagnóstico, manejo y recuperación de un paciente pediátrico con taquimiocardiopatía severa secundaria a una arritmia supraventricular detectada de forma incidental. Presentamos a un varón de 13 años, sin antecedentes cardiológicos previos, derivado desde Atención Primaria tras detectarse taquicardia en una revisión rutinaria. Se realizaron electrocardiogramas, ecocardiografías, resonancia magnética cardíaca y estudio electrofisiológico con ablación. Al diagnóstico en Enero 2025, ingresa asintomático con una frecuencia cardíaca de 180 lpm. La ecocardiografía inicial mostró una dilatación severa del ventrículo izquierdo (Diámetro del ventrículo izquierdo de 76 mm) y una disfunción sistólica grave (Fracción de eyección 32 %). Se inició tratamiento farmacológico antiarrítmico. Al mes siguiente se realizó un estudio electrofisiológico

que localizó el foco arrítmico en la orejuela izquierda, procediéndose a una ablación por radiofrecuencia eficaz. Tras la intervención, se pautó tratamiento farmacológico para insuficiencia cardíaca y anticoagulación. A los 3 meses post-ablación se observó una normalización del tamaño del ventrículo izquierdo y a los 5 meses, una recuperación total de la fracción de eyección, pudiendo retirarse medicación. Este caso destaca la importancia de las revisiones pediátricas rutinarias, que permiten diagnosticar patologías graves en fases asintomáticas. La ablación precoz del foco arrítmico es el tratamiento definitivo, permitiendo la reversibilidad completa de la disfunción ventricular y la suspensión del tratamiento farmacológico crónico.

O2-123 — SÍNDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE: LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Ávila Huertas, L.; Haro Oliva, E.; Rey Berenguel, A.; Morcillo, R.; Malagón Arquillo, C.; Hernández Sierra, B. -
Hospital Universitario Poniente, El Ejido, Almería, España.

El síndrome de Wolff Parkinson White (WPW) es la causa más frecuente de taquicardias en la infancia, con una incidencia de muerte súbita superior a la población. Caracterizándose por la existencia de una vía accesoria de la aurícula al ventrículo, favoreciendo la aparición de arritmias como taquicardias paroxísticas supraventriculares por reentrada. Presentamos el caso de un escolar de 12 años valorado en atención primaria por episodios de palpitaciones y dolor torácico de un año de evolución desencadenados con el ejercicio. La exploración resulta anodina con auscultación cardiopulmonar normal. Inicialmente se solicita radiografía torácica sin hallazgos patológicos y electrocardiograma (ECG) donde se observan hallazgos compatibles con síndrome de WPW: intervalo PR acortado, onda delta al inicio del QRS, QRS ensanchado, onda T negativa y QT alargado. Se deriva a cardiología, aunque antes de la cita presenta nuevo episodio desencadenado al subir escaleras, por el que acude a urgencias de su centro de salud donde detectaron arritmia y lo derivan a urgencias hospitalarias. El ECG muestra una arritmia sin ondas P identificables, compatible con fibrilación auricular y extrasístoles ventriculares con pausa compensatoria. Dado el riesgo de evolución a taquicardia ventricular se ingresa en UCIP para monitorización y tratamiento mediante amiodarona y bisoprolol. Se realiza ecocardiografía que descarta alteraciones estructurales, con función biventricular conservada; siendo diagnosticado de WPW intermitente, secundario a vía accesoria derecha, sin repercusión hemodinámica. Tras interconsulta con Electrofisiología, se decide tratamiento domiciliario con bisoprolol oral hasta realización de tratamiento definitivo con ablación de la vía accesoria. **Conclusiones:** Las palpitaciones y el dolor torácico son frecuentes en pediatría, y su relación con el ejercicio nos debe alertar requiriendo valoración clínica dirigida. El ECG constituye una herramienta fundamental para detectar alteraciones cardiológicas en Atención Primaria, permitiendo el diagnóstico precoz. La valoración multidisciplinar permite la estratificación del riesgo y planificación del tratamiento.

O2-124 — LO QUE ESCONDE UNA DIFICULTAD RESPIRATORIA

Lippo, G.; Moro Plaza, A.B.; Torres del Nuevo, A.; Algar Fernández, M.C.; Jiménez Carrascoso, R.; Beneitez García, T.; Díaz Sánchez, E.M.; Mendoza, R. - *Hospital Universitario, Toledo, España.*

Conclusiones: El síndrome de ALCAPA es una cardiopatía congénita en la que la coronaria izquierda nace en el tronco de la arteria pulmonar. Inicialmente están asintomáticos ya que el tronco presenta sangre desaturada a baja presión pero, al disminuir la presión pulmonar, se produce isquemia miocárdica, insuficiencia cardiaca y mitral secundarias. Lactante de 28 días de vida, derivado del centro de salud por aumento del trabajo respiratorio en contexto de bronquiolitis aguda diagnosticada 48 horas antes. En los días previos revisiones donde se describe dificultad respiratoria con tiraje y subcrepitantes en ambas bases. En las últimas 24 horas aumento de tiraje sub e intercostal objetivado por los padres. A su llegada, tiraje sub e intercostal marcados, con saturación de oxígeno normal. Se aprecia buena entrada de aire bilateral, sin ruidos sobreañadidos, pero se objetiva soplo sistólico eyectivo en borde esternal izquierdo. Ante sospecha de distrés respiratorio de origen cardiogénico, se solicita electrocardiograma sin alteraciones relevantes y una radiografía de tórax con cardiomegalia. Ecocardiograma a pie de cama donde se objetiva disfunción de ventrículo derecho e insuficiencia mitral, por lo que se decide ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Gasometría con leve hipercapnia, se inicia oxigenoterapia de alto flujo mejorando la dificultad respiratoria. El ecocardiograma reglado evidencia signos compatibles con miocardiopatía dilatada con disfunción moderada o con miocarditis aguda. Se contacta con hospital de referencia y se decide traslado. Se realiza cateterismo cardíaco diagnosticando síndrome de ALCAPA que se interviene de forma urgente. Ecocardiograma post-quirúrgico con insuficiencia mitral residual moderada-severa con mejoría de la función ventricular. Ante dificultad respiratoria en un lactante lo primero que tenemos que descartar son los cuadros respiratorios más típicos de estas edades como la bronquiolitis aguda, pero siempre tenemos que tener en cuenta posibles cuadros cardiogénicos como miocarditis aguda o incluso cardiopatías congénitas.

O2-125 — PREVALENCIA DE ALTERACIONES DE LA FUNCIÓN RENAL Y/O HIDROELECTROLÍTICAS EN PACIENTES ADOLESCENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Ramos Gracia, C.; Marín Jiménez, C.; Ara Montojo, M.F.; del Pozo Melero, R.; Olmedo Díaz, I.- *Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España.*

Objeto del trabajo: Analizar la prevalencia de alteraciones de la función renal (FR), posibles factores de riesgo, su evolución hospitalaria y seguimiento posterior en Atención Primaria (AP) en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA). **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y analítico (septiembre 2022- 2025) en un hospital terciario en adolescentes (12-15 años) ingresadas en Psiquiatría por TCA. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, características del TCA y parámetros de laboratorio en distintas fases del ingreso, así como la FR según filtrado glomerular estimado (FGRe) con fórmulas de Pottel FAS 2016 y Schwartz 2009, considerando afectación renal FGRe < 81 y < 90 ml/mn/1,73 m^2 respectivamente. **Resultados:** Se analizaron 63 pacientes, (93.7 % mujeres; mediana 13.5 años) (RIQ 12.5-14.5). Al ingreso, presentaron FGRe alterado el 74.6 % (Scharwtz) y 44.4 % (Pottel). Entre ambos métodos había buena concordancia y correlación (al ingreso r=0,937, p < 0,0001 y al alta r=0,976). La diferencia media entre los métodos fue 0.57 (DE 3.47) por lo que continuamos los datos solo con Schwartz. En 46 pacientes pudimos comparar el FGRe al ingreso y alta. Según Schwartz el 78.3 % tenían afectación de la FR (mediana FGRe 77.8 ml/mn/1,73m^2). Al alta normalizaron la FR un 34.61 % (mediana FGRe 87.8ml/mn/1,73m^2). En el seguimiento post-alta solo se reevaluó el FGRe en el 17,9 % de los alterados al alta. De las variables estudiadas no se observó diferencia significativa en relación a la función renal según la velocidad de pérdida de peso, alteraciones del electrocardiograma o tipo de TCA (restrictivo/purgativo). No detectamos ningún síndrome de realimentación ni alteraciones iónicas. **Conclusiones:** Las alteraciones de la función renal son muy frecuentes en adolescentes ingresadas por TCA, observándose mejoría de la misma durante el ingreso. Dada la prevalencia de disfunción renal y su persistencia al alta, es crucial desde AP la detección precoz y su participación en el seguimiento.

O2-126 — DIABETES INSÍPIDA NEFROGÉNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ammari López, A.; Saura Pérez, I.; Canovas García, M.; Taleb Ngadi, Y.; Esparza Pérez, T.; Hernández Vera, M.J.; Sánchez Hernández, M.; Carrillo Huertas, M.; Cobacho Pérez, C.; Álvarez Martínez, E. -
Hospital Santa Lucía de Cartagena, Murcia, España.

Conclusiones: La diabetes insípida nefrogénica congénita (DIN) es una entidad poco frecuente caracterizada por la resistencia renal a la acción de la vasopresina que impide la adecuada concentración urinaria.

Esto da lugar a poliuria, polidipsia y riesgo de deshidratación hiperosmolar. Suele presentar herencia ligada al X. El diagnóstico diferencial incluye principalmente la DI central y otras tubulopatías. Marcadores modernos como la copeptina se están incorporando como guía diagnóstica. El tratamiento se basa en restricción de la carga osmolar, hidratación abundante, diuréticos tipo tiazida, bloqueantes de canales de sodio y, en algunos casos, inhibidores de la síntesis de prostaglandinas. Su diagnóstico en el lactante puede suponer un reto, ya que su presentación inicial puede ser inespecífica y fácilmente confundida con procesos comunes dando lugar a un retraso en el diagnóstico. **Caso clínico:** Lactante de 2 meses que consulta en Urgencias por síndrome febril sin foco. Alimentado con lactancia artificial. Sin otros antecedentes de interés. Ante ausencia de foco infeccioso claro, se realiza estudio que evidencia una hipernatremia grave (175 mEq/L), por lo que se decide ingreso. Durante el mismo se confirma hipernatremia máxima de 180 mmol/L con poliuria e hipostenuria. Se realiza test de desmopresina que no muestra respuesta y se solicita copeptina que se encuentra elevada (169 pmol/L). Se inició tratamiento con hidratación intravenosa con soluciones hipotónicas, hidroclorotiazida, un diurético ahorrador de potasio y restricción de sodio y proteínas en la dieta con buena evolución clínica y normalización analítica. **Discusión:** Este caso pone de manifiesto la relevancia de la sospecha clínica en patologías poco frecuentes con síntomas inespecíficos, como la DIN. La detección temprana y la derivación evitan complicaciones graves. Asimismo, el enfoque coordinado entre Atención Primaria y Hospitalaria es fundamental para garantizar la adherencia al tratamiento y monitorizar la evolución permitiendo optimizar el manejo de estos pacientes.

O2-127 — EL MISTERIO DE LOS ELECTROLITOS PERDIDOS: SÍNDROME DE GITELMAN EN LA INFANCIA

Rivero Torrealba, G.N.[1]; Grobaporto, M.[2]; Bravo Felibertt, J.G.[2]; Viedma Chamorro, G.[3]; Nuñez Rodríguez, M.[2]; García, M.A.[4]; Cozar Olmo, J.A.[5]. - [1]*Unidad de Gestión Clínica Bailén , Jaén, España*; [2]*CS Bailén, Jaén, España*; [3]*Hospital Materno-infantil del H.U de Jaén, España*; [4]*CS San José, España*; [5]*Hospital Universitario Linares, Jaén, España*.

El misterio de los electrolitos perdidos: síndrome de Gitelman en la infancia. **Introducción:** El síndrome de Gitelman es una tubulopatía de herencia autosómica recesiva, provocada por una mutación del gen SLC12A3. Afecta el trasporte de cloruro de sodio y magnesio en la membrana apical de las células del túbulo contorneado distal, produciendo una pérdida urinaria de cloruro de sodio induciendo hipopotasemia. Los síntomas pueden ser leves: fatiga, debilidad, calambres y parestesias; o graves: tetania o convulsiones. El tratamiento se basa en la suplementación de potasio y magnesio. **Objetivo:** Describir un caso de síndrome de Gitelman, y sensibilizar su inclusión como diagnóstico diferencial en síntomas neuromusculares asociados a hipopotasemias. **Presentación del caso:** niña de 10 años, sin antecedentes, consulta por urgencias con cuadro de ansiedad, dolor abdominal y tetania en ambas manos; en la analítica destaca hipopotasemia e hipomagnesemia. Ingresó para estudio, inició tratamiento oral con potasio y magnesio, con mejoría de los síntomas y de laboratorio. Egresa, derivada a servicio de nefrología pediátrica. Allí fue valorada asintomática y por la presencia de la tríada de hipopotasemia, alcalosis metabólica, hipomagnesemia con fracción excretada de potasio en orina elevado sin hiperaldosteronismo, se orienta al diagnóstico de síndrome de Gitelman confirmándose por estudio genético, que resulta positivo para la variante c.1180+1G>T en homocigosis en el gen SLC12A3. **Conclusión:** El Síndrome de Gitelman, es infrecuente y se manifiesta con síntomas inespecíficos, dificultando su reconocimiento precoz. Este caso resalta la importancia de considerarlo en pacientes con hipopotasemia persistente, alcalosis metabólica e hipomagnesemia, especialmente cuando se asocian síntomas neuromusculares o retraso pondoestatural. El diagnóstico oportuno permite instaurar tratamiento y seguimiento, contribuyendo a mejorar la calidad de vida, prevenir complicaciones y optimizar su crecimiento y desarrollo. Asimismo, pone de manifiesto la relevancia de los estudios genéticos para la confirmación diagnóstica y el asesoramiento familiar.

O2-128 — CUANDO LA ANESTESIA REVELA UN DIAGNÓSTICO

Fekete López, E.; Sumpsi Sánchez, C.; Vilches Fraile, S.; Ortega Macías, M.; Urbano Martín, M.; Díez Monge, N. - *Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España*.

Anamnesis: Niña de 7 años en seguimiento por neurología pediátrica por microcefalia y retraso global del desarrollo con sospecha de trastorno del espectro autista. Sin otros antecedentes personales de interés. En contexto de una sedación con fentanilo, rocuronio y propofol para realización de RM cerebral presenta retraso del despertar con bradipnea, hipotensión y bradipsiquia, con posterior resolución y alta a las 24 horas. A los 5 días consulta por alteración de la marcha, sialorrea, irritabilidad y dificultad para el sostén cefálico, con somnolencia excesiva y rechazo de ingesta, por lo que ingresa para estudio. **Exploración clínica:** Glasgow 15. Disartria/afasia motora. Debilidad de musculatura orofacial, muy evidente con apertura mandibular y fonación. Tono axial conservado. Comprende órdenes sencillas y complejas. Reactiva a estímulos. Fuerza conservada en 4 extremidades, miotonía al apretar las manos. Marcha estable sin apoyo aunque con lentitud. Pupilas normales, movimientos oculares normales, discreta ptosis bilateral. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Durante el ingreso se realizan tóxicos en orina, videoelectroencefalograma y punción lumbar sin alteraciones. Analítica sanguínea sin alteraciones salvo leve hiperCKemia. Estudio con electromiografía de musculatura en reposo muestra descargas espontáneas de características atípicas, sugestivas de miotonía. Se realiza estudio genético: > 150 repeticiones del triplete CTG en el gen DMPK que confirma el diagnóstico de enfermedad de Steinert. Durante el ingreso no recibe tratamiento médico específico, recibe fisioterapia y logopedia. Al alta presenta deambulación autónoma pero persiste miotonía con debilidad de predominio orofacial. **Conclusiones:** Se expone el caso de una paciente con diagnóstico de Enfermedad de Steinert clásica de inicio infantil, diagnosticada a raíz de un cuadro de debilidad aguda de origen neuromuscular tras una sedación con fármacos anestésicos generales. En este caso, el fenotipo físico asociado al fenómeno miotónico en la exploración y corroborado con resultados de electromiografía era compatible con enfermedad de Steinert.

O2-129 — DISTROFIA MUSCULAR POR VARIANTES EN ANO5 EN DOS HERMANOS: UN GEN, DOS FENOTIPOS

Domínguez Sevillano, B.; Ferrín Ferrín, M.A.; Justel Rodríguez, M.; Hernández Fabián, A.; Prieto Matos, P.; Gómez Martín, H. - *Hospital Universitario, Salamanca, España*.

Objeto del trabajo: Describir las características clínicas, evolutivas y genéticas de dos hermanos afectos de distrofia muscular por variantes en el gen ANO5, con fenotipo de predominio distal, destacando la variabilidad de expresión intrafamiliar y el impacto en la calidad de vida en edad pediátrica y adolescente. **Material y métodos:** Revisión retrospectiva de la historia clínica de dos hermanos con diagnóstico genético confirmado de distrofia por variantes en el gen ANO5. Se recogieron datos de exploraciones neurológicas seriadas, analíticas incluyendo cretatin kinasa (CK), estudios de neuroimagen y neurofisiología. **Resultados:** Ambos pacientes debutaron con mialgias episódicas en miembros inferiores en edad escolar, sin debilidad objetivable inicialmente en la exploración física. Sin embargo, la evolución ha sido notablemente distinta. El mayor (17 años) presenta episodios cada dos semanas, con dolor incapacitante que le ha obligado deambular con apoyos e implica absentismo escolar de forma frecuente. La RM muscular mostró infiltración grasa en el muslo. Este paciente presenta 2 variantes en el gen ANO5 en heterocigosis compuesta. El menor (11 años) tiene episodios mensuales, más leves, con CK elevada (3000 UI/L) y exploración neurológica normal hasta la fecha. Es heterocigoto para la variante c.692 G > T (p.Gly231Val). Ambos acuden a fisioterapia semanal y natación, y emplean analgesia de rescate (metamizol e ibuprofeno). **Conclusiones:** La distrofia muscular por variantes en el gen ANO5 es una enfermedad rara, caracterizada por mialgias episódicas recurrentes. En este contexto, una CK elevada orienta hacia una miopatía subyacente y justifica la derivación a neuropediatría. La exploración neurológica puede ser normal

durante años, lo que no debe descartar el diagnóstico. En familias con un hijo afecto, el pediatra de atención primaria puede estar alerta ante síntomas similares. Su papel como coordinador entre especialidades y el entorno escolar resulta especialmente valioso en enfermedades crónicas de inicio infanto-juvenil.

O2-130 — DIFICULTADES PARA LA ALIMENTACIÓN EN PERIODO NEONATAL: RECONOCER A TIEMPO UNA ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR CONGÉNITA

de Felipe Pérez, M.[1]; Fraile Manzano, M.I.[2]; Vega Bayón, M.[2]; Melero González, A.[2]; Matías del Pozo, V.[2]; Infante López, M.E.[2]; Sánchez Mínguez, A.[2]; Abete Rivas, M.S.[2]; del Río López, A.[1]; Vázquez Martín, S.[2]. - [1]*Hospital de Medina del Campo, Valladolid, España;* [2]*Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España.*

Anamnesis: Recién nacida a término, hija de padres consanguíneos procedentes de Marruecos, que desde el nacimiento presenta dificultades para la alimentación, con succión débil y episodios de atragantamiento con apnea y cianosis. No distrés respiratorio. Antecedente familiar de hermano con tics motores simples y facies peculiar. **Exploración clínica:** Fenotipo dismórfico con hendiduras palpebrales alargadas, pabellones auriculares de implantación baja, retrognatia, hipomimia marcada con boca abierta, mamilas separadas y pies talos. No visceromegalias ni estigmas cutáneos. Exploración neurológica alterada con hipotonía axial y facial, escasos movimientos espontáneos y de pobre repertorio. Llanto débil. Reflejos osteotendinosos rotulianos abolidos, reflejos primitivos alterados con succión muy débil, ausencia de reflejo deglutorio, palmar y plantar presentes y Moro y Galant incompletos. Los hallazgos patológicos a la exploración y los síntomas fluctúan a lo largo del día. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Analítica con creatina quinasa elevada (x6 veces), no alteraciones metabólicas. Ecografía transfontanelar y resonancia magnética cerebral sin hallazgos patológicos. Ecocardiograma y fondo de ojo normales. Electroencefalograma normal. Electromiografía con patrón decremental tras estimulación repetitiva, sugestivo de trastorno de la transmisión neuromuscular. Anticuerpos antirreceptor de acetilcolina, anti-MuSK y antirreceptor ganglionar negativos. En exoma clínico se identifica variante en homocigosis en el gen CHRNB1, compatible con síndrome miasténico congénito por déficit de receptor de acetilcolina. Se inicia tratamiento con piridostigmina oral, con mejoría clínica progresiva de la movilidad, la fuerza y la tolerancia a la alimentación oral, añadiéndose posteriormente salbutamol. **Conclusiones:** Ante un recién nacido con dificultad persistente para la alimentación, hipotonía e hipomimia facial, debe considerarse un trastorno neuromuscular congénito, especialmente en contexto de consanguinidad familiar. El reconocimiento precoz de estos signos en la exploración neonatal y del lactante es determinante para la derivación a Neuropediatría e iniciar tratamiento específico, que puede modificar significativamente el pronóstico funcional y la calidad de vida del paciente.

COMUNICACIONES ORALES 13

O2-131 — ESTRATEGIAS NUTRICIONALES EN NIÑOS CON ALTO RIESGO DE *DIABETES MELLITUS* TIPO 1: ¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA?

Sánchez Pérez, M.[1]; Claver Pros, X.[1]; Lojo Piñeiro, G.[1]; Giménez Pérez, A.[1]; Pérez Cebrián, M.[1]; Bienert Groesch, C.[1]; Monreal Campos, M.J.[1]; Párraga Pagán, E.[1]; Trujeque Camacho, L.M.[1]; Roldán Montero, M.[2]. - [1]*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España;* [2]*CS de Beniaján, Murcia, España.*

Objeto del trabajo: Revisar la evidencia sobre el cribado de DM-1 y analizar el papel de las intervenciones nutricionales como posibles estrategias para modular la progresión de la enfermedad. **Material y métodos:** Revisión sistemática de la literatura siguiendo las recomendaciones PRISMA. Se efectuó una búsqueda en PubMed de revisiones sistemáticas publicadas en los últimos 10 años sobre DM-1, autoinmunidad pancreática y su relación con factores nutricionales y microbiota. **Resultados:** Se identificaron 127 registros; tras el proceso de selección se incluyeron 11 revisiones sistemáticas en el análisis final. El cribado permitió identificar fases preclínicas de DM-1 y estratificar el riesgo de progresión, que aumentó con el número de autoanticuerpos positivos y fue mayor en niños con seroconversión precoz. Entre los factores prevenibles asociados a mayor riesgo, se identificaron la obesidad infantil (OR 1,32), la exposición repetida a antibióticos de amplio espectro (incremento del riesgo del 7 %) y la persistencia de enterovirus intestinales (OR 1,55). En relación con la nutrición, la lactancia materna prolongada se asoció con menor riesgo (RR 0,39). Por el contrario, el elevado consumo de leche de vaca, azúcares y carnes procesadas se relacionó con un mayor riesgo de autoinmunidad y progresión. Los niños con DM-1 mostraron menor diversidad bacteriana, reducción de bacterias productoras de butirato y alteraciones en géneros como *Clostridium*, *Prevotella*, *Bacteroides* y *Ruminococcus*. *Bifidobacterium* se identificó como posible factor protector (odds ratio 0,82), aunque los resultados fueron heterogéneos. Los estudios sobre vitamina D y gluten mostraron resultados inconsistentes. **Conclusiones:** El cribado permite identificar niños con alto riesgo de DM-1, creando una oportunidad para el seguimiento estrecho y la intervención sobre factores modificables. Aunque no existen estrategias nutricionales con eficacia demostrada para prevenir la enfermedad, la promoción de la lactancia materna, la prevención de la obesidad y la educación en hábitos alimentarios saludables constituyen las principales actuaciones aplicables desde Atención Primaria.

O2-132 — REEMERGENCIA DE LA FIEBRE TIFOIDEA EN PORTUGAL A TRAVÉS DE LOS FLUJOS MIGRATORIOS

Dores, M.; Carvalho Ribeiro, A.; Antunes, J.; Gavino, A.; Nogueira, J.M. - *ULS Lezíria, Santarém, Portugal.*

Conclusiones: La fiebre tifoidea es rara en Europa, pero endémica en el subcontinente indio. Los flujos migratorios y el turismo internacional pueden reintroducirla en países de baja incidencia, generando desafíos diagnósticos. El reconocimiento tardío facilita la transmisión comunitaria, obligando a replantear las estrategias preventivas y de vacunación. Varón de 16 años, indio, residente en Portugal desde 2019, acudió a urgencias con un cuadro de 7 días de fiebre, diarrea, malestar general, dolor abdominal difuso, vómitos e intolerancia alimentaria, catalogado inicialmente como síndrome viral. Analíticamente destacó una respuesta inflamatoria progresiva con un pico de proteína C reactiva de 15.39 mg/dL. Al séptimo día ingresó para estudio etiológico. La investigación epidemiológica reveló que familiares directos habían viajado recientemente a la India; además, el padre desarrolló síntomas justo después, confirmando la transmisión intrafamiliar. El diagnóstico se confirmó en los el aislamiento de *Salmonella Typhi* en hemocultivos y coprocultivos. Tras recibir cefotaxima intravenosa durante 14 días con excelente evolución clínica y analítica, fue dado de alta sin complicaciones. Este caso ilustra la complejidad diagnóstica de las infecciones importadas en poblaciones migrantes. La baja especificidad sintomática y la nula prevalencia local condicionaron la ausencia de una sospecha clínica temprana. Esto retrasó la terapia dirigida y la identificación del caso índice, elevando el riesgo epidemiológico. Resulta imperativo optimizar la agudeza diagnóstica del personal facultativo y reconsiderar estrategias de vacunación focalizadas en grupos de riesgo y viajeros para prevenir brotes y mitigar el impacto en la salud pública.

O2-133 — FAMILIAS EN LA ERA DIGITAL: ¿A QUÉ NOS ENFRENTAMOS?

Ortiz González, L.[1]; Coronel Rodríguez, C.[2]; Santamaría Orleans, A.[3]; Matalí Costa, J.L.[4]; Navas López, V.M.[5]. - [1]*Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud Badajoz, España;* [2]*CS Amante Laffón, Sevilla, España;* [3]*Laboratorios Ordesa S.L., Barcelona, España;* [4]*Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España;* [5]*Hospital Regional Universitario de Málaga, España.*

Objeto del trabajo: Conocer la opinión de los pediatras sobre las redes sociales y los perfiles de *influencers* como fuentes de información sobre crianza, y su posible repercusión en la relación pediatra-familia y en la

práctica clínica. **Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo, multicéntrico y de corte transversal, realizado mediante encuesta *on-line* dirigida a pediatras en ejercicio. Se analizaron 250 respuestas, recogiendo variables profesionales, percepción sobre información difundida en redes sociales, actitud ante los perfiles de *influencers*, presencia profesional en redes y preocupación por la privacidad infantil. **Resultados:** El 52,5 % de los pediatras consideró que las redes sociales y los perfiles de *influencers* constituyen una fuente frecuente de desinformación para las familias, mientras que solo el 33 % los valoró como una fuente interesante. El 31 % indicó que los padres no suelen contrastar con el pediatra la información obtenida en estos canales y el 18 % percibió que la relación pediatra-familia se vio afectada por dicha información. No obstante, el 77 % no consideró que la información errónea condicione su toma de decisiones clínicas y solo el 5,5 % opinó que las familias confían más en *influencers* que en pediatras. El 70 % seguía en redes a otros pediatras o profesionales sanitarios y el 31 % a *influencers* de crianza no profesionales. El 60 % mostró interés en conocer los perfiles consultados por sus pacientes, con diferencias significativas según edad y tipo de centro. Solo el 9,3 % disponía de redes sociales profesionales y al 84 % le preocupaba la privacidad infantil cuando los padres comparten información médica en redes. **Conclusiones:** Los pediatras perciben las redes sociales y los *influencers* como una fuente frecuente de desinformación, aunque con impacto clínico directo limitado. Existe interés por conocer las fuentes digitales consultadas por las familias. La baja presencia profesional en redes contrasta con la preocupación por la privacidad infantil en nuestro entorno.

O2-134 — ENCUESTA SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA, ALIMENTACIÓN Y USO DE PANTALLAS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PRIM-VAL 2024

García Blanco, C.[1]; Peláez Sánchez, A.[1]; Cabero Pérez, M.J.[1]; Fernández Suárez, N.[1]; Viadero Ubierna, M.T.[1]; Caldeiro Díaz, M.J.[1]; De Lamo González, E.[2]; Güemes Veguillas, E.[3]; Pérez Gómez, L.[4]; Pardo Crespo, M.R.[5]. - [1]*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España;* [2]*CS Puerto Chico, España;* [3]*CS Puente Arce, Cantabria, España;* [4]*CS La Barrera, Castro-Urdiales, Cantabria, España;* [5]*CS Isabel II, Cantabria, España.*

Objeto del trabajo: En el seno del proyecto de investigación PRIM-VAL 2024 que busca crear un programa de rehabilitación cardiaca y actividad física dirigida a pacientes pediátricos con patología crónica, se ha profundizado en el estado de salud de la población pediátrica general de nuestra comunidad. Conocer las características sociodemográficas, hábitos de práctica deportiva, sueño y uso de pantallas, así como la dieta realizada, permite establecer este programa dirigido, identificando áreas de intervención específicas. **Material y métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, transversal y descriptivo en niños de 6 a 15 años de Cantabria (Atención Primaria y consultas hospitalarias). Se administraron encuestas digitales (Google Forms) evaluando variables sociodemográficas, actividad física (PAQ-C/A) y adherencia a la dieta mediterránea (KIDMED). Se realizó análisis estadístico descriptivo e inferencial comparando población sana frente a crónica. **Resultados:** Se analizaron 52 participantes (predominio de varones sanos, 6-9 años, nivel socioeducativo medio-alto). El IMC medio fue 17,78, incrementándose significativamente en la adolescencia. Las patologías crónicas más prevalentes fueron asma y TDAH. El 98,0 % realiza actividad física regular (38 % cuatro o más veces por semana), mayoritariamente guiada y fuera del colegio. El 68 % restringe pantallas a menos de 1 hora diaria y más del 80 % duerme más de 8 horas. Predominó el patrón dietético mediterráneo. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en hábitos de vida entre sanos y crónicos, aunque existió una tendencia a menor rendimiento escolar en TDAH y menor IMC en asma. **Conclusiones:** La muestra evidencia altos niveles de actividad física, descanso adecuado y alimentación saludable. La falta de diferencias significativas entre el grupo sano y el crónico sugiere que la enfermedad no actúa como barrera para los hábitos saludables basales, asentando una base muy favorable para la implantación del futuro programa de rehabilitación cardiaca.

O2-135 — RECOMENDACIONES SOBRE ANTIBIOTERAPIA GENERADAS POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA: ESTUDIO DE CONCORDANCIA CON GUÍAS CLÍNICAS

Amândio Martins, A.; Arias Vivas, E. -
Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España.

Objeto del trabajo: La presión familiar para la prescripción de antibióticos y la inercia médica pueden favorecer el uso inapropiado de antimicrobianos en Pediatría de Atención Primaria (AP). El creciente uso de inteligencia artificial (IA) por las familias plantea un nuevo escenario con posible impacto en la demanda asistencial y el uso de antibióticos. **Objetivo:** Evaluar la adecuación de las recomendaciones de antibioterapia emitidas por modelos de IA en escenarios pediátricos frecuentes en AP. **Material y métodos:** Estudio de concordancia y análisis cuali-cuantitativo de simulación clínica realizado entre mayo y junio de 2026. Se diseñaron diez escenarios clínicos basados en motivos de consulta frecuentes en AP: otitis media aguda, neumonía, faringoamigdalitis, bronquiolitis, gastroenteritis aguda, sinusitis, exantema, infección urinaria, fiebre sin foco y conjuntivitis aguda. Cada escenario se introdujo de forma independiente en ChatGPT 2026 (GPT-5.5, OpenAI) y Gemini-1.5 Pro con el prompt: «¿Necesita antibiótico este niño? ¿Y por cuántos días?». Las respuestas se compararon con guías clínicas nacionales (AEPap, AEP y SEIP). Se evaluaron las variables: indicación antibiótica, duración del tratamiento, identificación de signos de alarma y recomendación de valoración médica. **Resultados:** La identificación de signos de alarma y la recomendación de valoración médica fueron adecuadas en el 100 % de los escenarios analizados. Respecto a la indicación antibiótica, se observó concordancia con las guías clínicas en 6 de los 10 casos evaluados. En cuanto a la duración del tratamiento, existió concordancia completa con las recomendaciones de las guías en 5 de los 10 escenarios. **Conclusiones:** Los modelos de IA evaluados mostraron una concordancia moderada con las guías pediátricas sobre antibioterapia. No obstante, persistieron discrepancias en la indicación y duración del tratamiento antibiótico, lo que limita su uso como herramienta autónoma de toma de decisiones. La adecuada identificación de signos de alarma sugiere un posible papel complementario en educación sanitaria y orientación inicial de las familias.

O2-136 — PROYECTO "ANDARINES": INTERVENCIÓN COMUNITARIA DESDE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD INFANTIL

Hormigo Moreno, E.[1]; Comino Vázquez, P.[2]; Cervera Hidalgo, A.[2]; Pérez Iglesias, L.M.[1]; Rubio Mantas, L.[1]. - [1]*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;* [2]*CS La Candelaria, Sevilla, España.*

Objeto del trabajo: La obesidad infantil constituye una enfermedad crónica multifactorial caracterizada por un exceso de adiposidad con repercusión metabólica, física y psicosocial. Su prevalencia es mayor en contextos de vulnerabilidad socioeconómica, donde los determinantes sociales condicionan la adquisición de hábitos saludables. El objetivo fue diseñar e implementar un programa comunitario de educación para la salud dirigido a niños con obesidad desde Atención Primaria y evaluar su impacto inicial. **Material y métodos:** Se desarrolló un estudio prospectivo de intervención comunitaria en un centro de salud de una zona de alta vulnerabilidad social. Se incluyeron 10 pacientes con obesidad (IMC > percentil 95, mayores de 5 años). El 60 % presentaba comorbilidades asociadas, entre ellas síndrome de apnea obstructiva del sueño, alteraciones metabólicas, dolor abdominal recurrente y trastornos psicológicos o de la conducta alimentaria. La intervención consistió en dos sesiones mensuales con talleres de alimentación saludable con elaboración de recetas creativas y paseos familiares acompañados por el equipo de pediatría. La variable principal fue la variación del IMC expresado como desviación estándar (z-IMC). Se evaluó asimismo la adherencia y la satisfacción de pacientes y familias. **Resultados:** Tras tres meses de seguimiento (24 de marzo-24 de junio de 2026), cinco pacientes disponían de datos completos para el análisis. El z-IMC medio descendió de 3,94 a 3,55 DE (reducción media de -0,39 DE). Cuatro de los cinco pacientes (80 %) presentaron

una disminución del z-IMC, con una reducción máxima de -1,04 DE. La participación fue elevada, observándose una buena adherencia al programa y una valoración favorable por parte de las familias. **Conclusiones:** Los resultados preliminares sugieren que una intervención comunitaria liderada desde Atención Primaria, en un entorno de elevado riesgo social, puede contribuir a mejorar el exceso ponderal y favorecer la implicación familiar en la adquisición de hábitos saludables, reforzando el papel del pediatra como agente promotor de salud.

O2-137 — CUANDO LA REALIDAD SE DISTORSIONA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Vega Bayón, M.[1]; de Felipe Pérez, M.[2]; Geijo Uribe, S.[1]. - [1]*Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España;* [2]*Hospital Medina del Campo, Valladolid, España.*

Introducción: El consumo de cannabis es una de las conductas de riesgo más prevalentes en la adolescencia. Aunque suele percibirse como una sustancia de bajo riesgo, se ha relacionado con el desarrollo de trastornos psiquiátricos agudos, entre ellos episodios psicóticos, especialmente en individuos vulnerables. Presentamos el caso de un adolescente con un primer episodio psicótico asociado al consumo de cannabis para destacar la importancia de su reconocimiento precoz y del abordaje multidisciplinar. **Caso clínico:** Varón de 14 años remitido a Urgencias por su pediatra por alteración conductual e intensa sintomatología depresiva tras una ruptura sentimental. Sin antecedentes psiquiátricos familiares y en seguimiento por psicólogo privado. Refería consumo puntual de cannabis una semana antes del inicio del cuadro, además de consumo ocasional de alcohol y vapeo. Presentaba insomnio, pensamiento desorganizado, ideas delirantes autorreferenciales y de perjuicio, respuestas incoherentes con risas inmotivadas, sensación de ser juzgado, alucinación visual y antecedentes de alucinaciones auditivas tras consumo de cannabis. En el ámbito escolar destacaban alteraciones conductuales y dificultad para mantener la concentración. La exploración física, analítica, cribado toxicológico y resonancia magnética cerebral fueron normales. Ingresó 28 días en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil con diagnóstico de primer episodio psicótico, iniciándose tratamiento con risperidona y olanzapina. Tras el alta persistieron síntomas psicóticos, precisando seguimiento intensivo y hospitalización a domicilio. A los tres meses desapareció la sintomatología psicótica. Cinco meses después se retiraron los neurolépticos, manteniéndose estable con valproato por persistencia de sintomatología depresiva basal, planteándose un posible trastorno bipolar. **Conclusiones:** El consumo de cannabis debe considerarse en el diagnóstico diferencial del primer episodio psicótico en adolescentes, sin atribuir automáticamente la clínica a esta sustancia. El reconocimiento precoz, una anamnesis dirigida, el despistaje de causas orgánicas y la coordinación entre Pediatría, Urgencias y Salud Mental son esenciales para un adecuado manejo y seguimiento evolutivo.

O2-138 — MASAS ABDOMINALES GIGANTES EN ADOLESCENTES: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Vizmanos Larrayoz, M.[1]; Echeverria Fernández, M.[1]; Chaverri Repáraz, C.[1]; Mujika Arrazola, M.[1]; Sola Aparicio, A.[2]; Martínez Oyarbide, N.[1]; Armanac Cadenas, C.[1]; Morales Martín-Mora, P.[1]; Martínez Aso, L.[1]; Lodosa Erdociain, L.[1]. - [1]*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España;* [2]*CS Sarriguren, Navarra, España.*

Introducción: Las masas abdominales gigantes, entendidas como aquellas que ocupan gran parte de la cavidad abdominal, son infrecuentes en la edad pediátrica. Su etiología es multifactorial y pueden detectarse de forma incidental durante la exploración física o en pruebas de imagen. Su hallazgo requiere un amplio diagnóstico diferencial y, cuando producen síntomas, estos suelen derivarse de la compresión de estructuras vecinas. Presentamos dos casos diagnosticados de forma incidental en adolescentes. **Casos clínicos:** Adolescente de 11 años que acude por dolor abdominal. En la exploración se palpa una masa en hipogastrio. La ecografía abdominal muestra una tumoración quística dependiente de ovario derecho asociada a ureterohidronefrosis. La resonancia magnética confirma un quiste de 19x12x8cm y se realiza una quistectomía ovárica. Los marcadores tumorales son normales y la anatomía patológica es compatible con quistes foliculares. Además, presentaba amenorrea primaria a pesar de haber alcanzado la pubertad. Durante el seguimiento presenta crecimiento de las lesiones quísticas, hiperandrogenismo e insulinorresistencia en analítica, planteando un síndrome de ovario poliquístico. Se inicia tratamiento con acetato de ciproterona y etinilestradiol con reducción del tamaño quístico. Adolescente de 13 años remitida a consulta de Endocrinología por obesidad. En la exploración, se palpa una masa abdominal. La resonancia magnética confirma una lesión quística de 18,6x15,7x9,3cm. Los marcadores tumorales son normales. Se realiza una quistectomía ovárica y el estudio anatomopatológico confirma un teratoma quístico maduro con evolución posterior favorable. **Discusión y conclusiones:** Ante una masa abdominal gigante en adolescentes es fundamental realizar un adecuado diagnóstico diferencial, siendo una gran parte de origen ovárico y naturaleza benigna. La ecografía es la prueba inicial de elección. Estos casos representan etiologías ováricas benignas diferentes: quistes foliculares y teratoma quístico maduro. Ambas precisaron tratamiento quirúrgico, siendo su evolución posterior diferente. Las masas anexiales deben considerarse dentro del diagnóstico diferencial en toda masa abdominal en adolescentes.

O2-139 — ¿QUÉ CONSUMEN NUESTROS PREADOLESCENTES? BEBIDAS ESTIMULANTES Y HÁBITOS DE VIDA EN ESTUDIANTES DE QUINTO Y SEXTO DE EDUCACIÓN PRIMARIA

Costa Ramírez, A.[1]; Bravo Pulido, M.J.[1]; Salehe Al Hakeue, M.[1]; Otin Nasarre, S.[2]; Fernández Fernández, M.D.R.[1]; Arnau Solé, G.[1]. - [1]*CAP Sant Hipòlit De Voltregà, Barcelona, España;* [2]*CAP Sant Quirze de Besora, Barcelona, España.*

Objeto del trabajo: Evaluar la prevalencia del consumo de bebidas estimulantes en escolares de 10 y 11 años, analizando su relación con el entorno familiar, hábitos digitales, descanso, actividad física y el conocimiento de sus componentes. **Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal mediante encuesta a 79 estudiantes de quinto y sexto de primaria de la escuela Voltregà. Se cruzaron variables sociofamiliares y de estilo de vida con la frecuencia de consumo. **Resultados:** El consumo global es bajo (15,2 %, n=12), pero se concentra críticamente en sexto de Primaria, afectando al 26,8 % de su alumnado frente al 2,6 % en quinto, incluyendo dos casos de alta frecuencia (uno diario y otro de 4 a 5 días semanales). Los factores de riesgo identificados incluyen el consumo parental (44,4 % de consumidores si los padres consumen, frente al 7,9 % si nunca lo hacen) y la sobreexposición a pantallas (50 % de consumidores entre quienes superan las 3 horas diarias). Respecto al descanso, el 31,8 % de los alumnos que duermen 8 horas consume estas bebidas, disminuyendo al 17,2 % con 9 horas y al 0 % con 10 o más horas. El consumo repunta en los extremos de actividad física (sedentarismo absoluto y ejercicio diario). La mayoría identifica la presencia de azúcar (n=74) y cafeína (n=71), pero un 26,5 % (n=21) cree erróneamente que contienen alcohol. **Conclusiones:** Aunque la prevalencia general es minoritaria, el consumo se dispara al aproximarse a la adolescencia (sexto de Primaria) y se asocia significativamente con un menor descanso, un uso intensivo de pantallas y hábitos parentales de consumo. Estos hallazgos concuerdan con series y estudios comparativos nacionales que vinculan el inicio temprano de este hábito con perfiles de riesgo tecnológico y déficit de sueño, evidenciando la necesidad de intervenciones educativas preventivas dirigidas tanto al alumnado como a las familias.

O2-140 — ESTILO DE VIDA Y COMPOSICIÓN CORPORAL EN NIÑOS/AS PREMATUROS DE 5 A 7 AÑOS: DATOS PRELIMINARES PARA MODELOS PREDICTIVOS

García-Rodríguez, J.[1]; Alonso de Celada, R.[1]; Blázquez Camacho, J.[2]; Deiros Bronte, L.[2]; Díaz González, C.[2]; Arribas, S.M.[1]; Ramiro-Cortijo, D.[1]. - [1]*Universidad Autónoma de Madrid (Facultad de Medicina), Madrid, España;* [2]*Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.*

Objeto del trabajo: Los individuos nacidos prematuramente tienen más riesgo de padecer enfermedades cardiometabólicas (ECM). Dada la elevada prevalencia de prematuridad, esto supone un reto para la salud

pública. La composición corporal, junto con la actividad física y los hábitos alimenticios, son factores modificables que podrían prevenir la ECM a una edad temprana. El objetivo del trabajo es estudiar hábitos de vida y composición corporal en población prematura. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio de casos-controles en niños/as de 5-7 años nacidos prematuramente (24-30 semanas de gestación) y a término, reclutados en un hospital terciario (Madrid, España). Se determinó la presión arterial (PA) y la frecuencia cardíaca (FC) mediante esfigmomanometría; la composición corporal, por impedancia. Los hábitos de actividad física y nutricional se evaluaron por los cuestionarios de actividad física (PAQ-C), hábitos alimentarios infantiles y adherencia a la dieta mediterránea. **Resultados:** Los prematuros fueron más pequeños que los términos (a término=6,5 [6,0; 7,8] años; prematuros=5,0 [5,0; 5,0] años; P=0,006). No hubo diferencias en la PA, FC, ni en las variables del PAQ-C. El peso, estatura y perímetro cefálico fueron significativamente inferiores en los prematuros que en los términos. En comparación con los términos, los prematuros presentaron significativamente menor nivel de masas magra y muscular, agua corporal y tasa metabólica basal. La masa grasa y los índices antropométricos no variaron. Además, los prematuros mostraron una menor tendencia a perder el apetito con emociones negativas (a término=1,75 [1,75; 1,81]; prematuros=1,38 [0,81; 1,50]; P=0,087) y una mayor capacidad de saciedad (a término=1,60 [1,60; 1,75]; prematuros=2,00 [2,0; 2,40]; P=0,069). Los prematuros puntuaron significativamente menor que los términos en adherencia a la dieta mediterránea. **Conclusiones:** Alteraciones tempranas en la composición corporal y el comportamiento nutricional pueden estar relacionadas con la prematuridad. Este estudio requiere una confirmación con un mayor tamaño muestral, por lo que el reclutamiento se encuentra abierto.

COMUNICACIONES ORALES 14

O2-141 — COOPERACIÓN INTERNACIONAL PEDIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA: EXPERIENCIA DE UN PROYECTO EN KENIA

Bernabéu Sendra, J. - *CS Roís de Corella, Gandía, Valencia, España.*

Objeto del trabajo: Exponer la experiencia asistencial de un pediatra de atención primaria durante una estancia de cooperación en una clínica comunitaria ambulatoria situada en el asentamiento informal o "slum" de Mukuru, en Nairobi (Kenia). Se pretende dar a conocer las características organizativas y clínicas que condicionan la asistencia sanitaria en un entorno de pocos recursos y gran vulnerabilidad social como este. **Material y métodos:** Comunicación descriptiva basada en la actividad médica desarrollada durante una estancia de 6 meses en una clínica de atención primaria que atiende a la población infantil procedente del "slum" de Mukuru. La atención se llevó a cabo en colaboración con un equipo multidisciplinar local. Se describen el contexto asistencial, la organización del trabajo, los motivos de consulta más frecuentes y las limitaciones diagnósticas y terapéuticas encontradas. **Resultados:** Los motivos de consulta más frecuentes fueron infecciones respiratorias agudas, cuadros gastrointestinales, fiebres de origen infeccioso y diferente patología cutánea, como sucede igualmente a nivel de atención primaria en España. Se atendieron también con cierta frecuencia enfermedades características de países africanos en vías de desarrollo, como tuberculosis, desnutrición, malaria o exposición por lactancia al virus de la inmunodeficiencia humana. La limitada disponibilidad de pruebas complementarias condicionó una práctica clínica centrada en la anamnesis y la exploración clínica. La actividad asistencial estuvo también marcada por problemas relacionados con determinantes sociales de la salud, como hacinamiento, inseguridad alimentaria y dificultades de acceso a atención sanitaria. **Conclusiones:** La experiencia de cooperación en un entorno de bajos recursos puede representar una fuente de importante aprendizaje médico y profesional para el pediatra de atención primaria. Refuerza la importancia de la valoración clínica, la medicina basada en recursos disponibles y el abordaje de los determinantes sociales de la salud en la atención pediátrica.

O2-142 — UN FACTOR SILENCIOSO DE RIESGO PARA EL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO INFANTIL: DESNUTRICIÓN EN UN CONTEXTO DE VULNERABILIDAD SOCIAL

Ledo de Faria, T.I.; Carmona, F.; Cunha Cardoso, V. - *Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.*

Introducción: La desnutrición infantil constituye un importante problema de salud, especialmente en contextos de vulnerabilidad social. **Caso clínico:** Lactante varón de 7 meses remitido a la consulta de Pediatría Social por pérdida de peso y vómitos recurrentes. Recibió lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses, fórmula infantil hasta los 5 meses y posteriormente leche de vaca entera, sin adecuada introducción de la alimentación complementaria. Vivía en un contexto de vulnerabilidad social, con madre analfabeta y desempleada, sin contacto con el padre. En la exploración física presentaba peso de 5,84 kg, longitud de 66,5 cm, hipotonía generalizada y retraso del DNPM. La evaluación antropométrica mostró puntuaciones Z de peso para la edad de -1,77, talla para la edad de -2,36 e índice de masa corporal para la edad de -1,95, compatibles con compromiso nutricional. Se diagnosticó desnutrición secundaria a errores alimentarios asociada a retraso del DNPM. Se instauró adecuación dietética, suplementación con hierro, alimentación complementaria, orientación familiar y estimulación del desarrollo. Durante el seguimiento se observó recuperación ponderoestatural y progresiva adquisición de los hitos esperados. A los 4 años y 2 meses presentaba crecimiento adecuado y mejoría significativa del DNPM. **Conclusión:** Este caso evidencia cómo las prácticas alimentarias inadecuadas en un contexto de fragilidad socioeconómica pueden repercutir negativamente en el estado nutricional y el DNPM. La identificación precoz y el seguimiento multidisciplinar permitieron una evolución favorable, reforzando la importancia de la vigilancia nutricional y las intervenciones tempranas.

O2-143 — CONOCIMIENTO DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL ENTRE LOS PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE NAVARRA

Mujika Arrazola, M.; Arana Rivera, P.; Chaverri Reparaz, C.M.; Sola Aparicio, A.; Vizmanos Larrayoz, M.; Martínez Oyarzabal, N.; Fernández de Quincoces Gil, M.; Armañac Cadenas, C.; Ibarzabal Arregi, M.; García De Alaiz, A. - *Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.*

Introducción: La educación sexual integral (ESI) aborda los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad, y constituye un derecho reconocido de la infancia y la adolescencia. Su implementación requiere un enfoque multidisciplinar que integre los ámbitos familiar, educativo, social y sanitario. La consulta de Pediatría de Atención Primaria (AP) representa un entorno clave para su promoción, aunque la formación específica en ESI parece limitada. **Objetivos:** Valorar el conocimiento y la formación de los pediatras de AP de Navarra sobre ESI y su incorporación a la práctica clínica habitual. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal, mediante encuesta anónima autoadministrada con preguntas cerradas, dirigida a pediatras de AP de Navarra. **Resultados:** Participaron 35 pediatras de AP. El 43 % (15/35) tenía menos de 5 años de ejercicio profesional y el 37 % (13/35) entre 10 y 20 años. Aunque el 60 % (21/35) había oído hablar de la ESI, el 74 % (26/35) desconocía su definición exacta y solo el 11 % (4/35) había recibido formación específica. En consulta, el 69 % (24/35) no había recibido demandas familiares relacionadas. Asimismo, el 37 % (13/35) refería abordarla sistemáticamente en las revisiones de salud, mientras que otro 37 % (13/35) no la había introducido ni siquiera a demanda familiar. El 57 % (20/35) manifestó mayor predisposición a abordarla cuando percibía un entorno familiar favorable y el 97 % (34/35) señaló no conocer suficiente material para recomendar a las familias. Algo más de la mitad refirió sentirse cómoda resolviendo dudas relacionadas con el colectivo LGTBIQ+, lo que sugiere una actitud favorable hacia su abordaje. **Conclusiones:** Los pediatras de AP muestran una actitud favorable hacia la ESI, aunque persisten áreas de mejora en formación, recursos y aplicación sistemática. Reforzar estos aspectos favorecería una atención más estructurada, homogénea y adaptada a niños, adolescentes y familias.

O2-144 — CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS FAMILIAS HOMOPARENTALES ATENDIDAS EN UNA CONSULTA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Pérez Iglesias, L.M.[1]; Rubio Mantas, L.[1]; Moreno García, A.[1]; Hormigo Moreno, E.[1]; Hidalgo Muñoz, M.[1]; Guisado Rasco, C.[2]; Begara De La Fuente, M.[2]; Coronel Rodríguez, C.[2]. - [1]*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;* [2]*CS Amante Laffón, Sevilla, España.*

Objeto del trabajo: Describir las características de las familias homoparentales con hijos concebidos mediante técnicas de reproducción asistida atendidas en una consulta de Pediatría de Atención Primaria, así como analizar dificultades encontradas durante el proceso. **Material y métodos:** Se realiza un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en consulta de Pediatría de Atención Primaria en dos cupos de Pediatría de Atención Primaria con una población asignada de 2.446 pacientes desde el 1 de enero de 2026 hasta 1 de junio de 2026. Se incluyeron familias homoparentales formadas por dos madres o dos padres con hijos concebidos mediante técnicas de reproducción asistida o gestación subrogada. La información se obtuvo mediante una encuesta anónima cumplimentada por uno de los progenitores. Se recogieron variables sociodemográficas, reproductivas, clínicas, educativas y de percepción social. **Resultados:** Se identificaron 15 familias homoparentales, obteniéndose respuesta de 8 de ellas. El 88 % estaban formadas por dos madres y el 13 % por dos padres. La edad media de los progenitores fue de 40 años. El método reproductivo más frecuente fue la inseminación artificial (63 %). El tiempo medio hasta la consecución de la gestación fue de 13 meses y el coste medio de 20962 euros. Las principales dificultades referidas estuvieron relacionadas con el acceso a tratamientos, los costes económicos y trámites administrativos. Ningún menor presentó problemas de salud significativos ni precisó seguimiento especializado. El 75 % estaba escolarizado y el 75 % de las familias consideró que su centro educativo reconocía la diversidad familiar. La valoración global del proceso de acceso a la parentalidad fue de 4,4/5. **Conclusiones:** Los menores procedentes de familias homoparentales presentaron un adecuado estado de salud y desarrollo. Las principales dificultades se relacionaron con el acceso a la parentalidad y aspectos administrativos. Estos resultados son concordantes con la evidencia científica disponible, que no ha demostrado diferencias relevantes en salud ni desarrollo infantil asociadas al tipo de estructura familiar.

O2-145 — DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA EXPOSICIÓN A PANTALLAS DETECTADOS MEDIANTE HOJA VERDE MEDIOAMBIENTAL EN EL CONTROL DE SALUD INFANTIL: RESULTADOS PRELIMINARES

Brizuela Delgado, J.[1]; Alquézar Yus, P.[1]; León Angós, M.E.[2]; López Mendía, M.J.[2]; Vázquez Gómez, J.A.[1]; García De La Cruz, M.[1]; Altuzarra Foncea, Y.[1]; Jarauta Sánchez, I.[1]; Ibáñez Rubio, S.[1]; Pasamón García, S.[1]. - [1]*Hospital Universitario San Pedro, Logroño, La Rioja, España;* [2]*CS Joaquín Elizalde, Logroño, La Rioja, España.*

Objeto del trabajo: La exposición infantil a pantallas es un determinante ambiental emergente con impacto potencial sobre el neurodesarrollo, la salud mental y los hábitos de vida. El objetivo de este estudio fue analizar su asociación con variables sociodemográficas mediante Hoja Verde medioambiental. **Material y métodos:** Estudio observacional transversal realizado entre febrero y mayo de 2026 en los controles de salud infantil de los 3, 6, 9 y 12 años de un centro de salud. Se recogieron variables sociodemográficas, dispositivos electrónicos propios y tiempo diario de pantallas. Se analizaron asociaciones mediante test exacto de Fisher, U de Mann-Whitney y correlación de Spearman, y se calcularon razones de prevalencia (RP) como medida de asociación, considerando significativa una p≤0,05. **Resultados:** Se incluyeron 83 pacientes, 55,4 % varones, con mediana de edad de 9,21 años [6,09-12,12]. El 72,3 % tenía al menos un dispositivo propio, siendo el móvil el más frecuente (38,3 %). La prevalencia de móvil propio fue mayor en niños de familias de origen extranjero (61,3 % vs 24,0 %; RP=2,55; p=0,001), con progenitores sin estudios superiores (65,4 % vs 26,4 %; RP=2,48; p=0,001) y con ingresos mensuales ≤2000 € (61,1 % vs 27,7 %; RP=2,21; p=0,020); estos grupos también reportaron mayor tiempo diario de pantallas, con diferencias medianas entre 1,0 y 1,25 h/día (p≤0,009). El sexo masculino se asoció con mayor prevalencia de consola y ordenador propios (RP=3,94; p=0,005, y RP=3,64; p=0,010, respectivamente). Los niños con móvil propio presentaron una mediana de 1,75 h/día más de exposición a pantallas (p<0,001). El tiempo diario de pantallas también aumentó con la edad (rho=0,461; p<0,001) y con el número total de dispositivos propios (rho=0,527; p<0,001). **Conclusiones:** Un perfil socioeconómico más desfavorecido, una mayor edad y tener móvil propio se asociaron a patrones de exposición digital menos favorables. La Hoja Verde medioambiental puede facilitar la detección de perfiles de riesgo en las revisiones del niño sano.

O2-146 — MÁS ALLÁ DE UNA VULVOVAGINITIS: EL VALOR DE LA TIRA REACTIVA DE ORINA EN EL DIAGNÓSTICO DE DOS CASOS DE DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 1

Soria Huelmos, F. - *CS de La Puebla del Río, Sevilla, España.*

Introducción: La vulvovaginitis es un motivo frecuente de consulta en Pediatría de Atención Primaria y, habitualmente, corresponde a un proceso benigno. Sin embargo, en raras ocasiones puede constituir la primera manifestación de una enfermedad sistémica. La literatura describe las manifestaciones vulvovaginales principalmente en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) ya diagnosticada, siendo escasas las publicaciones que las comunican como forma de presentación inicial. Presentamos dos casos en los que una tira reactiva de orina (TRO) permitió el diagnóstico precoz de DM1. **Resumen del caso:** Se presentan dos niñas de 4 y 6 años, consultaron por prurito vulvar de pocos días de evolución, asociado a eritema vulvar y disuria ocasional, sin fiebre ni deterioro del estado general. Una de ellas había sido valorada previamente en servicio de urgencias por el mismo motivo, donde se indicó tratamiento tópico por sospecha de vulvovaginitis. Ante la persistencia de la clínica, se realizó una TRO, detectándose glucosuria (+++) y cetonuria (++/+++). La glucemia capilar fue de 337 mg/dl y 443 mg/dl, respectivamente, motivando la derivación urgente al hospital. El estudio hospitalario confirmó el diagnóstico de DM1 autoinmune en ambas pacientes, sin cetoacidosis diabética. Solo tras una reanamnesis dirigida, una de ellas refirió despertares nocturnos para beber agua en los días previos. Ambas presentaban antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes (DM1-tiroiditis). **Conclusiones:** La valoración clínica no debe limitarse al diagnóstico más probable. Las manifestaciones vulvovaginales también pueden constituir el motivo de consulta que conduzca al diagnóstico inicial de una DM1. Mirar más allá de una aparente vulvovaginitis permitió diagnosticar precozmente una DM1. En Atención Primaria, una prueba sencilla, rápida y de bajo coste como la TRO puede cambiar el curso diagnóstico, facilitar una derivación oportuna y evitar el desarrollo de complicaciones potencialmente graves como la cetoacidosis diabética.

O2-147 — USO DE TEST RÁPIDOS EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA MEJORAR DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS. SERIE DE CASOS

Maderuelo Sánchez, A.I.[1]; Rodríguez Urteaga, E.[1]; Fernández Fernández, T.[2]. - [1]*EAP Dos de Mayo, Madrid, España;* [2]*Hospital La Zarzuela, Madrid, España.*

Objeto del trabajo: Demostrar como el uso de test rápidos en atención primaria permite mejorar diagnóstico y tratamientos. **Material y métodos:** Serie de casos **Resultados:** 1.Caso 1. 5 años. Fiebre de 39,5 de 3 días de evolución. Tos, mocos, decaimiento, dolor muscular. Crepitantes bibasales en la auscultación. Ecografía pulmonar: condensaciones subpleurales menores de 1 cm y aumento de líneas B. Test virus+ para gripe A, *parainfluenzae* y VRS. PCR 49. No precisó antibiótico. 2. Caso 2. 2años. Fiebre de 4 días de evolución. Moco. Valorada a las 48 h en urgencias pautaron amoxicilina por hiperemia timpánica izda. No otalgia. Control en atención primaria a las 48 h por persistencia de fiebre elevada. Test virus + para adenovirus. Suspensión del antibiótico 3.Caso 3. 5 años. Fiebre 3 días. Tos. Hipoventilación en base derecha. Ecografía pulmonar

con condensación 1 cm. Test positivo para Gripe A. No precisó antibiótico 4. Caso 4. 18m Fiebre de 5 días de evolución, 39,5ºC, tos, moco y conjuntivitis no purulenta. Ecografía pulmonar normal. Test virus positivo para adenovirus. PCR 90. Seguimiento con desaparición de la fiebre. Precisó antibiótico 5 días más tarde por otitis. 5.Caso 5. 17m. Fiebre de 39,5. 3 días. Tos, moco, vómitos y diarrea. Conjuntivitis no purulenta. Exploración normal. Test + metapneumovirus. 6. Caso 6. 4años. Fiebre de 39,5 3 días, rinorrea y tos. Tratamiento inmunosupresor por Síndrome Nefrótico. Exploración normal en urgencias, salvo hiperemia faríngea. Test estreptococo negativo. Leucocitosis sin desviación izquierda. PCR y PCT normales. 24 h más tarde test + a metapneumovirus en AP. Buena evolución posterior **Conclusiones:** Usar técnicas de diagnóstico rápido en la consulta de atención primaria mejora nuestra precisión diagnóstica , disminuye el número de visitas, ofrece seguridad a los padres , disminuye el uso indebido de antibióticos, reduce la exposición a radiaciones ionizantes y otras exploraciones invasivas y dolorosas, disminuyendo además el coste sanitario.

O2-148 — IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS ENTRE LOS 9-14 AÑOS

Villa Arranz, M.[1]; Hernández Hernández, A.[2]; Sánchez Jiménez, M.D.C.[3]; García Ron, G.[4]; Mazas Raba, R.[5]. - [1]*CS La Rivota, Alcorcón, Madrid, España;* [2]*CS Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España;* [3]*CS Salamanca, España;* [4]*CS Las Águilas, Madrid, España;* [5]*CS Gama, Cantabria, España.*

Introducción: La obesidad infantil es uno de los principales problemas de salud pública y, además de sus complicaciones metabólicas y cardiovasculares, puede afectar de forma importante a la calidad de vida relacionada con la salud, especialmente en los ámbitos emocional, social, físico y escolar. En atención primaria se detecta una gran parte de estos casos, por lo que este entorno es idóneo para valorar su impacto real en la infancia **Material y métodos:** Se propone un estudio observacional, transversal y analítico en niños de 8 a 14 años atendidos en consultas de pediatría de atención primaria. Se incluirán participantes con consentimiento informado y se excluirán aquellos con enfermedades crónicas relevantes o trastornos graves del neurodesarrollo que puedan interferir en la percepción de la calidad de vida. La variable principal será la calidad de vida relacionada con la salud, medida mediante el cuestionario validado PedsQL 4.0 en su versión española, analizando sus dominios físico, emocional, social y escolar. El estado nutricional se determinará por el índice de masa corporal y se compararán las puntuaciones entre normopeso, sobrepeso y obesidad. Además, se recogerán variables sociodemográficas y se realizarán análisis descriptivos. **Conclusiones:** Se espera que los niños con obesidad presenten una peor calidad de vida, sobre todo en los dominios físico y emocional. Los resultados podrían ayudar a identificar áreas especialmente afectadas y respaldar intervenciones multidisciplinares desde atención primaria, orientadas no solo al control ponderal, sino también a mejorar el bienestar integral del niño.

O2-149 — SEGUIMIENTO DEL NEURODESARROLLO EN RECIÉN NACIDOS CON ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA MODERADA-GRAVE NACIDOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Segovia López, S.M.[1]; González de Herrero Álvarez, Á.[2]; Menéndez González, L.[2]; Álvarez Menéndez, L.[1]; Álvarez Blanco, E.[1]; De Juan Vázquez, D.[1]; Puente Fuente, P.[1]; López-Negrete Cueto, E.[1]; Corihuela Menéndez, P.[1]; Costa Romero, M.[3].- [1]*Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias, España;* [2]*Universidad de Oviedo, Asturias, España;* [3]*Hospital Universitario de Cabueñes, Universidad de Oviedo, Asturias, España.*

Objeto del trabajo: La encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) moderada-grave continúa siendo una causa importante de morbimortalidad neonatal y de alteraciones del neurodesarrollo a largo plazo. El objetivo es analizar el desarrollo psicomotor (DPM) mediante el cuestionario *Ages and Stages Questionaires* (ASQ-3) en pacientes diagnosticados de EHI moderada-grave al nacimiento. **Material y métodos:** Estudio analítico, observacional y ambispectivo de niños con EHI moderada-grave diagnosticados mediante escala de García-Alix, nacidos en un hospital de segundo nivel y trasladados al hospital de referencia para valoración de tratamiento con hipotermia activa entre 2019 y 2025. El DPM se evaluó con el cuestionario ASQ-3 cumplimentado por los padres. Su alta especificidad y valor predictivo negativo permiten detectar a los pacientes en riesgo de sufrir retraso grave del DPM. **Resultados:** Se incluyeron 27 RN con edad gestacional entre 36-42 semanas diagnosticados de EHI moderada-grave al nacimiento que precisaron derivación a la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital de referencia. Un tercio recibió hipotermia activa. La mortalidad global fue 18,5 %. La valoración del DPM se realizó a una edad de 36,28 meses (3-79 meses). El 22,2 % presentó alteraciones del DPM. Las áreas más afectadas fueron la motricidad gruesa y fina y la esfera socioindividual, concordando con lo descrito por Hortigüela. La evolución desfavorable (alteración del DPM o exitus) se asoció a menor puntuación Apgar, necesidad de reanimación avanzada, niveles elevados de troponina e interleucina-6 y puntuaciones superiores en la escala de García-Alix, concordando con los trabajos de Glass, Deveci, Sahin, Goswami y García-Alix, respectivamente. **Conclusiones:** Uno de cada cinco RN supervivientes con EHI moderada-grave en nuestro medio presentó alteraciones del DPM durante el seguimiento. Estos hallazgos refuerzan la importancia de la detección precoz y del seguimiento multidisciplinar de estos pacientes desde la consulta de Atención Primaria, integrando la perspectiva familiar en la evaluación del neurodesarrollo mediante el uso de cuestionarios validados.

O2-150 — *KERNÍCTERUS* SECUNDARIO A HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL GRAVE POR ANEMIA HEMOLÍTICA CONGÉNITA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

García Cobarro, L.; Rodríguez Molina, B.; Micol Martínez, O.; Sánchez Candela, M.; Giménez Arias, E.; Pozo Vicente, L.; Cebrián Martínez, A.L.; Quílez Cuartero, C.; Sánchez Pérez, M.; Giménez Pérez, A. - *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.*

Introducción: La ictericia es frecuente durante el período neonatal. Aunque generalmente es un proceso fisiológico y autolimitado, la hiperbilirrubinemia grave puede ocasionar encefalopatía bilirrubínica aguda y *kernicterus*, una complicación neurológica potencialmente irreversible asociada a elevada morbimortalidad. **Resumen. Caso clínico:** Recién nacida a término fruto de gestación controlada, sin antecedentes de interés. Traída a los 4 días de vida por ictericia marcada de 12 horas de evolución junto con decaimiento, sin otra clínica. No isoinmunización. En exploración física destaca ictericia marcada hasta palmas y plantas con soplo funcional y afectación neurológica con actitud letárgica, asociando insuficiencia respiratoria. Analítica sanguínea con bilirrubina total de 37,5 mg/dL, anemia hemolítica, elevación de LDH y reticulocitosis. Test de Coombs directo negativo. El estudio hematológico mostró alteraciones morfológicas eritrocitarias sugestivas de hemólisis congénita. El estudio molecular identificó déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa. Ante la hiperbilirrubinemia extrema se instauró fototerapia intensiva y se realizó exanguinotransfusión, consiguiendo descenso de los niveles de bilirrubina. Precisó ventilación mecánica invasiva, soporte hemodinámico con dopamina y monitorización electroencefalográfica continua, objetivándose múltiples crisis electroclínicas. Durante la evolución desarrolló fracaso multiorgánico con insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal aguda oligúrica, alteraciones hidroelectrolíticas graves (hiperpotasemia, hipocalcemia e hiponatremia), coagulopatía severa y shock refractario. Presentó tres episodios de parada cardiorrespiratoria que requirieron reanimación avanzada. A pesar de las medidas instauradas, persistió el deterioro clínico y neurológico, con alta sospecha de kernicterus, falleciendo finalmente. **Conclusiones:** Este caso pone de manifiesto la importancia de la identificación precoz de los factores de riesgo, el seguimiento estrecho de los recién nacidos ictéricos y el tratamiento mediante fototerapia intensiva y exanguinotransfusión para prevenir el daño neurológico. Toda ictericia de aparición precoz o rápidamente progresiva debe considerarse potencialmente grave hasta demostrar lo contrario; la detección temprana y el tratamiento intensivo son esenciales para prevenir el *kernicterus* y sus consecuencias.

PÓSTER CON DEFENSA 1 – PANTALLA 1

PD-001 — PETEQUIAS QUE BLANQUEAN: UNA PISTA CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO CORRECTO

Sola Aparicio, A.[1]; Mujika Arrazola, M.[2]; Martínez Oyarbide, N.[2]; Vizmanos Larrayoz, M.[2]; Armañac Cadenas, C.[2]; Fernández de Quincoces, M.[2]. - [1]*CS de Sarriguren, Navarra, España;* [2]*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.*

Anamnesis: Adolescente de 13 años que consulta por lesiones puntiformes en el dorso de la mano izquierda de 18 meses de evolución. Desde su aparición no han experimentado cambios en número, tamaño, distribución ni morfología. No refiere prurito, dolor, sangrado ni otra sintomatología local o sistémica asociada. **Exploración clínica:** Se observan múltiples lesiones puntiformes eritematosas en el dorso de la mano izquierda, inicialmente sugestivas de petequias, aunque desaparecen completamente a la digitopresión. Son indoloras y no pruriginosas. No se identifican lesiones similares en otras localizaciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la presencia de lesiones compatibles inicialmente con petequias, pero con blanqueamiento a la presión y ausencia de cambios evolutivos, se solicitó valoración por Dermatología Pediátrica. Tras la evaluación clínica, se estableció como principal sospecha diagnóstica una telangiectasia nevoide unilateral. Se trata de una dermatosis vascular benigna e infrecuente caracterizada por múltiples telangiectasias superficiales de distribución unilateral, habitualmente segmentaria. Puede presentarse de forma congénita o adquirida, esta última más frecuente. El diagnóstico es clínico y se basa en múltiples telangiectasias, distribución unilateral y blanqueamiento a la presión. Aunque su etiopatogenia no está completamente aclarada, se sugiere la implicación de factores hormonales, especialmente los estrógenos, dada su asociación con periodos de hiperestrogenismo fisiológico como la pubertad. Como apoyo diagnóstico, la dermatoscopia mostró vasos dilatados y tortuosos, y la exploración con lámpara de Wood evidenció un realce del componente vascular de las lesiones. Dada la benignidad de la entidad y la ausencia de repercusión clínica, se adoptó una actitud conservadora basada en seguimiento clínico, sin indicación de tratamiento específico. **Conclusiones:** - La telangiectasia nevoide unilateral debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones purpúricas persistentes. - Su reconocimiento permite establecer el diagnóstico mediante la exploración clínica y pruebas no invasivas. - El manejo es conservador y se basa en la observación clínica, reservándose el tratamiento con láser para indicaciones estéticas o casos seleccionados.

PD-002 — TUMORACIÓN PARIETOTEMPORAL NEONATAL: APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO DE LA FASCITIS NECROTIZANTE

Moreno García, A.[1]; Pérez Iglesias, L.[1]; Begara, M.[2]; Coronel Rodríguez, C.[2]. - [1]*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;* [2]*CS Amante Laffón, Sevilla, España.*

Anamnesis: La presencia de tumoraciones en el cuero cabelludo durante el periodo neonatal representa un desafío diagnóstico para el pediatra, requiriendo un enfoque sistemático para distinguir entre lesiones benignas, vasculares y neoplásicas. La fascitis craneal, aunque infrecuente, es una entidad que por su rápido crecimiento puede simular cuadros agresivos, siendo fundamental un manejo preciso para evitar intervenciones innecesarias. **Exploración clínica:** Se presenta un recién nacido derivado a Neonatología en su primera hora de vida por hallazgo de una masa parietotemporal izquierda. Tras una gestación de 40 semanas y parto eutócico (Apgar 10/10/10), el paciente presentaba una tumoración de 22x35 mm, de consistencia firme, no fluctuante y con alopecia suprayacente. Durante su ingreso, la lesión mostró evolución dinámica con ulceración y sangrado autolimitado, manteniendo el paciente buen estado general **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha inicial de aplasia cutis, se realizó un estudio mediante ecografía y resonancia magnética, confirmando la localización epicraneal sin comunicación intracraneal. Dada la persistencia de la masa, se procedió a la biopsia bajo anestesia general. El estudio anatomopatológico reveló una proliferación mesenquimal fusocelular miofibroblástica (inmunohistoquímica: AML positivo; S100, CD68 y CD34 negativos), concluyendo el diagnóstico de fascitis craneal. **Conclusiones:** La evolución posterior ha sido favorable, con regresión progresiva de la lesión mediante manejo conservador. Esta resolución espontánea, tras la confirmación diagnóstica, ha permitido tranquilizar a la familia y evitar intervenciones más agresivas, subrayando la importancia de la biopsia y la inmunohistoquímica en el abordaje de estas masas. En definitiva, este caso ilustra la complejidad diagnóstica de las tumoraciones neonatales de partes blandas; ante lesiones de cuero cabelludo con crecimiento rápido, la combinación de imagen avanzada y confirmación histológica resulta clave. Incluir la fascitis craneal en el diagnóstico diferencial permite optimizar el plan terapéutico, evitando procedimientos quirúrgicos innecesarios y garantizando un manejo eficiente y conservador

PD-003 — HEMANGIOMA HEMOSIDERÓTICO EN DIANA

Monreal Campos, M.J.[1]; Sánchez Andrada, R.M.[2]; Sayed Sancho, N.[2]. - [1]*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España;* [2]*CS La Alberca, España.*

Anamnesis: Se presenta el caso de un escolar de 10 años, previamente sano, que consulta por una lesión cutánea en cara anterior de muslo izquierdo, de 3 años de evolución. No refiere picor, ni sangrado. No traumatismo previo asociado. Refiere aparición espontanea de la lesión, con aumento de tamaño en los últimos meses. **Exploración clínica:** Al examen físico se observó una macula eritemato-violácea redondeada, de bordes bien definidos, sobreelevada, con superficie dura, rodeada por un halo anular pardo-amarillento. No dolorosa a la palpación. No se evidenciaron otros hallazgos sistémicos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La dermatoscopia mostró un patrón vascular con múltiples lagunas rojo azuladas, con un anillo periférico marrón. Se realizó interconsulta telemática a dermatología infantil, con juicio diagnóstico de hemangioma hemosiderótico en diana, un tumor vascular benigno que no precisa tratamiento. **Conclusiones:** El hemangioma hemosiderótico en diana (HHD) es un tumor vascular benigno de la dermis superficial poco frecuente. Clínicamente, se caracteriza por aparición de una lesión única con morfología en "diana", compuesta por una pápula o máculopápula violácea central, rodeada de anillo periférico equimótico o marrón parduzco, producto del depósito dérmico de hemosiderina tras un proceso hemorrágico local. Sin embargo, este patrón clásico se observa solo en un número limitado de casos, siendo más habitual una lesión purpúrica o eritematosa con halo equimótico difuso. La dermatoscopía revela con claridad el origen vascular de la lesión. Se observan lagunas rojo-azuladas sobre un fondo marrón. Desde el punto de vista histopatológico, el HHD muestra una proliferación vascular dérmica mal definida, con vasos ectásicos con extravasación eritrocitaria y depósitos de hemosiderina fagocitada por macrófagos alrededor. El HHD no requiere tratamiento específico, dado su comportamiento benigno y la tendencia a la regresión espontánea en algunos casos. El manejo recomendado es la observación clínica, reservando la biopsia únicamente para confirmar el diagnóstico en presentaciones atípicas o de evolución inusual.

PD-004 — MÁS ALLÁ DE LA PIEL: FIBROMATOSIS DESMOIDE SIMULANDO PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA

García Terrazas, A.; Barbadillo Mariscal, B.; Marron Alonso, M.; Angulo Sánchez, V.; Bujedo Muñoz, A.; Recalde Tabar, A.; Pérez Ortiz, D.; Portillo Sanz, L.; Prieto Domínguez, C.; Clavijo Izquierdo, M.E. - *Hospital Universitario, Burgos, España.*

Anamnesis: Niña de 13 años, antecedentes de dermatitis atópica e impétigo ampolloso. Consulta por lesión vesiculosa sobre base eritematosa en región dorsal derecha, 2 meses de evolución y acompañado

de dolor punzante intermitente. Se sospecha herpes zóster e inicio de aciclovir, sin respuesta. **Exploración clínica:** Persiste lesión, pero ahora hipopigmentada y eritematosa, de mayor tamaño y bordes nítidos. Interconsulta a Dermatología, refiere probable lesión residual postinflamatoria e inicio de tacrolimus tópico. Cambia a aspecto rugoso, xerosis, descamación y dolor punzante ocasional persistente. Dermatoscopia donde se aprecia placa blanquecina con hipopigmentación central y eritema perilesional que se trata con diprogenta. Posteriormente aparece bultoma subescapular derecho y doloroso de 2 cm. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ecografía urgente destaca lesión sólida bien definida, heterogénea, con focos ecogénicos internos en íntima relación con 8-9º arco costal posterior derecho, improntando el serrato. Características diagnostican fibromatosis desmoide. La RM confirma diagnóstico y se recomienda filiación histológica, pendiente de biopsia. **Conclusiones:** La fibromatosis desmoide es una neoplasia infrecuente de origen mesenquimal. El curso clínico es impredecible, lesión de partes blandas de crecimiento lento, sin fluctuación, dolor local punzante y cambios cutáneos inespecíficos. Puede ser simuladora de patología dermatológica infecciosa o inflamatoria, así retrasando el diagnóstico y con consecuencias en el manejo. La resonancia magnética es de elección. Tratamiento con vigilancia activa, si progresa, iniciar terapias sistémicas. Es una patología rara pero no letal, que asocia morbilidad crónica, recurrencias, secuelas funcionales, impacto psicsocia. Además de la importancia del anchoring bias en acción.

PD-005 — UNA LESIÓN CUTÁNEA INFRECUENTE EN CONSULTA: HEMANGIOMA HEMOSIDERÓTICO EN DIANA

Bujedo Muñoz, A.[1]; Urquiza Físico, J.L.[2]; Recalde Tabar, A.[1]; Pérez Ortiz, D.[1]; Marrón Alonso, M.[1]; Dios Puebla, M.E.[1]; Portillo Sanz, L.[1]; García Terrazas, A.[1]; Ángulo Sánchez, V.[1]; Prieto Domínguez, C.[1]. -
[1]*Hospital Universitario, Burgos, España;* [2]*CS Jose Luis Santamaría, España.*

Anamnesis: Acude a la consulta un niño de 12 años, sin antecedentes de interés, por la aparición de una lesión en el dorso del pie desde hace unos meses. No ha presentado prurito, sangrado o secreción de la misma. No refiere historia de traumatismo en esa zona. No presenta otra sintomatología asociada. **Exploración clínica:** A la exploración se observa una lesión papulosa de unos 5 mm de diámetro de color negruzco-violáceo, con un halo equimótico. No se observan lesiones en otras localizaciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se deriva el caso a dermatología, cuando el paciente acude a consulta, la lesión se ha resuelto espontáneamente. Las imágenes previas y la evolución sugieren una lesión compatible con un hemangioma hemosiderótico en diana. **Conclusiones:** El hemangioma hemosiderótico en diana es una lesión vascular, probablemente de origen linfático, benigna e infrecuente, que puede aparecer durante la infancia y adolescencia. Este caso clínico ilustra una lesión clínicamente compatible con esta entidad, con el objetivo de destacar los posibles diagnósticos diferenciales y los aspectos de interés para el pediatra de Atención Primaria. El hemangioma hemosiderótico en diana se presenta típicamente como una lesión papulosa, de menos de 1cm de diámetro, marrón-violácea. Se encuentra rodeada de un área de piel pálida en el interior de un anillo equimótico. Normalmente se manifiesta como una lesión única, de aparición en extremidades y tronco. Junto al examen visual, la dermatoscopia es de gran utilidad para orientar el diagnóstico. Debido a su carácter benigno no requiere tratamiento. Presenta una evolución variable, dándose casos de regresión. Algunas lesiones que se incluyen dentro del diagnóstico diferencial son el *nevus* melanocítico, el dermatofibroma, el hemangioma, o la reacción local a picaduras de insectos. El conocimiento de esta entidad permite realizar una aproximación diagnóstica y evitar procedimientos innecesarios. Es de interés establecer una observación domiciliaria, valorando la lesión nuevamente en caso de progresión.

PD-006 — LESIONES CUTÁNEAS DE DISTRIBUCIÓN ATÍPICA EN VERANO: LA IMPORTANCIA DE UNA ANAMNESIS DIRIGIDA

Alquézar Yus, P.; García de la Cruz, M. -
Hospital Universitario San Pedro, Logroño, La Rioja, España.

Anamnesis: Introducción: La fitofotodermatitis es una reacción cutánea fototóxica secundaria al contacto con plantas que contienen furocumarinas y la posterior exposición a la radiación ultravioleta A. Aunque es una entidad benigna, suele estar infradiagnosticada en Pediatría debido a su variabilidad clínica y a la similitud con otras dermatosis, reacciones alérgicas o incluso lesiones traumáticas. Anamnesis: Niño de 8 años que consultó por la aparición de lesiones cutáneas no pruriginosas en ambas piernas, de tres días de evolución. Inicialmente se manifestaron como áreas eritematosas que progresaron hacia hiperpigmentación. No presentaba fiebre, dolor ni otra sintomatología acompañante. Como antecedente relevante, había permanecido varios días en un entorno rural durante el periodo estival. **Exploración clínica:** Se observaron múltiples máculas hiperpigmentadas de distribución lineal y en patrón de "salpicadura" en ambas piernas, respetando las mucosas y sin signos de inflamación activa, exudado o sobreinfección. El resto de la exploración física fue normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Una anamnesis dirigida permitió identificar la manipulación de higos durante la estancia en el medio rural, seguida de exposición solar, estableciendo el diagnóstico clínico de fitofotodermatitis. No se realizaron pruebas complementarias. Se recomendó fotoprotección estricta, evitar nuevas exposiciones a agentes fotosensibilizantes y medidas generales de cuidado cutáneo. La evolución fue favorable, con resolución progresiva de las lesiones sin complicaciones. **Conclusiones:** La fitofotodermatitis debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las lesiones hiperpigmentadas de aparición estival, especialmente cuando presentan una distribución lineal o en "salpicadura". Una anamnesis detallada sobre actividades al aire libre y contacto con plantas fotosensibilizantes permite realizar un diagnóstico precoz, tranquilizar a la familia y evitar exploraciones y tratamientos innecesarios.

PD-007 — HEMANGIOMA INFANTIL. *RED FLAGS* PARA EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA, AQUELLO QUE NO PODEMOS OLVIDAR

Piñol Romero, S.[1]; Benito Brunet, B.[2]; Portero Martínez, M.C.[3]; Saiz Cordero, N.[4]; Estatuet Marcet, M.[3]; Martínez Mejías, A.[1]. -
[1]*Hospital Universitari, Terrassa, Barcelona, España;* [2]*CAP Can Roca, Sabadell, Barcelona, España;* [3]*CAP Anton Borja, Rubí, Barcelona, España;* [4]*CAP Sant Genis, Barcelona, España.*

Anamnesis: Neonato de 28 días de vida que acude a la revisión del mes de vida. La madre refiere que al nacimiento presentaba en párpado superior izquierdo una manchita de color rosáceo que ha crecido y le preocupa. **Exploración clínica:** Mácula de color rojo vivo intenso en párpado izquierdo compatible con hemangioma focal. Malformación capilar en frente y nuca. Costra láctea en cuero cabelludo. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizan fotos de la lesión y se deriva a dermatología pediátrica que diagnostica de hemangioma focal e inicia tratamiento inmediato con propanolol oral y controles sucesivos. **Conclusiones:** Los hemangiomas infantiles afectan hasta un 4-10 % de niños menores de 1 año, a veces presentan lesiones precursoras que pueden manifestarse como una macula pálida, eritematosa o azulada o telangiectasias. Su diagnóstico es clínico. Es esencial identificar los hemangiomas infantiles de alto riesgo rápidamente pues la fase proliferativa precoz de rápido crecimiento ocurre en los primeros 3-5 meses de vida, para ello la escala IHReS (*Infantile Hemangioma Referral Score*), validada en el año 2020, es una herramienta útil para ayudar a decidir al pediatra de atención primaria y al dermatólogo, mediante un fácil cuestionario, si un hemangioma requiere derivación urgente a un dermatólogo pediátrico. Los hemangiomas infantiles pueden conllevar riesgos estéticos, funcionales y de riesgo vital o se pueden ulcerar y los segmentarios de cabeza, cuello y regiones lumbosacras se pueden asociar a varias malformaciones subyacentes. En el caso de nuestro paciente, un hemangioma periorbitario puede producir ambliopía, queratitis por exposición, astigmatismo asimétrico, estrabismo, proptosis y compresión del nervio óptico. El tratamiento está indicado en los hemangiomas infantiles ulcerados, los que suponen un riesgo vital, causan alteraciones funcionales o generan daño estético. Actualmente el tratamiento de

elección es el propanolol vía oral que se recomienda administrar en la fase proliferativa siendo efectivo y seguro.

PD-008 — "DOCTOR, MI BEBÉ TIENE LA LENGUA MARRÓN"

Pérez Fraga, P.; García, C.; Gándara, C. - *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España.*

Anamnesis: Lactante de tres meses (sin antecedentes de interés), traída a urgencias por la preocupación de sus padres al observar una coloración marrón verdosa en la zona central del dorso de la lengua de 20 días de evolución. La paciente se encuentra estable, afebril y asintomática en relación con esta lesión, alimentándose de forma adecuada sin mostrar signos de dolor, irritabilidad o dificultad durante la succión. No tiene otras lesiones cutáneas ni destaca otra sintomatología la familia. **Exploración clínica:** Lesión marronácea-verdosa de aspecto velloso localizada en la parte dorsal y central de la lengua. No se desprende con el raspado manual con depresor. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** No precisó de pruebas complementarias dado que el diagnóstico es clínico. **Conclusiones:** El caso clínico de la lactante concluye con el diagnóstico de lengua vellosa negra, una entidad benigna y autolimitada poco frecuente en pediatría. Se origina por la hipertrofia y elongación de las papilas filiformes del dorso lingual, otorgándole una coloración pardo-negruzca debido a la acumulación de queratina y la acción de bacterias cromogénicas. El diagnóstico diferencial es fundamental para descartar procesos como la pigmentación simple (sin hipertrofia papilar), el muguet o candidiasis oral (placas blanquecinas que se desprenden al raspado), la leucoplasia oral vellosa (afectaría a los bordes laterales y con antecedentes de inmunosupresión) y la melanosis lingual. Debido a su carácter inocuo y asintomático, el tratamiento es conservador, centrado en la higiene bucal adecuada.

PD-009 — LESIONES ANULARES EN PEDIATRÍA: AMPLIANDO EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ruiz Rentería, E.[1]; Méndez Sierra, A.[2]; Buendía De Guezala, A.[3]; Gutiérrez Buendía, D.[2]; Rollano Corroto, I.[4]. - [1]*CS Tanos, Torrelavega, Cantabria, España;* [2]*CS Santoña, Cantabria, España;* [3]*CS Altamira, España;* [4]*CS Renedo, Renedo, Cantabria, España.*

Anamnesis: Se presenta el caso de un niño de 9 años que acude a la consulta de Atención Primaria por lesiones en muñeca izquierda y dorso de pie izquierdo de aproximadamente un mes de evolución, no pruriginosas, asociando en los últimos días hiperalgesia local. No antecedentes de interés ni alergias conocidas. **Exploración clínica:** A la exploración se observaba lesión eritematosa sobreelevada, discretamente purpúrica, de 3 x 1,5 cm y morfología circular en la cara interna de la muñeca izquierda. En el dorso del pie izquierdo presentaba una segunda lesión semicircular, también sobreelevada. Ambas desaparecían a la presión. Resto de exploración física normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de dermatosis inflamatoria se instauró tratamiento con betametasona-gentamicina tópica durante 7 días. A los 14 días acude por persistencia de lesiones, por lo que se derivó al Servicio de Dermatología, donde se estableció el diagnóstico de granuloma anular. Se pautó tratamiento con clobetasol tópico (muy alta potencia) en pauta descendente durante tres semanas, con resolución clínica inicial. Siete meses después presentó recidiva de las mismas lesiones precisando nuevo tratamiento con clobetasol, en esta ocasión sin lograr resolución por lo que se escaló tratamiento tópico con tacrolimus durante un mes, consiguiendo la desaparición completa de las lesiones. **Conclusiones:** El granuloma anular es una dermatosis inflamatoria benigna y autolimitada, relativamente frecuente en la edad pediátrica. Se caracteriza por pápulas dérmicas agrupadas en disposición anular, habitualmente localizadas en extremidades. Su etiología permanece desconocida y el diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque puede requerir confirmación histológica. Debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las lesiones anulares en la infancia. Su reconocimiento en Atención Primaria permite evitar exploraciones innecesarias y tranquilizar a las familias sobre su carácter benigno y habitualmente autolimitado. La presentación de este caso resalta la importancia del diagnóstico clínico y del adecuado manejo y seguimiento de esta entidad.

PD-010 — NO SIEMPRE ES VULVOVAGINITIS: DOS CASOS DE LIQUEN ESCLEROSO EN PEDIATRÍA

Claver Pros, X.[1]; Castellar Reche, M.Á.[2]; Sánchez Pérez, M.[1]; Giménez Pérez, A.[1]; Bienert Groetsch, C.[1]; Párraga Pagán, E.[1]; Pérez Cebrián, M.[1]; Lojo Piñeiro, G.[1]; Trujeque Camacho, L.M.[1]; Monreal Campos, M.J.[1]. - [1]*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España;* [2]*CS Beniaján, Murcia, España.*

Anamnesis: Se presentan los casos de dos niñas prepuberales que acudieron a la consulta de Atención Primaria con molestias genitales. Caso 1: Escolar de 9 años con sangrado vulvar de 3-4 días de evolución. Caso 2: Preescolar de 4 años con dolor y prurito vulvar de 4 meses de evolución sin mejoría a pesar de lavados con gel íntimo, tratamiento empírico con mebendazol y corticoide tópico de alta potencia durante una semana. **Exploración clínica:** Caso 1: Desarrollo puberal: T2, P2-3, A2. Exploración genital: erosión en clítoris y pápula rojiza en cara interna de labios menores. Placas hipopigmentadas en labios. Caso 2: No iniciado desarrollo puberal. Exploración genital: labios mayores eritematosos con hipopigmentación en cara interna. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Caso 1: Se aplicó corticoide tópico de muy alta potencia durante dos semanas y posteriormente tacrolimus de mantenimiento hasta completar 3 meses. Caso 2: Se aplicó corticoide tópico de alta potencia durante una semana y posteriormente pimecrolimus en pauta descendente durante 3 semanas y de mantenimiento hasta completar 4 meses. En ambos casos, las lesiones se resolvieron tras el tratamiento indicado. **Conclusiones:** El liquen escleroso es una enfermedad benigna y progresiva caracterizada por inflamación y adelgazamiento cutáneo. La presentación vulvar es la más frecuente pero puede aparecer en cualquier localización. Tiene dos picos de aparición: el periodo prepuberal y la postmenopausia. La etiología es desconocida aunque se ha relacionado con enfermedades autoinmunes, infecciones y una predisposición genética. La clínica más frecuente es prurito y dolor. Se presenta como pápulas y máculas blancas y atróficas que pueden fusionarse formando placas. El diagnóstico es clínico aunque en ocasiones puede requerir biopsia, sobretodo para realizar el diagnóstico diferencial con otros tipos de liquen y vitiligo. Responde bien al tratamiento tópico con corticoterapia de alta o muy alta potencia e inhibidores de la calcineurina.

PD-011 — LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN ATENCIÓN PRIMARIA: LA IMPORTANCIA DE RECONOCER LOS SIGNOS DE ALARMA

Artigas Rodríguez, S.[1]; Salvà, R.[2]; Moreno, I.[2]; Szalaty, P.Z.[2]; Pérez, I.[2]; Blázquez, M.[2]; Esquivel, E.[2]; Ortín, L.W.[2]; Laffitte, J.[2]; García, M.[2].- [1]*CAP Sagrada Familia, Barcelona, España;* [2]*ETAP Sagrada Familia, Barcelona, España.*

Anamnesis: Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune poco frecuente en edad pediátrica, con manifestaciones iniciales a menudo inespecíficas que pueden retrasar el diagnóstico. La Atención Primaria desempeña un papel fundamental en la identificación precoz de signos de alarma. Caso clínico: Varón de 12 años y 9 meses que consulta por una placa eritematodescamativa malar, inicialmente orientada en urgencias como dermatitis atópica y tratada con corticoides tópicos sin mejoría significativa. Ante la persistencia de la lesión, la madre consulta en atención primaria, se amplía la anamnesis, detectándose antecedentes recientes de artralgias inflamatorias con episodios referidos de edema articular, astenia progresiva, cefalea y debilidad. Como antecedentes familiares destacaban un abuelo con LES y artritis, y una madre con antecedente de artritis transitoria postinfecciosa con factor reumatoide positivo. **Exploración clínica:** La exploración física fue normal salvo la lesión cutánea descrita, una placa eritemato descamativa en la zona malar izquierda. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En el estudio analítico destacó leucopenia (2.800/µL), anticuerpos antinucleares positivos (1/160), anti-ADN de doble cadena positivos (111,6 UI/mL), ENA positivos (71,9) y anti-SSA marcadamente elevados (627 UI), con factor reumatoide negativo y velocidad de sedimentación globular normal. VSG menor de 25. Se refiere a centro hospitalario de tercer nivel donde se realizan ecografías articulares que únicamente muestran signos

ecográficos compatibles con sinovitis grado 1 en 1 articulación MF. Se indica tratamiento con prednisona e hidroxicloroquina. **Conclusiones:** La asociación de lesión cutánea persistente, artralgias inflamatorias, astenia y alteraciones inmunológicas debe hacer sospechar un LES, incluso en pacientes pediátricos. Este caso subraya la importancia de una anamnesis dirigida y de la reevaluación clínica en Atención Primaria ante lesiones cutáneas atípicas o refractarias al tratamiento habitual, permitiendo una derivación precoz y el inicio temprano del manejo especializado.

PD-012 — LESIÓN SUPURATIVA DEL CUERO CABELLUDO EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE QUERIÓN DE CELSO

Muñoz Hernández, M.B.[1]; Sánchez García, I.[1]; Suárez Abella, M.[1]; García Guilabert, M.D.C.[1]; Villa Álvarez, M.[1]; Díaz Sierra, L.[1]; Fernández Cueto, L.[1]; Martínez García, C.[1]; Rodríguez Márquez, C.[2]; Vega López, L.[3]. - [1]*Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo, Asturias, España;* [2]*CS Lugones, Asturias, España;* [3]*CS de La Eria, Oviedo, España.*

Anamnesis: Paciente varón de ocho años, sin antecedentes clínicos de interés, que acude a consulta de pediatría de Atención Primaria por lesión cutánea dolorosa en cuero cabelludo de semanas de evolución. Afebril y sin otra clínica acompañante. **Exploración clínica:** Se observa en región occipitotemporal izquierda una placa inflamatoria sobreelevada, dolorosa a la palpación, con alopecia parcial y lesiones pustulosas con drenaje espontáneo. Resto de exploración sin hallazgos relevantes salvo adenopatía cervical ipsilateral. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** El diagnóstico fue clínico, confirmándose mediante cultivo micológico positivo para *Trichophyton tonsurans*. Recibió tratamiento con terbinafina oral, champú de ketoconazol e ibuprofeno, asociándose inicialmente una pauta corta de corticoterapia oral. Evolución favorable con mejoría progresiva de la lesión, aunque tras cuatro semanas de tratamiento oral persiste alopecia residual en la zona. **Conclusiones:** El querión de Celso es una dermatofitosis inflamatoria del cuero cabelludo que representa una forma grave de tiña capitis. En su etiología destacan los géneros *Microsporum* y *Trichophyton*. El diagnóstico es clínico y se confirma por pruebas de laboratorio, siendo el cultivo micológico de escamas el gold standard. La tiña del cuero cabelludo requiere tratamiento oral durante un mínimo de cuatro semanas. La griseofulvina y la terbinafina oral suelen ser los antifúngicos de elección. El tratamiento tópico es insuficiente por falta de penetración en los folículos pilosos, aunque el uso de un champú con sulfuro de selenio o ketoconazol se recomienda para eliminar las esporas de la superficie y reducir la propagación de la infección. La tiña capitis es una causa frecuente de alopecia localizada en niños. El pronóstico suele ser bueno, con resolución completa, aunque algunos pacientes con formas graves como el querión de Celso pueden experimentar alopecia permanente. La reinfección es común en niños que comparten fómites potenciales, por lo que SU eliminación o limpieza constituye un pilar del tratamiento.

PÓSTER CON DEFENSA 8 – PANTALLA 1

PD-013 — SI LA VIDA TE DA LIMONES... ¡CUIDADO CON LA PIEL!

Claver Pros, X.[1]; Castellar Reche, M.Á.[2]; Sánchez Pérez, M.[1]; Párraga Pagán, E.[1]; Bienert Groetsch, C.[1]; Monreal Campos, M.J.[1]; Giménez Pérez, A.[1]; Pérez Cebrián, M.[1]; Lojo Piñeiro, G.[1]; Trujeque Camacho, L.M.[1]. - [1]*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España;* [2]*CS Beniaján, Murcia, España.*

Anamnesis: Preescolar varón de 2 años que es traído a la consulta de Atención Primaria por lesión cutánea de una semana de evolución, asintomática. **Exploración clínica:** Mácula hiperpigmentada de 2cm de diámetro, redondeada, lisa de bordes regulares. Segunda mácula eritematosa y rugosa, con borde sobreelevado y circinado, de bordes regulares en muslo derecho. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Inicialmente, ante la apariencia clínica de la segunda lesión, se orientan como lesiones fúngicas y se inicia tratamiento tópico con clotrimoxazol. A la revisión tras una semana de tratamiento, desaparición de la lesión del muslo pero persistencia de la lesión en la mano. Al rehistoriar, refiere contacto con cítrico previamente a la aparición de la lesión, concretamente al preparar limonada casera. Ante este hallazgo en la anamnesis, se establece el diagnóstico de fitofotodermatitis inducida por cítricos. **Conclusiones:** La fitofotodermatitis es una reacción fototóxica provocada por la exposición tópica a sustancias de origen vegetal. Las más frecuentemente implicadas son las furocumarinas, presentes en una amplia variedad de plantas, como las rutáceas (limomero y naranjo), moráceas (higuera) y umbelíferas (apio, perejil y zanahoria). Estas por sí solas son inactivas, pero tras la exposición a la radiación UVA, pueden provocar una cascada inflamatoria. Los signos clínicos aparecen aproximadamente 24 horas después de la exposición solar en forma de eritema, edema y ampollas. El contacto con la superficie irregular de las plantas suele originar lesiones lineales o geométricas, con distinto nivel de gravedad en función el grado de contacto con el vegetal. Las lesiones no son pruriginosas y pueden resultar dolorosas. A medida que la erupción aguda remite, es sustituida por una hiperpigmentación que puede tardar meses o años en desaparecer. A menudo, el eritema previo pasa desapercibido y solo se observa la hiperpigmentación. Este caso refleja lo imprescindible de una buena historia clínica y un alto nivel de sospecha para llegar al diagnóstico.

PD-014 — DE PUNTILLAS HACIA EL DIAGNÓSTICO: PANICULITIS POR BETALACTÁMICOS EN LACTANTE

García Terrazas, A.; Barbadillo Mariscal, B.; Portillo Sanz, L.; Recalde Tabar, A.; Prieto Domínguez, C.; Marrón Alonso, M.; Pérez Ortiz, D.; Calvijo Izquierdo, M.E.; Dios Puebla, M.E.; Bujedo Muñoz, A. - *Hospital Universitario, Burgos, España.*

Anamnesis: Niña de 2 años que acude por rechazo de la marcha, inicialmente referido al pie izquierdo y posteriormente bilateral. Afebril. Antecedente de tratamiento reciente con amoxicilina-clavulánico. **Exploración clínica:** Exploración con lesiones eritematosas, induradas y dolorosas a la palpación en ambas plantas de pie y afectación predominante en zona de precalcáneo. Alteración de la marcha con patrón de puntillas, rechazo al apoyo plantar completo, lo que orientaba a patología más local que a articular o neurológica. El equinismo funcional como respuesta antiálgica ayudó a orientar el caso como paniculitis. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Analítica inicial normal. Se realiza tratamiento con ibuprofeno y corticoterapia y analítica ampliada con perfil autoinmune, CK, inmunoglubulinas y de orina, anodinas. Dada la buena evolución y analíticas sin alteraciones, finalmente se establece diagnóstico de paniculitis en probable relación a betalactámicos. **Conclusiones:** La paniculitis es una entidad infrecuente que engloba un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias del tejido adiposo subcutáneo. La clínica habitual incluye nódulos eritematosos, indurados y dolorosos, predominantemente en extremidades inferiores. En Pediatría puede presentarse con manifestaciones funcionales llamativas, como el equinismo, que simulan patología osteoarticular o neurológica. El diagnóstico diferencial incluye procesos infecciosos, autoinmunes, vasculíticos, oncológicos y reacciones a fármaco. Esta superposición clínica lo convierte en el eje central del abordaje. En la infancia, debemos recordar la asociada al frío y a reacciones medicamentosas (betalactámicos). El diagnóstico es fundamentalmente clínico, dejando la biopsia cutánea para casos atípicos o evolución tórpida. El pronostico es bueno, aunque cuando se asocia a patologías subyacentes puede empeorar.

PD-015 — ONICOSQUISIS, NO TODO SON INFECCIONES FÚNGICAS

Romero García, C.[1]; Gallardo Padilla, M.[2]; Sanz Rueda, L.[3]; Marquina Cintora, S.[4]; Alberola López, S.[1]; Ordóñez García, A.[2]; Ramos Carrillo, C.[2]; Gallego Calvo, B.[2]; Aparicio Fernández de Gatta, C.[5]; Benito Clap, E.[6]. - [1]*CS Los Jardinillos, Palencia, España;* [2]*Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España;* [3]*CS Villamuriel de Cerrato, Palencia, España;* [4]*CS Las Ciudades, Madrid, España;* [5]*CS Joaquín Rodrigo, Getafe, Madrid, España;* [6]*CS Maqueda, Toledo, España.*

Anamnesis: Mujer de 3 años de edad que acude a consulta del Centro de Salud por referir "desde siempre" así las uñas de los pies. No síntomas

asociados. **Exploración clínica:** Se aprecia distrofia de la lámina ungueal, con estriación longitudinal y desdoblamiento del borde libre (onicosquisis). Se aprecia fragilidad de la lámina con áreas de fisuración superficial y discreta irregularidad de la superficie ungueal. No cambios significativos de coloración, engrosamiento marcado, hiperqueratosis, onicolisis ni signos de inflamación. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Con ello, se realiza teleconsulta a Dermatología, el cual confirma el diagnóstico de onicosquisis, con hipertrofia de la cutícula. Se inicia tratamiento con ácido salicílico al 10 % y vaselina por las noches y crema hidratante por las mañanas con urea, glicerina, aceite de almendras, cera de abeja, vitamina E, biotina, lecitina y escualano. **Conclusiones:** La onicosquisis constituye una alteración ungueal poco frecuente en la población pediátrica, aunque su reconocimiento en Atención Primaria resulta de gran importancia para establecer un diagnóstico diferencial adecuado y evitar exploraciones o tratamientos innecesarios. Si bien en la mayoría de los casos presenta un curso benigno y se relaciona con factores mecánicos, ambientales o hábitos repetitivos, es fundamental realizar una anamnesis detallada y una exploración física completa que permitan descartar enfermedades dermatológicas, déficits nutricionales o patologías sistémicas asociadas. El pediatra de Atención Primaria desempeña un papel clave en la identificación precoz de esta entidad, así como en la educación sanitaria dirigida a las familias sobre las medidas de cuidado ungueal, la reducción de los factores desencadenantes y el seguimiento evolutivo cuando sea preciso. En aquellos casos con afectación persistente, progresiva o acompañada de otros signos clínicos, debe valorarse la derivación al especialista para completar el estudio diagnóstico.

PD-016 — MÁS ALLÁ DE LA PIEL: COMPROMISO HEPÁTICO EVANESCENTE EN UN LACTANTE CON XANTOGRANULOMA JUVENIL MÚLTIPLE

Sierra Águila, M.[1]; Haupt Arabia, V.[1]; Carrasco Villanueva, M.J.[1]; Carpintero, I.[2]; Martínez, M.[2]; Macías, A.[1]; Gutiérrez Zamorano, M.[1]; García Barbero, E.[3]; Villagómez, J.[4]; Izquierdo, E.[1]. - [1]*Hospital Río Carrión, Palencia, España;* [2]*CS La Puebla, Palencia, España;* [3]*CS Eras del Bosque, Palencia, España;* [4]*CS de Cuéllar, Segovia, España.*

Anamnesis: Paciente varón de 1 mes de vida, con antecedentes de prematuridad de 34 semanas y anemia hemolítica autoinmune que precisó transfusión. Al mes de vida, se observa la aparición de lesiones papulosas induradas, anaranjadas y eritematosas localizadas en mentón, región cervical izquierda, tórax, región inguinal derecha y zona pretibial izquierda. Presenta además un hemangioma tipo RICH de 1 cm en el hemiabdomen izquierdo. **Exploración clínica:** En la exploración destacan las múltiples lesiones papulosas descritas, de consistencia indurada y coloración anaranjada-eritematosa en las citadas localizaciones cutáneas. El resto de la exploración física por aparatos, incluyendo la valoración oftalmológica, resulta completamente normal. A los 7 meses de vida, se objetiva la persistencia de las lesiones cutáneas sin disminución de su tamaño. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica sanguínea y la ecografía transfontanelar iniciales fueron normales. La biopsia de la lesión del mentón confirmó el diagnóstico de xantogranuloma juvenil. Las ecografías abdominales seriadas mostraron inicialmente dos lesiones anecoicas hepáticas (segmentos II y VI) compatibles con quistes simples. A los 7 meses, persistían estables y aparecieron dos nuevas lesiones en el segmento IV. A los 10 meses, la analítica continuó normal y la ecografía evidenció la resolución de los cuatro nódulos previos, detectándose únicamente un nódulo hipoecogénico de 4 mm en el segmento VI. Se pautó fluticasona tópica y se deriva a hospital terciario para descartar xantogranulomatosis generalizada. **Conclusiones:** El xantogranuloma juvenil múltiple es una forma clínica infrecuente de histiocitosis de células no Langerhans, benigna y autolimitada, caracterizada por pápulas o nódulos cutáneos normocromos o amarillento-anaranjados. Aunque suele confinarse a la piel y remitir espontáneamente, la presencia de lesiones múltiples obliga a descartar afectación sistémica (xantogranulomatosis generalizada), siendo el hígado y los ojos localizaciones extracutáneas potenciales. El seguimiento ecográfico y analítico es fundamental para monitorizar la evolución de las lesiones viscerales.

PD-017 — NO TODOS LOS HEMANGIOMAS SON INOCENTES: SIGNOS DE ALARMA Y MANEJO DEL HEMANGIOMA INFANTIL

Sosa Hernández, S.[1]; Morata Izquierdo, M.[1]; Valdivielso Martínez, A.I.[2]. - [1]*Hospital Regional Universitario, Málaga, España;* [2]*CS Victoria, Málaga, España.*

Objeto del trabajo: Describir dos casos de hemangioma infantil (HI) complicado, resaltando los signos de alarma que requieren diagnóstico, estudio y tratamiento precoces. **Material y métodos:** Presentación de dos casos clínicos de lactantes con HI complicado atendidos en un centro de Atención Primaria de Málaga. Se recogieron hallazgos clínicos, estudios complementarios y tratamientos realizados. **Resultados:** El primer caso fue una lactante de 6 semanas, nacida a término y sin antecedentes relevantes, con hemangioma segmentario de labio inferior presente desde el nacimiento. Consultó por crecimiento progresivo de la lesión, irritabilidad y disminución de la ingesta. En la exploración se objetivó afectación mucocutánea labial con ulceración, extensión a mucosa gingival, punta lingual y posible afectación palatina. Ingresó para estudio multidisciplinar y rehidratación intravenosa. Las valoraciones oftalmológica, cardiológica y otorrinolaringológica, junto con resonancia magnética y angiorresonancia craneales, descartaron anomalías asociadas. Recibió propranolol oral durante un año, con buena evolución. El segundo caso fue una lactante de 5 meses, nacida a término y sin antecedentes relevantes, con hemangioma focal superficial en glúteo derecho, de crecimiento progresivo y ulceración dolorosa. La exploración mostró una lesión rojo-violácea con dos áreas ulceradas centrales. Recibió inicialmente propranolol oral y timolol tópico. Ante la progresión de la ulceración precisó antibioterapia sistémica, curas y sesión de láser, presentando evolución favorable posteriormente. **Conclusiones:** El HI es el tumor vascular benigno más frecuente de la infancia y suele presentar una evolución autolimitada. Los hemangiomas segmentarios faciales, del área del pañal o de la línea media, las lesiones múltiples (>5) y aquellos con riesgo vital, funcional o estético importante (obstrucción de vía aérea, afectación ocular, ulceración...) constituyen signos de alarma por asociación con síndromes como PHACES, LUMBAR o SACRAL y por riesgo de complicaciones. Su reconocimiento y derivación tempranos permiten instaurar tratamiento con propranolol y valorar precozmente las complicaciones, mejorando significativamente el pronóstico.

PD-018 — "MANOS EN VERANO"

Momblán Medina, I.; Ramos Gómez, P.; Escalante Ocampo, P.; Martín Bermejo, M.; Ortega Macías, P.; Orrego Pereira, C.; López Martínez, C. - *Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España.*

Introducción: La exposición al agua puede dar lugar a dermatosis poco frecuentes en la infancia cuyo reconocimiento evita exploraciones y tratamientos innecesarios. La queratodermia acuagénica y la pulpitis palmar de las piscinas comparten la relación con actividades acuáticas, aunque presentan mecanismos fisiopatológicos y manifestaciones clínicas diferentes. **Objetivos:** Describir dos casos clínicos de dermatosis relacionadas con la exposición al agua en la edad pediátrica y destacar las claves para su diagnóstico diferencial y manejo. **Casos clínicos: Caso 1.** Paciente de 8 años que consulta por aparición recurrente de pápulas blanquecinas y marcado arrugamiento palmar tras el contacto con agua y sudor, acompañado de escozor. Tras diagnóstico clínico dequeratodermia acuagénica, se deriva a Dermatología para seguimiento y se realiza despistaje de alteraciones del CFTR mediante prueba del sudor, con resultado normal. Se indican medidas de protección cutánea y tratamiento tópico con urea, con mejoría progresiva en las revisiones. **Caso 2.** Paciente de 13 años que consulta por dolor y eritema en los pulpejos de ambas manos tras varios días de actividades en piscina durante un campamento de verano. La anamnesis y la exploración física permiten diagnosticar pulpitis palmar de las piscinas. Se recomienda evitar temporalmente la actividad desencadenante y tratamiento con emolientes, con resolución completa de las lesiones en pocos días. **Conclusión:** La queratodermia acuagénica y la pulpitis palmar de las piscinas deben incluirse en el diagnóstico diferencial de las lesiones palmo plantares relacionadas con el agua. Su reconocimiento permite un manejo conservador adecuado y, en el caso de la queratodermia acuagénica, valorar hacer despistaje de fibrosis quística según la sospecha clínica por su asociación con dicha patología.

PD-019 — LESIÓN ERITEMATOSA DIGITAL CONGÉNITA EN UN RECIÉN NACIDO: CUANDO NO ES UN HEMANGIOMA

Gómez Rodríguez, I.I.[1]; Martínez Menchón, T.[2]; Méndez Aguirre, N.A.[2]; García Vizcaíno, L.[2]; Cros Cuellos, C.[2]; Vicente Andreu, C.[2]; Toledo González, M.[2]; Jiménez Martínez, M.[2]; Jiménez Martínez, A.[2]. - [1]*Hospital Rafael Méndez, Almeria, España;* [2]*Hospital Virgen de la Arriaxaca, Murcia, España.*

Anamnesis: La histiocitosis de células de Langerhans es una enfermedad proliferativa infrecuente en edad pediátrica, con manifestaciones cutáneas muy variables que pueden dificultar su sospecha inicial en Atención Primaria. La afectación cutánea neonatal aislada es poco frecuente y puede simular lesiones vasculares benignas o procesos granulomatosos. El diagnóstico precoz resulta fundamental para realizar estudio de extensión y diferenciar formas localizadas subsidiarias de seguimiento clínico de aquellas con afectación multisistémica que pueden requerir tratamiento sistémico precoz. **Exploración clínica:** Recién nacido varón de 30 días remitido por lesión cutánea congénita en falange distal del quinto dedo de la mano izquierda. A la exploración presentaba nódulo eritematoso excrecente de aproximadamente 0,5 cm, de aspecto granulomatoso, que desplazaba la uña sin infiltrar el lecho ungueal ni presentar cambios evolutivos desde el nacimiento. No asociaba fiebre, afectación sistémica ni otras lesiones cutáneas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Inicialmente se planteó diagnóstico diferencial con hemangioma congénito y granuloma piógeno. Se realizó biopsia cutánea mediante punch. El estudio anatomopatológico mostró infiltrado histiocitario con abundantes eosinófilos y positividad inmunohistoquímica para S100, CD1a y langerina (CD207), compatible con histiocitosis de células de Langerhans cutánea. Fue derivado a Oncohematología Pediátrica para estudio de extensión sistémico. **Conclusiones:** La histiocitosis de células de Langerhans debe incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas congénitas atípicas, especialmente aquellas de aspecto nodular o granulomatoso y localización acral. La sospecha precoz desde Atención Primaria permite acelerar el diagnóstico histológico, descartar afectación multisistémica y orientar el manejo terapéutico, que puede variar desde actitud expectante hasta tratamiento sistémico en función de la extensión y órganos implicados. A pesar de que la presentación cutánea aislada neonatal constituye una forma poco habitual de esta entidad.

PD-020 — CUANDO LA PIEL CAMBIA DE DIAGNÓSTICO: DEL HABÓN A LA DIANA

Recalde Tabar, A.; Tejero Pastor, L.; Angulo Sánchez, V.; Prieto Domínguez, C.; Dios Puebla, M.E.; García Terrazas, A.; Clavijo Izquierdo, M.E.; Pérez Ortiz, D.; Marron Alonso, M.; Portillo Sanz, L. - *Hospital Universitario de Burgos, España.*

Anamnesis: Niño de 4 años consulta en Atención Primaria por exantema cutáneo generalizado de 24 horas de evolución, pruriginoso, que mejora con cetirizina. Había sido valorado el día previo en Urgencias, donde se diagnosticó urticaria aguda. Reconsulta por cambio en la morfología de las lesiones y por aparición de dolor en manos y pies, sin signos de inflamación articular. Refería cuadro catarral concomitante, afebril, sin otra sintomatología asociada. **Exploración clínica:** A la exploración física se objetiva exantema generalizado en tronco, piernas y brazos con lesiones en diana policíclicas, sin datos de sobreinfección, ni afectación de mucosas. No se observan petequias, ni lesiones purpúricas. Movilidad articular conservada, con leve edema pero sin dolor a la palpación de manos y tobillos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza diagnóstico clínico de eritema multiforme, se pauta tratamiento sintomático con antihistamínicos orales y se informa a la familia sobre signos de alarma que motivarían reconsulta. **Conclusiones:** El eritema multiforme puede confundirse inicialmente con una urticaria aguda, especialmente en fases precoces, lo que retrasa el diagnóstico correcto. La presencia de lesiones en diana policíclicas y su evolución morfológica son claves diagnósticas fundamentales. La artralgia sin artritis franca es un hallazgo descrito que no debe confundir con patología articular inflamatoria. El reconocimiento precoz por el pediatra de Atención Primaria permite un manejo adecuado y evita estudios o tratamientos innecesarios, reforzando la importancia de la reevaluación clínica ante la evolución atípica de un exantema.

PD-021 — *MOLLUSCUM CONTAGIOSUM* DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA EN UN LACTANTE

Andrés Blanco, L.; Domínguez Sevillano, B.; Montejo Marcos, B.; García Calvo, E.; Ureña Buch, E.; Seijo Rodríguez, J.; García Ugarte, B. - *Hospital Universitario de Salamanca, España.*

Anamnesis: Lactante de 5 meses que consulta por lesiones umbilicadas papulosas en región occipital de un mes de evolución, con aparición reciente de eritema y exudado en una de ellas. Asociaba adenopatía occipital izquierda única. No presentaba fiebre, antecedentes de viajes recientes ni contacto con animales. Como antecedentes personales destacaban anquiloglosia. Embarazo controlado y parto eutócico. Calendario vacunal correcto. Entre los antecedentes familiares, el padre refería herpes labial recurrente y la madre carecía de antecedentes relevantes. **Exploración clínica:** Se observaron múltiples lesiones verrucosas umbilicadas en región parieto-occipital izquierda, asociadas a una pápula con aparente contenido purulento no fluctuante. Se palpó una adenopatía occipital izquierda móvil, no dolorosa, de aproximadamente 0,5 cm y no adherida a planos profundos. El resto de la exploración fue normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de *Molluscum contagiosum* sobreinfectado, se inició tratamiento tópico con mupirocina. Se realizó reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para virus de herpes simple y cultivo bacteriano de las lesiones. La PCR resultó negativa para etiología herpética. El cultivo aisló *Staphylococcus epidermidis*, hallazgo interpretado como contaminación, dado que el paciente permanecía asintomático durante el seguimiento. Finalmente se confirmó el diagnóstico de *Molluscum contagiosum*. Las lesiones fueron tratadas mediante extrusión en consultas de Dermatología, observándose resolución espontánea de las restantes. **Conclusiones:** El *Molluscum contagiosum* debe incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones umbilicadas incluso cuando se presentan en localizaciones inusuales. En lactantes menores de 12 meses debe considerarse la posible transmisión congénita a través del canal de parto y descartarse otras entidades como infección herpética, papilomas, epiteliomas o liquen plano. Este caso ilustra una presentación atípica en región occipital y resalta la importancia del diagnóstico diferencial en lesiones cutáneas de la primera infancia.

PD-023 — EFICACIA DE UN BÁLSAMO REPARADOR CON PREBIÓTICOS, PANTENOL Y MADECASSOSIDE EN EL TRATAMIENTO DE MILIARIA RUBRA PUSTULOSA: CASO CLÍNICO

Surribas Murillo, M.C.[1]; Macarro Hermosa, M.Á.[1]; Prieto-Cabezas, L.[2]; Abarquero-Cerezo, M.[2]. - [1]*CS Calamonte, Badajoz, España;* [2]*L'Oréal España S.A.U, España.*

Anamnesis: Niño de 3 años con antecedentes de dermatitis atópica que desarrolló lesiones maculopapulosas y microvesículas pruriginosas en cuello y hombro izquierdo a principios de agosto. Inicialmente fue diagnosticado por un pediatra sustituto como brote atópico y tratado con corticosteroide tópico y antihistamínico oral, sin mejoría. Tras extensión de las lesiones a espalda, tronco y extremidades cubiertas por ropa, y atención en urgencias hospitalarias, se valoró dermatitis de contacto asociada al uso reciente de prenda de neopreno y pañal nocturno. El tratamiento con corticosteroides tópicos y emoliente habitual mostró escasa respuesta. **Exploración clínica:** Se objetivaron pápulas eritematosas, algunas microvesiculosas, de distribución predominante en áreas cubiertas por ropa intensamente pruriginosas. La evolución fue progresiva con aumento en número y extensión de lesiones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** A los 15 días, el pediatra habitual diagnosticó miliaria rubra pustulosa, explicando la benignidad del cuadro y recomendando tratamiento sintomático con hidratación y antihistamínicos según necesidad. Se indicó la aplicación de bálsamo reparador con prebióticos, pantenol y madecassoside en las zonas afectadas 1-2 veces por día, junto con dexclorfeniramina oral y medidas de evitación de calor, sudoración excesiva y prendas ajustadas. En una semana se observó una mejora significativa de las lesiones, con reducción del eritema y prurito, permitiendo

la suspensión precoz del antihistamínico. **Conclusiones:** La utilización de un bálsamo reparador con pantenol, prebióticos, madecassoside e ingredientes calmantes (Centella asiática), demostró ser eficaz y seguro en la mejoría de las lesiones y el prurito en un caso de miliaria rubra pustulosa, favoreciendo además la adherencia al tratamiento.

PD-024 — QUISTE INFUNDIBULAR, EPIDERMOIDE O EPIDÉRMICO: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Romero García, C.[1]; Alberola López, S.[1]; Ordóñez García, A.[2]; Marquina Cintora, S.[3]; Gallardo Padilla, M.[2]; Ramos Carrillo, C.[2]; Gallego Calvo, B.[2]; Aparicio Fernández de Gatta, C.[4]; Sanz Rueda, L.[5]; Benito Clap, E.[6]. - [1]*CS Los Jardinillos, Palencia, España;* [2]*Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España;* [3]*CS Las Ciudades, Madrid, España;* [4]*CS Joaquín Rodrigo, Getafe, Madrid, España;* [5]*CS Villamuriel de Cerrato, Villamuriel de Cerrato, Palencia, España;* [6]*CS Maqueda, Maqueda, Toledo, España.*

Anamnesis: Varón de 11 años que acude a consulta del Centro de Salud por bulto supraciliar izquierdo desde hace 3 meses, asintomático. Refiere que en las últimas semanas ha crecido de tamaño. **Exploración clínica:** A la exploración presenta bulto supraciliar, de consistencia dura, de unos 5 milímetros de diámetro, móvil, no doloroso a la palpación. No rubor, no calor. Con el dermatoscopio se aprecia lesión redondeada de coloración algo pálida. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza interconsulta a Dermatología, quien inicialmente realiza el diagnóstico de pequeño quiste/pilomatricoma. Se realiza la exéresis de la lesión con anestesia local y se envía a biopsiar, donde se confirma finalmente el diagnóstico de quiste infundibular roto. **Conclusiones:** El quiste infundibular es una lesión cutánea benigna de origen folicular poco frecuente en la población pediátrica, aunque debe incluirse en el diagnóstico diferencial de los nódulos subcutáneos de crecimiento lento. Su presentación clínica suele ser inespecífica, lo que puede dificultar el diagnóstico inicial en Atención Primaria y favorecer su confusión con otras lesiones cutáneas benignas o inflamatorias. La anamnesis, la exploración física y el seguimiento evolutivo son fundamentales para orientar el manejo, siendo la exéresis quirúrgica y el estudio anatomopatológico los que permiten establecer el diagnóstico definitivo. El tratamiento mediante resección completa ofrece excelentes resultados, con baja tasa de recurrencia y un pronóstico muy favorable. En la anatomía patológica se presenta como una pared quística con epitelio estratificado queratinizante, con una capa granulosa, y la luz del quiste rellena de queratina laminar. Cuando está roto (por traumatismos, aumento de la presión, inflamación), la queratina se libera a la dermis y produce reacción local de cuerpo extraño. Desde la Atención Primaria, el reconocimiento precoz de las características clínicas sugestivas y la adecuada derivación a los servicios especializados cuando esté indicada permiten optimizar el abordaje diagnóstico y terapéutico.

PÓSTER CON DEFENSA 2 – PANTALLA 2

PD-025 — CUANDO UN CATARRO ESCONDE UNA ARRITMIA: DETECCIÓN PRECOZ DE BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

González Vargas, C.; Sojo Jiménez, C.; Fierro Alonso, M.; Suárez Rodríguez, A.; Gómez Mera, E. - *Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.*

Anamnesis: El bloqueo auriculoventricular (BAV) completo es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica. Existen dos formas principales de presentación: el BAV congénito, generalmente relacionado con el paso transplacentario de autoanticuerpos maternos (anti-Ro/SSA y anti-La/SSB), cardiopatías congénitas o alteraciones genéticas; y el BAV adquirido, menos habitual, asociado a cirugía cardiaca, infecciones o procesos inflamatorios secundarios. Se presenta el caso de una niña de 10 meses sin antecedentes de interés que acudió a su pediatra por fiebre de tres días de evolución, clínica catarral y astenia marcada. **Exploración clínica:** Durante la exploración física se objetivó bradicardia en torno a 50 latidos por minuto. Se realizó un electrocardiograma que mostró BAV completo con ritmo de escape nodal estrecho a 54 lpm, por lo que fue derivada para valoración hospitalaria. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En Urgencias se realizó analítica sanguínea, con discreta leucocitosis, función renal y hepática, hormonas tiroideas, troponinas y NT-proBNP normales. En la PCR de virus respiratorios se detectó Coronavirus humano OC43. Dada la estabilidad hemodinámica, fue dada de alta con seguimiento por Cardiología Pediátrica. La ecocardiografía descartó cardiopatía estructural y mostró buena función biventricular. El Holter confirmó BAV avanzado con escape nodal estrecho, sin otras arritmias. El estudio etiológico, incluyendo autoinmunidad, serologías infecciosas y valoración materna, no identificó causa adquirida. El estudio genético continúa pendiente. Dada la ausencia de síntomas de bajo gasto, disfunción ventricular o bradicardia significativa persistente, se optó por manejo conservador, sin indicación actual de marcapasos según las guías PACES 2021. **Conclusiones:** Este caso pone de manifiesto la importancia de una exploración física minuciosa en Atención Primaria. La detección de bradicardia en una consulta por un proceso banal permitió el diagnóstico precoz de una alteración de la conducción potencialmente relevante y garantizó seguimiento especializado desde la infancia.

PD-026 — BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR EN NIÑA DE 3 AÑOS

Rodríguez Becerra, A.I.; Lanero Olivencia, B.; Falcón Banda, J.M.; Parody Nuñez, M.D. - *CS Blas Infante Coría del Río, Sevilla, España.*

Introducción: Bloqueo auriculo-ventricular completo en niña de 3 años. El bloqueo auriculoventricular (BAV) es una entidad poco frecuente caracterizada por un trastorno en el sistema de conducción cardiaco. Cuando es congénito se presenta al nacimiento con una incidencia de 1 de 15.000-20.000 recién nacidos. La etiología se divide en 3 grupos: autoinmune, relacionado con cardiopatías congénitas y el idiopático familiar. El diagnóstico prenatal y neonatal engloba un 60 %, siendo menos frecuente el diagnóstico en edades posteriores. El tratamiento definitivo consiste en la implantación de marcapasos. **Caso clínico:** Paciente de 3 años que acude por febrícula y síntomas catarrales. En exploración física se detecta bradicardia, soplo 2/6 en borde paraesternal izquierdo, solicitándose electrocardiograma (EKG). Se diagnóstica de BAV de 3 grado con escape nodal de 50 latidos/minuto. Se deriva a urgencias para estudio. **Antecedentes familiares:** Tío materno cardiopatía dilatada desde infancia. Madre analítica y EKG sin hallazgos. **Pruebas complementarias:** Ecocardiografía sin hallazgos, buena función ventricular sin dilatación de cavidades. Analítica sanguínea: Sin hallazgos, ANA negativos, anticardiolipinas y fosfolipidos negativos. Serología virus negativos. Holter con BAV completo con escape nodal estrecho. Frecuencia cardiaca promedio de 54 latidos/minutos, mínima de 42 y máxima 160. **Evolución:** Dada la ausencia de síntomas y según las guías de indicación de marcapasos se da alta con seguimiento clínico. **Conclusiones:** El BAV es probable que estuviera al nacimiento. La mayoría de los pacientes suelen estar asintomáticos y es la bradicardia lo que nos debe poner en alerta. En otros casos puede debutar provocando muerte súbita o síntomas inespecíficos. El diagnóstico se realiza con un EKG y es preciso realizar ecocardiografía. La implantación de marcapasos es el tratamiento de elección y puede realizarse de manera inmediata o posponerlo a edades posteriores como adolescencia o edad adulta. El marcapasos suele ser endocavitario bicameral por acceso venoso.

PD-027 — ALTERACIONES TRANSITORIAS DE LA REPOLARIZACIÓN CON INTERVALO QTC NORMAL TRAS ONDANSETRÓN EN PEDIATRÍA: ¿CASUALIDAD O REACCIÓN ADVERSA?

Torre Francisco, R.; De la Calle Poyato, A.; Valle Echevarría, M.; Yáñez Granados, P.; Pardo Herreros, A.; Puente Goytizolo, A.; Karasek de Dios, E.; Sabir Toumi, K.; Rubio Alcocer, A.; León Jiménez, J.P. - *Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España.*

Anamnesis: Niña de 8 años, sin antecedentes de interés, valorada por dolor abdominal, febrícula y vómitos de 12 horas de evolución.

Tras la administración de una dosis de ondansetrón sublingual (4mg) en Atención Primaria, fue remitida a Urgencias por persistencia de la emesis. **Exploración clínica:** A su llegada presentaba taquicardia sinusal (Fc 120 lpm; TA 104/70 mmHg) en contexto de febrícula. Buen estado general, normocoloreada y normohidratada. Ausencia de signos de sepsis. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, sin dolor focal ni signos de irritación peritoneal. Resto de la exploración física sin hallazgos relevantes. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la persistencia de los vómitos se administró una segunda dosis de ondansetrón (2 mg). Dada la taquicardia mantenida se realizó electrocardiograma, objetivándose alteraciones de la repolarización con ondas T negativas en derivaciones inferiores (II, III y aVF) y precordiales derechas hasta V3, isodifásica en V4 y positiva en V5-V6, con QTc normal (0,42 s). Al comprobarse la ausencia de dichas alteraciones en un ECG previo, se amplió el estudio. Hemograma, bioquímica con iones y troponina I fueron normales; PCR 28,9 mg/L. El ecocardiograma mostró anatomía y función cardíaca normales. La paciente evolucionó favorablemente con hidratación intravenosa y resolución del cuadro digestivo. En la revisión por Cardiología a la semana se constató normalización completa del ECG. La ergometría posterior fue normal. **Conclusiones:** El ondansetrón puede asociarse a alteraciones electrocardiográficas, siendo la prolongación del QT su efecto cardíaco más conocido. La aparición de alteraciones transitorias de la repolarización con intervalo QTc normal constituye un hallazgo infrecuente. Aunque no puede establecerse una relación causal, la secuencia temporal, la ausencia de alteraciones previas y la normalización posterior sugieren una posible asociación. Deben descartarse otras causas de ondas T negativas, como alteraciones electrolíticas, patrones juveniles de repolarización o miocarditis.

PD-028 — ARRITMIA CARDIACA EN CONTEXTO DE CRISIS ASMÁTICA

Arrabal Vela, M.A.; Torres Saavedra, M.N.; Gómez Garrido, P. - *CS Federica Montseny, Fuenlabrada, Madrid, España.*

Anamnesis: Niña de 9 años con antecedente de asma, sin otros antecedentes personales ni familiares de interés. Episodio de crisis asmática leve (*Pulmonary Score* 3) en relación con cuadro catarral. Valorada 48h antes, presentaba Sat O_2 96 %, FC 68 lpm con TEP estable, auscultación cardiaca rítmica sin soplos y auscultación pulmonar con sibilancias telespiratorias aisladas. Acude a visita concertada refiriendo buena evolución, afebril, última dosis de salbutamol 10 h antes. Asintomática desde el punto de vista cardiovascular. **Exploración clínica:** Sat O_2 98 %; FC reflejada en saturímetro 37 lpm; TA 117/70 mmHg. TEP estable, auscultación cardiaca arrítmica, sin soplos; auscultación pulmonar y resto de exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza ECG de 12 derivaciones: Ritmo sinusal a 100 lpm con presencia de extrasistolia ventricular monomorfa aislada con patrón de BRI con eje inferior (probable origen TSVD) en ritmo bi y trigémino, PR 121ms, eje QRS 0-90, QTc 389ms. No crecimiento de cavidades ni alteraciones de la repolarización. Se deriva a urgencias hospitalarias donde confirman diagnóstico y realizan ecocardiografía que descarta cardiopatía estructural y comprueba función cardiaca preservada (FEVI 55-58 %). Realizan analítica donde destaca ausencia de alteraciones iónicas, troponinas negativas y proBNP elevado. En cardiología se realiza Holter: ritmo sinusal con extrasistolia ventricular de densidad extrema (33.7 %, 4500/hora) con bigeminismo y trigeminismo frecuente; monomorfas y de comportamiento benigno (desaparecen a frecuencias altas). A fecha de esta comunicación la paciente está pendiente de ergometría, sin tratamiento médico. **Conclusiones:** - En niños con corazón estructuralmente normal, las extrasístoles ventriculares suelen ser frecuentes, benignas y no precisan tratamiento, sobre todo si son monomórficas, aisladas, desaparecen con el ejercicio y el paciente está asintomático. - Entre las causas desencadenantes destacan: infecciones, fiebre, medicamentos (incluidos los broncodilatadores) y desequilibrios iónicos entre otros. Asimismo, en una crisis asmática grave, la hipoxemia derivada, el aumento del trabajo respiratorio, las catecolaminas endógenas elevadas y la posible deshidratación son factores arritmogénicos.

PD-029 — PAÑALES Y SEÑALES: IDENTIFICANDO LA DERMATITIS A TIEMPO

Sánchez Miranda, M.D.[1]; Bermejo Rodríguez, I.[2]; Núñez López, S.[1]; Ballano Pérez, C.[1]; González Caballero, O.[1]; Domínguez García, A.[1]; Cancio Dávila, L.[1]; Descalzo Casado, A.[1]; Bermejo Pastor, M.[3]. - [1]*Hospital Materno Infantil de Badajoz, España;* [2]*CS Goya; Madrid, España;* [3]*CS Cerro del Viento, Badajoz, España.*

Anamnesis: Presentamos el caso de un varón alimentado con lactancia materna exclusiva, de padres españoles que acude a la primera revisión de salud a los 21 días de vida con una dermatitis del área del pañal con sintomatología muy grave, sus padres referían dolor y llanto con las deposiciones. **Exploración clínica:** A la exploración se evidencian ulceraciones y sangrado de la zona. Los datos somatométricos en esta primera valoración eran normales. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se inicia tratamiento intensivo con pomada de Nistatina-Triancinolna-Neomicina y se insiste en la higiene de la zona. Se realiza control clínico a la semana donde la evolución no fue la esperada y tras una anamnesis minuciosa conseguimos descifrar la clave de nuestro caso clínico, su madre refería ingesta de comida picante (japonesa, coreana, etc) con frecuencia diaria. Se indica retirar dichos alimentos de la dieta materna. A la semana de las medidas propuestas el niño se curó sin necesidad de precisar medicación. **Conclusiones:** - En el acto médico diario una anamnesis bien realizada es clave permitiendo evitar iniciar un tratamiento más agresivo o la necesidad de derivación a otros niveles asistenciales. - La dermatitis del pañal es la dermatosis más frecuente en atención primaria. - Existe un papel clave de las medidas preventivas para evitar el desarrollo de esta patología.

PD-030 — LO QUE ESCONDE EL CUERO CABELLUDO

Sánchez Conejero, M.; Bejarano, A. - *CS General Fanjul, Madrid, España.*

Anamnesis: Lactante de 3 meses que acude a consulta por la aparición de una ampolla en cuero cabelludo, de manera recurrente, hasta en 3 ocasiones en la misma localización. En todas ellas estuvo afebril y no presento ninguna otra lesión similar en el resto del cuerpo. No antecedentes personales de interés y calendario vacunal al día. **Exploración clínica:** Lesión ampolosa de 2-3 mm en cuero cabelludo. Dermatitis seborreica. Resto de exploración física completa sin hallazgos relevantes. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En la primera ocasión se realizó cultivo de virus y bacterias de la misma hallándose flora habitual. Se puso tratamiento en las dos primeras ocasiones con mupirocina, con resolución de la misma en una semana. En la tercera recurrencia citamos al paciente tras la resolución de la misma, había quedado de manera residual una lesión maculo-papulosa parduzca de 5 mm aproximadamente que tras rozarla suavemente apareció eritema y edema local, hallazgo altamente sugestivo de mastocitoma solitario. Con dicha sospecha lo derivamos a dermatología quien confirmo el diagnóstico. **Conclusiones:** El mastocitoma cutáneo es una forma poco frecuente de mastocitosis cutánea. La recurrencia de una ampolla en la misma localización nos debe hacer sospechar esta entidad. La maniobra exploratoria del signo de Darier es sencilla y podemos realizarla en consulta estableciendo una primera sospecha diagnóstica. Evitando así exploraciones complementarias innecesarias. Ante dicha sospecha podemos informar a la familia sobre las medidas a tomar para evitar la desgranulación mastocitaria, además de la evolución benigna de este tipo de lesión, con la resolución espóntanea en la mayoría de los casos. Este caso pone de manifiesto una vez más la importancia de la longitunalidad asistencial del pediatra de atención primaria, ya que la observación de la recurrencia de la lesión en la misma localización fue clave para el diagnóstico al reconocer un patrón típico del mastocitoma solitario una entidad poco frecuente e infradiagnosticada.

PD-031 — SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ASOCIADO A TOXINA SHIGA: LA IMPORTANCIA DE MIRAR MÁS ALLÁ DE UNA GASTROENTERITIS

Pazos Lema, R.[1]; Urios Pastor, G.E.[2]. - [1]*HUiP La Fe, València, España;* [2]*Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España.*

Anamnesis: Varón de 2 años que consulta por 7 días de vómitos y diarrea, con un episodio aislado de deposición sanguinolenta. Había presentado febrícula autolimitada y un coprocultivo inicial positivo para adenovirus. Los padres referían palidez progresiva y disminución de la diuresis. Aunque el hallazgo microbiológico sugería gastroenteritis viral, la persistencia de los síntomas y la oliguria constituyeron signos de alarma. **Exploración clínica:** Presentaba regular estado general, palidez mucocutánea, taquicardia (135 lpm) e hipertensión para su edad. Destacaba oliguria sin signos evidentes de deshidratación grave. La exploración neurológica y cardiorrespiratoria era inicialmente normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica urgente mostró la tríada característica de síndrome hemolítico urémico (SHU): anemia grave (Hb 5,2 g/dL), trombocitopenia (105.000/µL) e insuficiencia renal aguda severa (creatinina 13,5 mg/dL, urea 354 mg/dL), asociando hiperpotasemia y acidosis metabólica. Posteriormente se confirmó infección por *Escherichia coli* O157 productora de toxina Shiga. El paciente precisó ingreso en cuidados intensivos, transfusiones de hematíes, terapia renal sustitutiva mediante hemodiafiltración/hemodiálisis y tratamiento antihipertensivo. La evolución se complicó con colestasis, colangitis y colecistitis alitiásica, requiriendo un abordaje multidisciplinar. **Conclusiones:** La identificación de un patógeno aparentemente explicativo, como adenovirus, no debe impedir reevaluar al paciente ante datos clínicos discordantes. La presencia de diarrea con sangre, palidez y oliguria obligaba a descartar precozmente un SHU. La reevaluación temprana permitió instaurar medidas de soporte vital y evitar complicaciones potencialmente irreversibles, subrayando el valor de la sospecha clínica por encima de resultados aislados.

PD-032 — SÍNDROME DE ZINNER Y PORTADOR DE ENFERMEDAD MITOCONDRIAL CONCOMITANTE: PAPEL DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MANEJO Y SEGUIMIENTO

Milenkova Stoycheva, V.[1]; Atienza Almarcha, T.[2]; Lacoba Garrido, M.[1]; Lliso Belda, I.[1]; Suau Pecos, A.[1]; García Torres, P.[1]; Frau Reina, S.[1]; Vera García, P.[1]; Casarrubios, M.[1]. - [1]*Hospital Universitario San Juan, Alicante, España;* [2]*CS Hospital Provincial-Pla, Alicante, España.*

Anamnesis: Lactante varón de 19 meses con sospecha prenatal de riñón izquierdo multiquístico detectada en la semana 20 de gestación. Presenta antecedente de una hermana fallecida a los cuatro meses por hipotonía congénita. Debido a este hecho, se realiza estudio genético, confirmando alteración genética. Con el actual caso clínico, se pretende describir la importancia del pediatra de Atención Primaria en el manejo de un lactante con síndrome de Zinner y variante genética mitocondrial, en el que además se sospecha TEA, destacando el papel del pediatra en la coordinación y el seguimiento para la detección precoz de síntomas. **Exploración clínica:** Asintomático, normotenso y con adecuado desarrollo ponderoestatural. Genitales con testes en bolsa. No muestra signos actuales de hipotonía. Ante la presencia de anomalías en la intención comunicativa, se realizó el test M-CHAT, el cual mostró una puntuación de riesgo para TEA. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La ecografía neonatal confirmó tríada diagnóstica de Síndrome de Zinner: riñón izquierdo displásico multiquístico (quiste > 42 mm), uréter ipsilateral tortuoso y dilatado (10 mm) y lesión quística en vesícula seminal izquierda. La gammagrafía DMSA mostró función renal izquierda del 0 % y derecha compensadora del 100 %. El estudio genético mostró ser portador de variante patogénica en el gen MT-TE, de herencia mitocondrial (transmisión materna), y heterocigosis en PMM2 relacionada con la glicosilación tipo 1A. Analíticas de orina sin alteraciones. Ecografía lumbo-sacra dentro de la normalidad. **Conclusiones:** - El síndrome de Zinner, la variante en MT-TE (asociada a retraso madurativo o miopatías) y el riesgo de TEA son condiciones complejas e independientes que coexisten sin relación etiológica conocida. - El pediatra de Atención Primaria es el eje del cuidado integral y debe liderar el seguimiento estrecho para: Protección del único riñón funcional. Vigilancia de aparición de síntomas relacionados con trastorno mitocondrial. Abordaje terapéutico del TEA. Coordinar la información de especialistas y ofrecer apoyo familiar ante la complejidad patológica.

PD-033 — ATRESIA DE ESÓFAGO: ¿SOLO TRÁQUEA?

García Pereiro, A.; Fernández Miaja, M.; Fernández Cueto, L.; Méndez Pérez, L.; Montero Díaz, N.; Menéndez Iglesias, P.; Cimadevilla Fernández, R.; Gutiérrez Martínez, J.R. - *Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.*

Anamnesis: Varón de 10 años, procedente de Perú. Diagnosticado al nacimiento de atresia de esófago tipo III con realización de anastomosis termino-terminal y liberación de fístula a los 5 días de vida. Ingresado en cuidados intensivos durante un mes. Fue diagnosticado a los 4 meses de traqueomalacia por fibrobroncoscopia, presentando episodios de cianosis y síncope asociados al llanto hasta los 18 meses de vida. Actualmente refieren tos productiva matutina y bajo rendimiento deportivo. No presenta problemas de fonación ni disfagia. Asocia reflujo a tratamiento con inhibidores de bomba de protones. **Exploración clínica:** Sat O_2 100 %. No trabajo respiratorio ni taquipnea. Estridor inspiratorio y espiratorio en reposo. Tórax normoconfigurado. Auscultación pulmonar normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En la espirometría forzada se objetivó una curva aplanada tanto inspiratoria como espiratoria; capacidad vital forzada (FVC): 1,45L (60 % del valor teórico, -3,53 ds); fracción espirada en el primer segundo (FEV1): 1,27L (61 % del valor teórico, -3,44 ds); relación FEV1/FVC: 86 %. Ante la sospecha de obstrucción fija por la morfología de la curva se solicitó una fibrobroncoscopia y ante la sospecha de patrón restrictivo se solicitaron volúmenes por pletismografía. Los volúmenes pulmonares mostraron una capacidad pulmonar total normal (3,22L; 98 %, -0,19 ds), con leve atrapamiento (volumen residual/capacidad pulmonar total: 39,29; 182 %, 2 ds). La difusión fue normal. En la fibrobroncoscopia se observó una parálisis de cuerdas vocales bilateral en posición paramediana asociada a traqueomalacia en tercio medio e inferior de la tráquea con colapso parcial >50 % en inspiración sin estenosis traqueal. **Conclusiones:** Un estridor bifásico y un aplanamiento de ambas curvas en la espirometría forzada nos debe hacer pensar en una obstrucción fija. La ausencia de disfonía o alteraciones de la deglución en una parálisis de cuerdas bilaterales no descarta una obstrucción significativa al flujo aéreo que suele ocurrir cuando las cuerdas están en posición paramediana.

PD-034 — CUANDO LA TOS NO ES PULMONAR: AMPLIANDO EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA TOS CRÓNICA

Suau Pecos, A.; Lliso Belda, I.; Lacoba Garrido, M.; Milenkova Stoycheva, V.; García Torres, P.; Frau Reina, S.; Vera García, P.; Casarrubios Quiñones, M.; García Avilés, B. - *Hospital San Juan, Alicante, España.*

Anamnesis: La tos crónica en la edad pediátrica, definida como aquella que persiste durante más de cuatro semanas, es un motivo frecuente de consulta en atención primaria suponiendo un reto diagnóstico. Las causas respiratorias como asma, tos postinfecciosa o bronquitis bacteriana persistente son las etiologías más habituales. Sin embargo, ante una tos de características laríngeas, con exploración respiratoria y pruebas funcionales normales, y escasa respuesta al tratamiento inhalado, es necesario ampliar el diagnóstico diferencial. Algunas patologías digestivas pueden producir manifestaciones respiratorias inespecíficas mediante mecanismos reflejos o microaspiraciones. Se presenta el caso de un niño de 5 años, sano y vacunado, que consulta por tos seca persistente de tres meses de evolución, con episodios recurrentes interpretados como laringitis. Se inicia, desde atención primaria, tratamiento con budesonida inhalada y varios ciclos de corticoides orales, sin presentar mejoría. **Exploración clínica:** Auscultación pulmonar con buena entrada de aire bilateral y sin ruidos respiratorios patológicos. Orofaringe sin alteraciones. Resto de la exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la persistencia de la sintomatología se inicia estudio complementario con analítica sanguínea, objetivándose leve eosinofilia, sin otras alteraciones. Se deriva a Neumología pediátrica, donde se completan estudios con pruebas cutáneas de alergia y espirometría, ambas dentro de la normalidad. Se mantiene seguimiento conjunto desde atención primaria y consultas externas, continuando tratamiento inhalado sin respuesta tras un año de evolución. Ante la persistencia de la tos y la normalidad del estudio

respiratorio, se amplía el estudio mediante gastroscopia, identificándose hallazgos macroscópicos y microscópicos compatibles con esofagitis eosinofílica. Tras el diagnóstico se inicia tratamiento específico con budesonida tópica y omeprazol, con evolución clínica favorable. **Conclusiones:** La tos crónica persistente con mala respuesta al tratamiento y estudio neumológico normal debe hacer reconsiderar el diagnóstico inicial. La esofagitis eosinofílica puede presentarse con síntomas respiratorios inespecíficos y simular patología laríngea. Un abordaje multidisciplinar permite reducir retrasos diagnósticos y terapéuticos.

PD-035 — UN ROMPECABEZAS NEUROLÓGICO EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Seijo Rodríguez, J.; Ureña Buch, E.; Domínguez Sevillano, B.; Ferrín Ferrín, M.A.; García Ugarte, B.; Montejo Marcos, B.; García Calvo, E.; Andrés Blanco, L. - *Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, España.*

Anamnesis: Escolar de 13 años que acude a Urgencias Pediátricas por inicio brusco de parestesias en ambas manos, inicialmente en la derecha y posteriormente en la izquierda, asociadas a torpeza motora para manipular objetos. Posteriormente presentó parestesias en pierna izquierda, sensación de inestabilidad, disartria, lenguaje incoherente, cuadro confusional y cefalea frontoparietal izquierda progresiva. Había realizado entrenamiento de atletismo horas antes. Niega traumatismo craneoencefálico previo. Afebril en todo momento. En seguimiento por Hematología por antecedente de trombocitopenia. Tío paterno con migraña. **Exploración clínica:** A su llegada ligera desorientación espacial, disartria y confusión, sin focalidad neurológica objetiva. Pares craneales íntegros, pupilas isocóricas y normorreactivas, fuerza, tono, reflejos y sensibilidad conservados, sin alteraciones de coordinación. Resto de exploración cardiorrespiratoria, abdominal y cutánea normal. Durante las primeras horas persistieron cefalea, vómitos y fluctuaciones del nivel de atención. Mostró mejoría progresiva hasta recuperar lenguaje coherente, orientación y exploración neurológica normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En un primer lugar se activó código ictus. Analítica sanguínea mostró trombocitopenia e hipopotasemia. TC craneal urgente sin hallazgos agudos. Durante la evolución desarrolló múltiples vómitos y un pico febril aislado de 38,2 ºC por lo que se realizó punción lumbar con bioquímica normal, pleocitosis leve (46 leucocitos/µL), PCR virales, Gram y cultivos negativos. Cultivos y serologías sanguíneas negativas. RM cerebral y estudio angiográfico normales. EEG con lentificación izquierda posterior sin actividad epileptiforme. Recibió fluidoterapia intravenosa, paracetamol, metamizol y ondansetrón; se planificó tratamiento con aciclovir ante sospecha inicial de encefalitis. Ingresó para observación, evolucionando favorablemente con resolución completa a las horas. **Conclusiones:** El síndrome de HaNDL es un diagnóstico de exclusión y una entidad rara, benigna y autolimitada que se presenta con episodios de cefalea con déficits neurológicos transitorios. El LCR muestra pleocitosis linfocítica (>15 células/µL) y proteínas elevadas. Los episodios recurren durante un período menor a 3 meses con resolución espontánea sin secuelas neurológicas.

PD-036 — NEUROPATÍA AGUDA EN PACIENTE ADOLESCENTE

Fernández Serrano, M.D.C.; González Villén, R.; De Lázaro Ramírez, I.; Pardo de Manuel, A. - *Hospital San Cecilio, Granada, España.*

Anamnesis: Paciente de 13 años que consulta porque desde hace 8 días presenta pérdida brusca de la flexión dorsal del pie izquierdo con marcha equina e imposibilidad para la marcha de talones. Asociaba pérdida de 16 kg en último año. **Exploración clínica:** Pérdida de la flexión dorsal del pie izquierdo con marcha equina e imposibilidad para la marcha de talones Resto normal **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica normal y radiografía con discreto engrosamiento del nervio peroneo a su paso alrededor del peroné. Ante la sospecha de afectación neurológica, se solicitó un electromiograma, donde se ve una neuroapraxia o axonotmesis parcial moderada-severa del nervio ciático poplíteo externo izquierdo (CPE), a nivel de la cabeza del peroné, de aparición reciente y en un contexto de posible susceptibilidad a la presión. Se completó el estudio con pruebas genéticas, solicitando el gen PMP22 que resultó negativo. Asimismo, se realizó una resonancia magnética sin contraste, que confirmó un discreto engrosamiento y edema del nervio peroneo proximal a la cabeza del peroné. Recibe rehabilitación y seguimiento en la unidad de Trastornos de la conducta alimentaria, con ganancia de peso progresiva y recuperación normal de la marcha. **Conclusiones:** En este caso vemos una neuropatía periférica por compresión del nervio CPE secundaria a la pérdida de tejido graso asociada a un trastorno alimentario. Este nervio es especialmente vulnerable debido a su trayecto superficial alrededor de la cabeza del peroné, lo que facilita su compresión en situaciones de adelgazamiento marcado. Clínicamente se manifiesta como pie caído, marcha en *steppage* o equina, debilidad en la extensión de los dedos e hipoestesia en dorso del pie. El diagnóstico es clínico, apoyado en el electromiograma, y el tratamiento es rehabilitación, eliminación de la causa compresiva y manejo del dolor. Solicitamos el gen PMP22, por ser la causa más frecuente de neuropatía hereditaria con predisposición a parálisis por presión.

PÓSTER CON DEFENSA 9 – PANTALLA 2

PD-037 — ¿Y SI NO ES UNA MUJER CON TERATOMA OVÁRICO? ENCEFALITIS ANTI-NMDAR EN UN NIÑO CON MUTISMO

Gandarillas-Orive, P.; Benito Cornejo, A. - *OSI Bilbao-Basurto, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Vizcaya, España.*

Anamnesis: Varón extranjero de 9 años, previamente sano, que, durante la pandemia por COVID-19, consulta con su pediatra de atención primaria por vómitos intermitentes, astenia y dolor abdominal cólico. Afebril. 5 días después, reconsulta señalándose el abdomen, pero presentando mutismo. No han viajado al extranjero. Refieren hábito de rociar con abundante desinfectante al menor diariamente. **Exploración clínica:** TEP estable. Afebril, normohidratado. Constantes en rango. No petequias. Abdomen normal. Exploración neurológica: consciente, poco colaborador, entiende pero no habla; signos meníngeos negativos, sin rigidez de nuca; movimientos oculares externos, pares craneales, fuerza y marcha conservados; sensibilidad poco valorable. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Inicialmente se plantea como un cuadro viral, atribuyendo la dificultad comunicativa a la barrera idiomática. Ante empeoramiento clínico, derivación a urgencias, realizándose analítica sanguínea, ecografía abdominal, tóxicos en orina e interconsulta a psiquiatría infantil, sin hallazgos patológicos. Empeoramiento y disminución de conciencia progresiva. Se sospecha encefalitis, ingresa para ampliar estudio. Electroencefalograma: enlentecimiento cerebral difuso anterior bilateral. RMN: alteración de señal en ganglios de la base y subcortical bilateral sugestiva de origen toxico-metabólico. Como diagnóstico alternativo, se plantea una intoxicación aguda por desinfectantes, descrita en dicho periodo pandémico con hallazgos similares en RMN. Punción lumbar: estudio microbiológico negativo, anticuerpos anti-NMDAR positivos. Ecografías testicular y abdominopélvica y radiografía de tórax descartan origen tumoral. **Procedimientos terapéuticos:** Ingresa en UCIP con metilprednisolona, azitromicina+cefotaxima y aciclovir intravenosos. Tras confirmación diagnóstica, se ajusta tratamiento con inmunoglobulinas. Ante escasa respuesta, se escala a rituximab y, posteriormente, ciclofosfamida. Tras 166 días de ingreso y múltiples complicaciones, es dado de alta. Presenta mejoría clínica durante el seguimiento hasta recuperación neurológica completa actual. **Conclusiones:** La encefalitis por anticuerpos anti-NMDAR puede simular encefalitis virales, procesos psiquiátricos o intoxicaciones. Si bien su presentación típica se asocia a mujeres con teratomas ováricos, debe plantearse ante clínica neurológica inespecífica y de tórpida evolución.

PD-038 — HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL COMO MANIFESTACIÓN FENOTÍPICA INUSUAL DE MOG-AD EN UNA PACIENTE PEDIÁTRICA CON EVOLUCIÓN NEUROLÓGICA COMPLEJA

Román Veloz, A.L.; Blanco Martínez, B.; Quiralte Castillo, J. - *Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.*

Anamnesis: Paciente pediátrica de 12 años con curso neurológico progresivo de dos años de evolución. El inicio se caracteriza por episodios

paroxísticos recurrentes con inestabilidad súbita, diplopía transitoria, temblor postural y breves episodios de desconexión parcial del entorno, inicialmente interpretados como fenómenos funcionales o crisis no epilépticas. De forma concomitante desarrolla hipoacusia neurosensorial bilateral fluctuante, sin correlato estructural en exploración otológica ni en pruebas de imagen del oído interno, y con impacto funcional significativo. A los 12 años presenta un evento neurológico focal agudo con semiología motora y autonómica que motiva activación de código ictus. Reingresa por última vez con pérdida visual monocular aguda en ojo derecho, asociada a papiledema bilateral y hallazgos compatibles con neuritis óptica en neuroimagen y exploración oftalmológica. La respuesta intensa y rápida a corticoides a altas dosis y plasmaféresis orienta hacia un proceso neuroinmunológico mediado por anticuerpos. **Exploración clínica:** Exploración a la llegada a Urgencias con TEP alterado por disfunción del SNC, hemodinámicamente estable, eupneica y con exploración cardiopulmonar normal. Agitación, afasia y lenguaje incoherente. Exploración neurológica con focalidad izquierda. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Clínica compatible con neuritis óptica. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** LCR: pleocitosis linfocitaria leve, sin evidencia microbiológica. Estudios infecciosos e inmunológicos negativos. Anticuerpos anti-MOG positivo. **Conclusiones:** -Nuestro caso invita a considerar la amplitud el espectro fenotípico del MOG-AD pediátrico, ya que no se trata de un caso aislado, pero sí muy infrecuente y poco descrito sobre todo en pediatría, sugiere que la hipoacusia neurosensorial fluctuante podría representar una manifestación poco frecuente del MOG-AD pediátrico, por lo que esta entidad debería considerarse en el diagnóstico diferencial de niños con síntomas auditivos inexplicados asociados a manifestaciones neurológicas inflamatorias. -Tener en mente esta entidad podría evitar retrasos diagnósticos y permitir un tratamiento inmunológico temprano, con potencial impacto sobre la discapacidad futura, por la excelente respuesta con recuperación auditiva significativa tras terapia inmunomoduladora intensiva.

PD-039 — COREA DE SYDENHAM: VIGENCIA DE UNA ENTIDAD CLÁSICA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA COREA AGUDA EN PEDIATRÍA

Román Veloz, A.L.; Muñoz Cabeza, M. -
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Anamnesis: Niña de 7 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por cuadro de 48 horas de evolución de movimientos involuntarios irregulares, no estereotipados, de predominio inicial en hemicuerpo izquierdo, asociados a inquietud psicomotriz, protrusión lingual, sialorrea, disartria, labilidad emocional y alteraciones conductuales. Afebril durante todo el proceso, sin antecedentes conocidos de infección reciente, exposición a tóxicos ni consumo farmacológico. Durante el ingreso presentó empeoramiento transitorio de la sintomatología motora, con afectación de la marcha y de las habilidades motoras finas. **Exploración clínica:** Movimientos hipercinéticos compatibles con corea generalizada, predominantes en extremidades y región facial. Disartria leve, voz nasal y habla escandida. Presencia de signo del ordeñador y signo de la cuchara. Marcha inestable con dificultad para la marcha en tándem. Fuerza, tono muscular y reflejos osteotendinosos conservados. Ausencia de alteraciones sensitivas, signos meníngeos, crisis epilépticas o afectación de pares craneales. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Analítica sanguínea con hemograma, bioquímica, coagulación, perfil tiroideo, vitaminas, marcadores inflamatorios e inmunológicos sin alteraciones relevantes. Estudio toxicológico en orina negativo. Estudio microbiológico EBHGA negativo, cultivo faríngeo con aislamiento de S. *Aureus* y ASLO solicitado. TC craneal, RM cerebral con angio-RM, ecocardiograma y EEG sin hallazgos patológicos. Ante la sospecha probable de corea de Sydenham se inició tratamiento con megabolos de corticoides intravenosos y antibioterapia observándose mejoría clínica progresiva. **Conclusiones:** La mayoría de los casos de corea en la edad pediátrica son adquiridos, siendo la Corea de Sydenham la causa más frecuente. La corea aguda pediátrica requiere un abordaje diagnóstico escalonado que contemple etiologías autoinmunes, postinfecciosas, vasculares, metabólicas y genéticas. La instauración brusca, la normalidad de la neuroimagen y la respuesta favorable al tratamiento inmunomodulador orientan inicialmente hacia una etiología autoinmune postinfecciosa. De acuerdo con las recomendaciones europeas actuales, los estudios genéticos deben considerarse en casos con evolución atípica, recurrencia o ausencia de diagnóstico tras la evaluación etiológica inicial.

PD-040 — PTOSIS PALPEBRAL DESENCADENADA POR LA SUCCIÓN: UN CASO DE MARCUS-GUNN INVERTIDO

Jiménez Algarra, I.[1]; Valdivielso Martínez, A.I.[2]; Sánchez Salgado, J.[1]; Rueda Trigo, L.[1]; Guerrero Romero, A.B.[1]; Ruiz Castillo, A.[1]; Ángeles Rodríguez, R.[1]; Molina Prado, A.[1]. - [1]*Hospital Regional Universitario Materno Infantil, Málaga, España;* [2]*CS Victoria, Málaga, España.*

Anamnesis: Presentamos a una lactante mujer que consulta con su pediatra a los 22 días de vida por elevación pronunciada del párpado izquierdo y ptosis del párpado derecho cuando llora o gesticula. No presenta antecedentes personales ni obstétricos de relevancia. **Exploración clínica:** En la exploración presenta un fenotipo normal y no se evidencian alteraciones oculares ni neurológicas, con normalidad del resto de pares craneales. Se objetiva durante la succión ptosis palpebral marcada, que desaparece inmediatamente al finalizar la toma. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza ecografía transfontanelar con resultado normal, y se contacta con servicios de Neurología y Oftalmología Pediátrica para valoración. La relación constante entre el movimiento mandibular y la ptosis orienta el diagnóstico hacia una Sincinesia Trigémino-Facial. **Conclusiones:** Las sincinesias faciales son movimientos involuntarios producidos simultáneamente en músculos inervados por nervios diferentes. En la sincinesia trigémino-facial, la contracción del orbicular de los labios provoca la misma acción en el orbicular de los párpados. El fenómeno clásico de Marcus-Gunn se produce cuando la apertura oral eleva el párpado, pudiendo encontrar una forma invertida del mismo, donde se produce un descenso palpebral. Debe diferenciarse del síndrome de Marin-Amat, generalmente adquirido tras parálisis facial periférica o traumatismo, donde el cierre palpebral se asocia a movimientos orales por regeneración aberrante del nervio facial. La clave diagnóstica en Atención Primaria es una exploración dirigida mediante observación del párpado en reposo, durante la succión, apertura bucal y si es posible cierre ocular forzado. Debe diferenciarse de crisis epilépticas, ptosis estructural o patología ocular. La electromiografía puede emplearse en casos seleccionados, aunque no suele ser necesaria. La derivación a Oftalmología y Neuropediatría permitirá valorar repercusión visual y evolución. El tratamiento se reserva para formas funcional o estéticamente relevantes, con toxina botulínica y cirugía en casos seleccionados. En nuestro caso, se realizó seguimiento sin necesidad de tratamiento hasta la disminución progresiva de la sintomatología.

PD-041 — DEL FENOTIPO AL GENOTIPO: EL PAPEL DEL EXOMA EN UN CASO DE TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO

López Ortega, A.; Sánchez-Paniagua Labrador, L.; Castaño de la Mota, C.; Valero Menchen, P.; Rios Mendoza, V.; Escalona Gil, A.; del Campo Guerola, L.; Blasco Guillen, C.; Argüelles Balas, D.; Cantero Pacheco, M. - *Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.*

Anamnesis: Niño de 9 años con diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA) sin estudios en país de origen y crisis febriles recurrentes. Refieren retraso severo en el desarrollo del lenguaje (primeras palabras a los 5 años), usa lenguaje de signos pero comprende órdenes. No ha adquirido lectoescritura ni nociones numéricas. En el área motora, la marcha autónoma se inició a los 3 años, con torpeza motora actual y marcha de puntillas. Autónomo para la alimentación y el control de esfínteres. Conductualmente presenta inquietud motora, estereotipias, aislamiento social, hipersensibilidad auditiva y alta tolerancia al dolor. **Exploración clínica:** Presenta un fenotipo dismórfico con talla baja, microcefalia con -4.77 DE, boca grande, nariz ancha y afilada, orejas displásicas y apéndice preauricular izquierdo. Muestra intención comunicativa significativa y contacto visual no continuado. Destaca una prensión manual primitiva, dificultades de coordinación globales e hiperreflexia osteotendinosa simétrica en miembros inferiores. Presenta hipotonía global con hiperlaxitud

articular significativa en codos y rodillas, con aumento de tono en ambos tendones de Aquiles. Marcha con aumento de la base de sustentación, torpeza motora global. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Los estudios iniciales incluyeron resonancia magnética craneal, electroencefalograma (vigilia/sueño), analítica, cariotipo y ARRAYs 750K, sin hallazgos patológicos. Se amplió el estudio mediante secuenciación de exoma clínico, detectándose una variante en heterocigosis en el gen SON, clasificada como de significado incierto en relación con el síndrome ZTTK (Zhu-Tokita-Takenouchi-Kim). **Conclusiones:** El síndrome ZTTK es un trastorno del neurodesarrollo autosómico dominante por mutación de novo en el gen SON. Existe una sólida correlación fenotipo-genotipo por el retraso global severo con afectación del lenguaje, crisis febriles, hipotonía con hiperlaxitud y microcefalia congénita. Al no cursar con desbalances estructurales, el ARRAY resulta normal, consolidando al exoma como la técnica diagnóstica definitiva.

PD-042 — DESVIACIÓN PAROXÍSTICA DE LA MIRADA HACIA ABAJO EN EL LACTANTE: LA IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO CLÍNICO

Jarauta Sánchez, I.; Ibáñez Rubio, S.; Iglesias Rodríguez, M.; Altuzarra Foncea, Y.; García De La Cruz, M.; Alquézar Yus, P.; Brizuela Delgado, J.; Salva Arteaga, M. - *Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España.*

Anamnesis: Lactante de 2 meses, sin antecedentes personales de interés, remitida a consulta de Neuropediatría desde Atención Primaria por episodios breves, espontáneos y pluricotidianos de desviación tónica de la mirada hacia abajo, iniciados a los 10 días de vida. Los progenitores referían ausencia de desencadenantes, alteración del nivel de consciencia, repercusión general u otra semiología neurológica. Los vídeos domiciliarios no mostraban movimientos anormales asociados. **Exploración clínica:** La exploración neurológica fue normal, con movilidad ocular completa, seguimiento visual adecuado, tono, fuerza, reflejos, movimientos generales y reacciones posturales acordes a la edad. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de desviación paroxística de la mirada hacia abajo, entidad benigna y autolimitada del lactante, se realizó ecografía transfontanelar en la consulta de Neuropediatría. La ecografía no evidenció alteraciones estructurales. Dada la normalidad de la exploración, la ausencia de signos de alarma y el resultado ecográfico normal, no se indicaron pruebas complementarias adicionales. En el seguimiento ambulatorio se constató la resolución completa de los episodios a los 4 meses y medio de vida, sin aparición de nuevos síntomas neurológicos. El neurodesarrollo permaneció dentro de la normalidad, por lo que se procedió al alta de Neuropediatría. **Conclusiones:** La desviación paroxística de la mirada hacia abajo es una entidad benigna cuyo reconocimiento clínico permite un manejo conservador cuando la exploración neurológica es normal y no existen signos de patología subyacente. La sospecha inicial desde Atención Primaria, el registro videográfico, la valoración oftalmológica y la ecografía cerebral en consulta pueden favorecer un diagnóstico seguro, evitar exploraciones innecesarias y facilitar el seguimiento.

PD-043 — CRANEOSINOSTOSIS MULTISUTURAL DE DIAGNÓSTICO TARDÍO: DESAFÍOS CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Aguilera Bellido, Á.; Torres Rico, M.; Borrego Prado, M.L.; Rendón Montañés, P.; Lara García, M.; Becerra Fernández, I.; Barangua Gómez-Calero, P. - *Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.*

La craneosinostosis no tratada puede ocasionar deformidad craneal pudiendo generar alteraciones funcionales graves en pacientes diagnosticados de forma tardía. Presentamos el caso de un varón en seguimiento desde el mes de vida por macrocefalia y fallo de medro. En la exploración clínica inicial se objetiva un perímetro cefálico en percentil 95, asimetría craneal (plagiocefalia), orejas de implantación baja y rasgos dismórficos. Como procedimientos diagnósticos se realiza la ecografía transfontanelar y la resonancia magnética nuclear craneal iniciales que sugieren una hidrocefalia externa benigna del lactante, decidiéndose actitud expectante y seguimiento. A los diecisiete meses se indicó una Tomografía Computarizada (TC) sin reconstrucción tridimensional que descartó el cierre prematuro de suturas, atribuyendo la deformidad a una plagiocefalia postural. El paciente presenta evolución desfavorable persistiendo fallo de medro asociado a rasgos craneofaciales (hipertelorismo, escafocefalia, ojos antimongoloides) y retraso del lenguaje, torpeza motora asociado a episodios de vómitos cíclicos de repetición. Se solicita array-CGH en la que no se observan hallazgos de interés, endoscopia y estudio de celiaquía sin hallazgos relevantes. A los 7 años inicia episodios de cefaleas asociados a los vómitos y se solicita nuevo TC que confirma el diagnóstico de cierre multisutural. Es valorado por neurocirugía, que indica cirugía de remodelación en tablero de ajedrez. **Conclusiones:** La plagiocefalia postural presenta evolución favorable con el crecimiento, la plagiocefalia secundaria a craneosinostosis progresa generando alteraciones estéticas e incluso complicaciones como la hipertensión intracraneal y alteraciones en el desarrollo psicomotor. Es importante detectar asimetrías craneofaciales mediante la exploración exhaustiva de todos los planos craneales. Ante la sospecha clínica, la tomografía computarizada con reconstrucción tridimensional es la prueba de referencia (*gold standard*). Un estudio radiológico incompleto retrasa el diagnóstico y consecuentemente el tratamiento, que idealmente debe realizarse antes del año de vida para evitar complicaciones irreversibles y evitar secuelas en el neurodesarrollo.

PD-044 — PTOSIS CONGÉNITA: UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Egido García-Comendador, R.; de la Peña Gallo, L.; Elipe Maldonado, C. - *Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España.*

Anamnesis: Neonato con movimientos oculares anormales y ptosis del ojo izquierdo (OI). Se decide llevar a cabo un diagnóstico diferencial de la ptosis congénita. Anamnesis: recién nacido con ptosis leve del OI con ojos en posición primaria desde nacimiento. Con la toma presenta apertura del OI con hipotropía del mismo ojo. Antecedentes personales: recién nacido prematuro (35 semanas de edad gestacional) con peso adecuado. Ingresó en Neonatología por sospecha de corioamnionitis, con ecografía trasfontanelar durante el ingreso sin alteraciones. Repetición del *screening* endocrinometabólico por perfil alterado de acidemia isovalérica. **Exploración clínica:** Buen estado general. Normohidratado y perfundido. No lesiones cutáneas. Auscultación cardiaca y pulmonar normal. Abdomen blando, no se palpan masas ni megalias. Movimientos de miembros simétricos, tono conservado. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Leve ptosis en ojo izquierdo, con apertura llamativa de dicho ojo al realizar toma. Fontanela anterior normotensa. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se descarta ptosis aponeurótica (edad inusual) o miogénica (clínica intermitente y ausencia de síntomas acompañantes). Realizando derivación a neuropediatría con sospecha de ptosis mecánica, se realiza RM cerebral que es normal, descartándose. Electroencefalograma sin actividad epileptiforme, se descartan crisis. Finalmente, junto con Neuropediatría y Oftalmología se diagnostica ptosis neurógena, concretamente síndrome de Marcus Gunn. Consiste en una ptosis palpebral y elevación involuntaria del párpado ptósico en relación con movimientos laterales de mandíbula o apertura de la boca. Ocurre por una inervación del músculo elevador del párpado por el V par craneal en vez de por el III. El paciente finalmente se volvió a su país de origen, por lo que se ha perdido la pista evolutiva. **Conclusiones:** - La ptosis congénita es una patología frecuente en pediatría, precisando en ocasiones diagnóstico multidisciplinar. - El síndrome de Marcus Gunn es de diagnóstico clínico y, dado que es el responsable del 5 % de las ptosis congénitas, consideramos que debe ser conocido por su alta incidencia.

PD-045 — ¿PARÁLISIS FACIAL CENTRAL? LA IMPORTANCIA DE MIRAR FOTOGRAFÍAS ANTIGUAS

Sánchez Pérez, M.[1]; Roldán Montero, M.[2]; Claver Pros, X.[1]; Párraga Pagán, E.[1]; Giménez Pérez, A.[1]; Bienert Groesch, C.[1]; Lojo Piñeiro, G.[1]; Monreal Campos, M.J.[1]; Pérez Cebrián, M.[1]; Trujeque Camacho, L.M.[1]. - [1]*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España;* [2]*CS de Beniaján, Murcia, España.*

Anamnesis: Varón de 12 años que consultó en su pediatra de Atención Primaria por episodios de cefalea de 4 años de evolución, en región temporal derecha, de características pulsátiles y con foto-sonofobia asociadas,

que empeoraba en las situaciones de estrés. Habitualmente el dolor cedía con ibuprofeno. Por otro lado, refería en los últimos 4-5 meses percepción de no poder elevar completamente la comisura derecha. La madre comentó que ella no lo había notado previamente. **Exploración clínica:** La exploración física general fue normal. Pupilas isocóricas normorreactivas, con fondo de ojo normal. Cierre palpebral completo sin asimetrías. Fruncía el ceño y elevaba las cejas sin asimetrías. Motilidad ocular normal. A nivel facial inferior, al sonreír se percibía asimetría, sin elevación completa de comisura labial derecha respecto a la contralateral. Resto de pares craneales centrados y simétricos. Fuerza, tono y trofismo normales. Pruebas cerebelosas normales, Romberg negativo, no dismetrías. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Al no poder descartarse parálisis facial de origen central, se remitió al paciente a Urgencias de Pediatría, donde se realizó una tomografía computarizada craneal urgente, en la que no se evidenció patología aguda intracraneal. El paciente fue remitido a consultas de Neuropediatría, donde se diagnosticó de asimetría facial primaria secundaria a hipoplasia de musculatura facial. La cefalea fue catalogada como migraña primaria sin aura. **Conclusiones:** La hipoplasia congénita de músculos faciales es una causa infrecuente de asimetría facial. Su presentación puede confundirse con una parálisis facial central, especialmente cuando la afectación es predominantemente inferior. La integración de la historia longitudinal, la estabilidad del cuadro y la revisión de fotografías previas resulta determinante para orientar el diagnóstico hacia una etiología congénita. El pediatra de Atención Primaria aporta el seguimiento evolutivo del paciente y la capacidad de contextualizar, lo que contribuye a diferenciar estas entidades de procesos neurológicos adquiridos, evitando pruebas innecesarias y facilitando un abordaje clínico más dirigido.

PD-046 — MÁS ALLÁ DE LA LARINGOMALACIA: ESTRIDOR PERSISTENTE COMO PRESENTACIÓN DE UN SÍNDROME MIASTÉNICO CONGÉNITO

Muñoz de Diego, E.; Munell, F.; Costa, L.; Gómez, D. -
Hospital Vall d´Hebron, Barcelona, España.

Anamnesis: Varón de 4 años con antecedente de insuficiencia respiratoria neonatal que precisó ventilación mecánica invasiva durante 7 días. Desde los primeros meses de vida presentaba estridor laríngeo desencadenado por la actividad, sin repercusión sobre la alimentación ni el crecimiento ponderal. A los 6 meses fue valorado por Otorrinolaringología, confirmándose laringomalacia y adoptándose una actitud conservadora. El desarrollo motor fue prácticamente normal, destacando retraso del lenguaje. **Exploración clínica:** A los 2 años y 6 meses presentaba facies hipomímica con debilidad facial, ptosis palpebral bilateral de predominio izquierdo y dificultad para la apertura ocular, compensada mediante elevación de la cabeza. Se objetivaba estridor casi constante con la actividad. La fuerza, el tono y los reflejos osteotendinosos estaban conservados, con marcha independiente y ligero aumento de la base de sustentación. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La radiografía de tórax, ecocardiograma, resonancia magnética cervical y resonancia cerebral fueron normales. El estudio metabólico, creatinkinasas, array-CGH y estudio de Xfrágil no mostraron alteraciones. La ecografía muscular evidenció un discreto patrón miopático y el electromiograma no permitió confirmar afectación de la unión neuromuscular. Ante la sospecha de enfermedad neuromuscular se realizó estudio de exoma del paciente y sus progenitores, identificándose mutaciones en MUSK compatibles con síndrome miasténico congénito. **Conclusiones:** El estridor laríngeo persistente desde el nacimiento asociado a ptosis y debilidad facial debe hacer sospechar una enfermedad de la unión neuromuscular. La presencia de signos clínicos sutiles y el uso de técnicas genéticas de secuenciación permiten alcanzar el diagnóstico de entidades infrecuentes como los síndromes miasténicos congénitos, facilitando un abordaje y asesoramiento adecuados.

PD-047 — CUANDO LO INESPECÍFICO ESCONDE LO INESPERADO: DIAGNÓSTICO DE UN TUMOR CEREBRAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Gandarillas Orive, P.; Benito Cornejo, A. - *OSI Bilbao-Basurto, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Vizcaya, España.*

Anamnesis: Varón de 11 años, previamente sano, que acude al pediatra de atención primaria porque desde hace 2 semanas presenta malestar general, vómitos aislados y cefalea intermitente sin signos de alarma ni datos compatibles con hipertensión intracraneal. Asocia polidipsia y poliuria puntuales. Afebril. **Exploración clínica:** TEP estable. Afebril, normohidratado, normocoloreado. Constantes en rango. No petequias. Abdomen normal. Exploración neurológica: consciente, orientado; signos meníngeos negativos; pupilas isocóricas, normorreactivas; supraversión ocular bilateral intermitente, sin ptosis; pares craneales normales; fuerza, sensibilidad y marcha conservadas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Procedimientos diagnósticos: Inicialmente se orienta como un cuadro viral. Ante persistencia de la clínica, se realizan analítica sanguínea y tira de orina, ambas normales. Como alternativa, se plantea una manifestación somática de ansiedad, dado que el inicio de la clínica coincide con la reincorporación escolar en un niño con sospecha de altas capacidades. Se realiza seguimiento, apareciendo diplopía en una visita. Se deriva a oftalmología, objetivándose papiledema en el fondo de ojo. Se realiza TAC, informado como tumor en región pineal que condiciona hidrocefalia obstructiva. RMN informa de lesión bifocal, afectando también a la región supraselar y en íntimo contacto con el quiasma óptico. Evolución y procedimientos terapéuticos: Ingresa para completar estudio. Se diagnostica diabetes insípida central e inicia tratamiento con desmopresina. Al tercer día, se aprecia nistagmo horizontal en posiciones de mirada extrema, y vertical a la supraversión, con retracción palpebral asociada, compatibles con síndrome de Parinaud. La anatomía patológica confirma germinoma. Se procede a la criopreservación de tejido testicular y tratamiento según protocolo SIOP CNS-GCTIII con 4 ciclos de Carboplatino+Etopósido y posterior protonterapia. Tras 4 meses, respuesta radiológica completa. **Conclusiones:** Aunque los tumores cerebrales son infrecuentes en pediatría, deben considerarse en el diagnóstico diferencial ante síntomas inespecíficos persistentes o de evolución atípica. Para ello, la atención primaria desempeña un papel esencial en su sospecha y derivación precoz.

PD-048 — EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA COMO EJE DE COORDINACIÓN EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS DE UNA ENFERMEDAD NEURODEGENERATIVA RARA

González Vargas, C.; Sojo Jiménez, C.; Fierro Alonso, M.;
Gómez Mera, E.; Suárez Rodríguez, A. -
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Anamnesis: El bloqueo auriculoventricular (BAV) completo es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica. Existen dos formas principales de presentación: el BAV congénito, generalmente relacionado con el paso transplacentario de autoanticuerpos maternos (anti-Ro/SSA y anti-La/SSB), cardiopatías congénitas o alteraciones genéticas; y el BAV adquirido, menos habitual, asociado a cirugía cardiaca, infecciones o procesos inflamatorios secundarios. Se presenta el caso de una niña de 10 meses sin antecedentes de interés que acudió a su pediatra por fiebre de tres días de evolución, clínica catarral y astenia marcada. **Exploración clínica:** Durante la exploración física se objetivó bradicardia en torno a 50 latidos por minuto. Se realizó un electrocardiograma que mostró BAV completo con ritmo de escape nodal estrecho a 54 lpm, por lo que fue derivada para valoración hospitalaria. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En Urgencias se realizó analítica sanguínea, con discreta leucocitosis, función renal y hepática, hormonas tiroideas, troponinas y NT-proBNP normales. En la PCR de virus respiratorios se detectó Coronavirus humano OC43. Dada la estabilidad hemodinámica, fue dada de alta con seguimiento por Cardiología Pediátrica. La ecocardiografía descartó cardiopatía estructural y mostró buena función biventricular. El Holter confirmó BAV avanzado con escape nodal estrecho, sin otras arritmias. El estudio etiológico, incluyendo autoinmunidad, serologías infecciosas y valoración materna, no identificó causa adquirida. El estudio genético continúa pendiente. Dada la ausencia de síntomas de bajo gasto, disfunción ventricular o bradicardia significativa persistente, se optó por manejo conservador, sin indicación actual de marcapasos según las guías PACES 2021. **Conclusiones:** Los Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) proporcionan una atención integral a niños con enfermedades que limitan o

amenazan su vida y a sus familias, abordando las dimensiones física, psicológica, social y espiritual. Se presenta el caso de una niña de 5 años, originaria de Argelia, que llega a España junto a su padre en el contexto de migración irregular. Entre sus antecedentes destacaba un síndrome de Turner (45,X0). A los cuatro años inició una regresión psicomotora progresiva asociada a clínica neurológica e insuficiencia suprarrenal. Tras completar el estudio, se confirmó el diagnóstico de ADL-X y se decidió un enfoque paliativo. Posteriormente fue trasladada a un centro social que se encargó de los cuidados de la paciente y su familia. La paciente precisó un abordaje multidisciplinar para el manejo de la insuficiencia suprarrenal, la encefalopatía progresiva con espasticidad y dolor, la disfagia con desnutrición, las infecciones urinarias recurrentes y la vejiga neurógena. Asimismo, se proporcionó apoyo psicológico, acompañamiento espiritual y atención social, facilitándose la reagrupación familiar mediante la coordinación con trabajadoras sociales y servicios comunitarios. El pediatra de Atención Primaria desempeñó un papel fundamental como referente asistencial de la familia, coordinando la atención con el equipo de CPP, los dispositivos de Urgencias, el centro social y otros especialistas implicados. Su cercanía y accesibilidad permitieron detectar necesidades emergentes, reforzar la educación sanitaria, acompañar a la familia en la toma de decisiones y garantizar la continuidad de los cuidados. Ante el deseo expreso de no fallecer en el domicilio, se coordinó el traslado hospitalario y acompañamiento hasta el éxitus. Este caso pone de manifiesto que el pediatra de Atención Primaria constituye una figura clave en los CPP, actuando como nexo entre familia, comunidad y los distintos niveles asistenciales, garantizando atención continuada, personalizada y centrada en las necesidades del paciente y su entorno.

PÓSTER CON DEFENSA 3 – PANTALLA 3

PD-049 — TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA COMO EXPRESIÓN DE DISFORIA DE GÉNERO EN LA ADOLESCENCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Maco Vásquez, O.K.[1]; Baeza Monedero, V.[2]; Vigara Calderón, R.[2]; Deltoro Prieto, N.1. - [1]*CS Ensanche de Vallecas, Madrid, España;* [2]*CS Villablanca, Madrid, España.*

Anamnesis: El trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y la disforia de género pueden coexistir en la adolescencia. Los TCA afectan en torno al 2-4 % de las mujeres adolescentes, con cifras menores en varones, y su inicio se sitúa cada vez en edades más tempranas. Las personas trans y de género diverso presentan mayor riesgo de conductas alimentarias de riesgo que la población cisgénero, en relación con la insatisfacción corporal, la disforia, la ansiedad y la sintomatología depresiva; en ocasiones el síntoma alimentario expresa el rechazo al propio cuerpo. Presentamos un paciente asignado al sexo masculino al nacer que inició preocupación creciente por la alimentación y la imagen corporal, con restricción de la ingesta y aumento del ejercicio físico, hasta requerir ingreso. Sin antecedentes de interés. **Exploración clínica:** A la valoración destacaban criterios de desnutrición y repercusión del cuadro restrictivo, junto con ánimo bajo, distorsión de la imagen corporal y conductas de control sobre la alimentación y el ejercicio. La exploración somática mostró estabilidad clínica, sin complicaciones agudas graves. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Durante el ingreso se realizó un abordaje multidisciplinar con psiquiatría, psicología y nutrición infantil, con normalización progresiva de la conducta alimentaria. Se inició tratamiento farmacológico para la sintomatología afectiva asociada. En el seguimiento se identificó que el síntoma alimentario funcionaba, en parte, como rechazo al propio cuerpo al sentirse identificado con el género femenino. Tras la remisión del TCA, la paciente realizó la transición social y continuó seguimiento para el acompañamiento de la identidad de género. **Conclusiones:** Este caso ilustra la posible relación entre el TCA y la disforia de género, en la que la alteración alimentaria puede expresar un malestar identitario subyacente. Reconocer esta dimensión es clave para un abordaje integral, en el que la Atención Primaria es esencial para la detección precoz, el cribado y la derivación multidisciplinar.

PD-050 — CONJUNTIVITIS MENINGOCÓCICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez Hernández, M.; Álvarez Martínez, E.; Ammari López, A.; Cobacho Pérez, C.; Carrillo Huertas, M.; Taleb Ngadi, Y.; Ruiz Casas, C. - *Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España.*

Anamnesis: Preescolar de 3 años que es traído a Urgencias por secreción ocular purulenta derecha. La madre refiere que por la mañana se había despertado con abundantes secreciones purulentas en el ojo derecho y rápidamente había comenzado a presentar hiperemia conjuntival y edema palpebral ipsilateral. Se encuentra afebril y no presenta otra clínica asociada. No presenta ambiente epidémico familiar. **Exploración clínica:** TEP estable. Buen estado general. Normocoloreado y normohidratado. Auscultación cardiopulmonar normal. Orofaringe normal. Neurológicamente activo y reactivo a estímulos. No presenta signos de focalidad neurológica. Exploración oftalmológica: ojo izquierdo normal. Hiperemia conjuntival derecha marcada, junto a abundante secreción purulenta. No se evidencia cuerpo extraño conjuntival. Eritema y edema palpebral inferior, sugestivo de celulitis preseptal. Movimientos oculares conservados, no dolorosos. Pupilas reactivas e isocóricas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se cursa muestra de exudado conjuntival para cultivo. Se inicia tratamiento con tobramicina tópicas y amoxicilina-clavulánico (80 mg/kg/día). 48 horas después presenta cultivo positivo para *Neisseria meningitidis*. Avisan desde Medicina Preventiva e indican citar al paciente para control clínico e inicio de profilaxix antibiótica en contactos. El paciente presenta mejoría clínica y ausencia de otra sintomatología. **Conclusiones:** La conjuntivitis meningocócica primaria (CMP) es una entidad poco frecuente (1-2 % de las conjuntivitis bacterianas), pero probablemente infraestimada. Debe sospecharse ante cuadros de conjuntivitis hiperaguda con abundante secreción purulenta y edema palpebral. Es una patología potencialmente grave, ya que entre el 10 % y el 29 % de los casos pueden progresar a enfermedad meningocócica invasiva (EMI). Es vital iniciar antibioterapia sistémica (preferiblemente Ceftriaxona ante el aumento de cepas productoras de β-lactamasa) y tópica, ya que reduce hasta 19 veces el riesgo de desarrollar EMI.La CMP requiere notificación obligatoria e inmediata, con la misma urgencia que una meningitis por su alto potencial de brotes. La identificación microbiológica es esencial para diferenciarla del gonococo y proceder a la quimioprofilaxis de los contactos cercanos.

PD-051 — AFECTACIÓN MUCOCUTÁNEA EN EL CURSO DE UNA NEUMONÍA

Uriarte Ortiz, A.; Varela Penas, J.; Martínez Aragón, J.; González Fernández, M.; Almuiña Simón, C.; Vázquez López, M.E. - *Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.*

Anamnesis: Niño de 10 años que acude a Urgencias Pediátricas por lesiones orales de 4 días de evolución. Como antecedente, 24 horas antes del inicio del cuadro fue diagnosticado de neumonía basal izquierda, iniciándose tratamiento con amoxicilina oral (80 mg/kg/día). Tras la aparición de lesiones vesiculosas en mucosa yugal, se sospecha infección por *Mycoplasma pneumoniae*, añadiéndose azitromicina oral (10 mg/kg/día) y tratamiento tópico con acetonido de triamcinolona 0,1 % y lidocaína 2 %. Evoluciona con empeoramiento de las lesiones y disminución progresiva de la ingesta. **Exploración clínica:** A la exploración física destaca la presencia de crepitantes en base pulmonar izquierda, y a nivel mucocutáneo dos lesiones diana en puente y punta nasal, junto con afectación oral severa con tejido necrótico y lesiones vesiculosas polilobuladas en ambos labios, condicionando importante limitación para la apertura bucal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se decide Ingreso hospitalario para manejo y seguimiento de la afectación mucocutánea, confirmándose infección por *Mycoplasma pneumoniae* con serología positiva. Se completa tratamiento con azitromicina durante 5 días, asociado a medidas de soporte y tratamiento tópico. Durante la evolución aparecen lesiones en fase fibrinosa con adherencias en comisuras labiales que requieren desbridamiento. Presenta evolución favorable, con progresiva resolución hacia fase costrosa, permitiendo el alta domiciliaria. **Conclusiones:** La mucositis inducida por *Mycoplasma pneumoniae*, descrita en 2015,

puede presentarse como complicación mucocutánea de la infección por *M. pneumoniae* hasta en un 25 % de los casos, con solapamiento clínico y fisiopatológico con otras entidades como el síndrome de Stevens-Johnson. Su manejo se basa principalmente en antibioterapia con macrólidos, corticoterapia y medidas de soporte, con evolución habitualmente favorable. Dado el riesgo de secuelas, especialmente oftalmológicas, se recomienda seguimiento multidisciplinar. Se considera probablemente una entidad infradiagnosticada, por lo que su reconocimiento es fundamental para un adecuado diagnóstico y manejo terapéutico.

PD-052 — "EXANTEMA EN GUANTE Y CALCETÍN" E HIPERFERRITINEMIA, ¿PARECHOVIRUS?

Fernández Fernández, T.; Abrisqueta Manzano, B.; Barrera Alonso, M.; Valle Yáñez, A.; Francisco Cerqueira, M.; Campos Segovia, A.; López Gómez, L. - *Hospital La Zarzuela Sanitas, Madrid, España.*

Anamnesis: Lactante de 18 días de vida, nacida a término sin complicaciones perinatales, alimentada con lactancia artificial. Consulta por fiebre de inicio en urgencias sin foco, irritabilidad y rechazo de tomas. **Exploración clínica:** Tª 38,5ºC, FC 145 lpm, TA 94/57 mmHg, Sat O_2 100 %, irritabilidad moderada, fontanela normotensa y leve palidez cutánea sin exantemas. Resto exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Hemograma con 4.600 leucocitos (66,5 % neutrófilos), 253.000 plaquetas, GOT/GPT/GGT 601/383/643 UI/L, BrT 1.2 mg/dl (Br directa 0,8 mg/dl), PCR 0,09 mg/dl, PCT 0,22 ng/ml y ferritina 35.811 ng/ml. Coagulación normal. Sedimento de orina normal. Hemocultivo y urocultivo negativos. Punción lumbar con leucocitos 85, proteínas 70 y glucosa 56. Ecografía cerebral, abdominal y cardiaca normal. PCR de LCR positiva para Parechovirus. Fue hospitalizada con antibioterapia intravenosa empírica que se suspende a los 3 días tras cultivos negativos y PCR positiva para Parechovirus, mejoría clínica progresiva y quedándose afebril a las 48 horas de ingreso. Al 5º día, aparición de exantema maculopapular eritematoso en "patrón de guante y calcetín" (afectando palmas y plantas), sin descamación ni compromiso mucoso. Examen neurológico normal. Control analítico con ferritina en descenso. Alta al 6º día, con buen estado general, resolución progresiva del exantema y seguimiento ambulatorio. **Conclusiones:** En este caso, la hiperferritinemia fue un hallazgo que motivó evaluación más profunda. La detección temprana del virus mediante PCR en LCR permitió suspender antibióticos de manera segura. El Parechovirus debe considerarse en neonatos febriles con PCR normal, cultivos negativos y elevación de ferritina. La aparición del "exantema en guante y calcetín" es infrecuente, pero ha sido descrita en este contexto, posiblemente asociado a mecanismos inmunológicos secundarios a viremia. La identificación viral por PCR evita tratamientos innecesarios y permite una mejor orientación pronóstica. La hiperferritinemia puede ser un marcador de inflamación viral intensa, no exclusivo de enfermedades graves inmunomediadas.

PD-053 — DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS EN EL NIÑO VIAJERO Y FEBRIL. NO TODO ES LO QUE PARECE

Caballero Estupiñán, E.; Castillo de Vera, M.[1]; Colino Gil, E.[2]; Reyes López, M.I.[1]; Montesdeoca Pérez, E.[1]; Hernández Esparza, S.E.[1]; Cáceres Alemán, N.[1]; Bolaños Alzola, A.[2]; Berrio Santana, E.[1]; Mendoza Álamo, P.I.[1]. - [1]*CS Doctoral, Las Palmas, España;* [2] *Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI), Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España.*

Anamnesis: Niño de 9 años, presenta fiebre hasta 40 ºC de 6 días de evolución acompañada de diarrea sin productos patológicos. Regresó de Cuba hace 7 días. En el momento de ser valorado, la fiebre ha cedido, persisten deposiciones diarreicas y presenta un exantema generalizado. Refieren picaduras en diferentes localizaciones. No ha presentado vómitos, síntomas respiratorios, mialgias, artralgias o sangrados. Recibió primera dosis de vacuna de dengue (TAK-003) un mes antes del viaje **Exploración clínica:** Buen aspecto general. Afebril. Tensión arterial 125/71. Exantema maculo-papular eritematoso (aspecto de "islas blancas en mar rojo"), generalizado, con predominio en extremidades, cara y pliegues, con afectación palmo-plantar. Prueba de Rumpel-Leede positiva. Resto de exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Test de virus respiratorios y de estreptococo negativo. Se deriva a urgencias hospitalarias. Se realiza hemograma, bioquímica, coagulación y se extrae hemocultivo, serologías (Epstein-Barr, citomegalovirus, herpes simple 1 y 2, varicela, parvovirus B19, dengue, chikunguña y Zika) y PCR de estos tres últimos, fiebre amarilla y West Nile. Presenta leucopenia de 3.800/µL, neutrófilos 1.500/µL y plaquetas 176.000/µL. Bioquímica, coagulación y proteína C reactiva normales. Se da de alta por estabilidad clínica. Serología de dengue con IgM e IgG positivas. PCR en tiempo real en suero positiva para virus Chikunguña y negativa para el resto. Control clínico con buena evolución (desaparición del exantema al séptimo día y la diarrea al noveno) y analíticas seriadas con normalización de parámetros **Conclusiones:** Ante un cuadro de fiebre tras viajar a un área endémica, las arbovirosis deben estar en nuestro diagnóstico diferencial (descartando malaria según área geográfica). El periodo de incubación de las arbovirosis suele estar entre 1-2 semanas. Hasta el 30 % de los casos de chikunguña pediátricos pueden no presentar artralgias o ser de baja intensidad. Las pruebas serológicas pueden verse afectadas por el empleo de vacunas contra estas enfermedades.

PD-054 — MÁS ALLÁ DE LA GINGIVITIS CONVENCIONAL: GINGIVITIS ULCERATIVA NECROTIZANTE (GUNA)

Rayego Sánchez, E.D.L.Á.; Guerra Cordero, F.; Ballano Pérez, C.; Trinidad Acedo, M.; López Rodríguez, A.; Cancio Dávila, L.; Domínguez García, A.; Gónzalez Caballero, O.; Sánchez Miranda, M.D.; Del Castillo Navío, E. - *Hospital Materno Infantil de Badajoz, España.*

Anamnesis: Niña de 2 años sin antecedentes de interés. Acude por inflamación en región facial izquierda de 4-6 horas de evolución, junto con fiebre a su llegada a urgencias. Rechazo de la ingesta a sólidos, con ingesta hídrica conservada. Su madre visualizó 2 caries en incisivos centrales. Ha realizado 2 vómitos y 2 deposiciones diarreicas sin productos patológicos en las últimas 24 horas. **Exploración clínica:** Eritema, tumefacción leve y aumento del calor local a nivel de región mandibular izquierda. Inflamación gingival junto con áreas de exudado blanquecino en hemiarcadas superior e inferior, llegando a afectar incluso a paladar duro, con coloración grisácea. Mucosa yugal edematosa con zonas de exudado blanquecino. Lesiones ulceronecróticas en paladar y mucosa yugal. Halitosis marcada. Varias piezas dentales cariadas. No tumefacción del suelo de la boca. No afectación amigdalar. Adenopatía submandibular izquierda. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica sanguínea objetivándose leucocitosis con neutrofilia. Ante la agresividad del cuadro, se solicita TAC para descartar complicaciones. Se realiza cultivo de bacterias y hongos de la úlcera bucal con crecimiento de flora saprofita habitual. Ingresa para antibioterapia empírica con Amoxicilina-clavulánico y corticoide intravenosos, junto con anestésico tópico, con resolución de las lesiones y mejoría clínica. Finaliza amoxicilina-clavulánico vía oral en domicilio. **Conclusiones:** La gingivitis necrotizante ulcerativa aguda es una enfermedad infecciosa poco frecuente de progresión rápida. Sus factores predisponentes principales son las deficiencias nutricionales, la mala higiene bucal, la inmunosupresión y el estrés. Su etiología predominante son espiroquetas y bacterias anaerobias gramnegativas Su diagnóstico se basa en signos primarios: necrosis, sangrado y dolor de la mucosa oral; y secundarios: halitosis y pseudomembranas. Se incluye dentro del diagnóstico diferencial de la gingivoestomatitis y mononucleosis. Requiere tratamiento antibiótico si existe afectación sistémica. Sus complicaciones pueden provocar destrucción tisular ósea grave.

PD-055 — INFECCIÓN FAMILIAR POR *STRONGYLOIDES STERCORALIS* EN CONTEXTO NO ENDÉMICO

Ortega Macías, M.; Fekete López, E.; Vilches Fraile, S.; González Arranz, M.J. - *Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.*

Anamnesis: Niño de 11 años, nacido en España y adoptado, con antecedentes de enuresis e incontinencia urinaria. No ha viajado a zonas endémicas ni presenta exposición conocida a suelos contaminados. En el entorno

familiar, una de sus madres padece artritis reumatoide en tratamiento inmunosupresor con rituximab y, en un cribado reciente, muestra serología positiva para Schistosoma y PCR positiva para *Strongyloides stercoralis*. El resto de convivientes presenta únicamente PCR positiva para *Strongyloides stercoralis* en heces. La familia refiere un viaje a Mali hace 13 años, durante más de un mes, con motivo de la adopción del hijo mayor, sin estudios parasitológicos previos hasta 2026. **Exploración clínica:** A la exploración presenta buen estado general con constantes normales. Abdomen blando, no doloroso a la palpación. No lesiones cutáneas ni signos de larva currens. Exploración neurológica y respiratoria sin hallazgos. No visceromegalias. Resto de la exploración sin alteraciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Analítica sanguínea sin eosinofilia. En el contexto familiar, se realiza cribado objetivándose PCR positiva para *Strongyloides stercoralis* en heces, confirmando la infección. No se identifican otros parásitos. Se inicia tratamiento con ivermectina según pauta estándar, con buena tolerancia. Se programa control parasitológico y seguimiento clínico. **Conclusiones:** La persistencia crónica de *Strongyloides stercoralis* y su capacidad de autoinfección pueden originar situaciones excepcionales de transmisión intrafamiliar, incluso más de una década después de la exposición inicial. La identificación de infección en convivientes inmunodeprimidos obliga a un abordaje precoz para prevenir el síndrome de hiperinfección, una complicación de elevada morbimortalidad. Estos hallazgos destacan la relevancia del cribado parasitológico en familias con antecedentes de exposición en zonas endémicas y la importancia de considerar esta parasitosis en el diagnóstico diferencial pediátrico.

PD-056 — GLOBALIZACIÓN EN LA CONSULTA: CUANDO LA TUBERCULOSIS SE DISFRAZA DE LINFOMA

Pina Rodríguez, M.[1]; Urios Pastor, G.[2]; Oltra Benavent, M.[1]; Lozano Albert, C.[1]; González Fasanella, F.A.[1]; Villoldo Sánchez, P.[1]; Ramia Guillén, B.[1]; González Redondo, C.[1]; Jiménez Pérez, A.B.[1]; Royo Torrijos, C.[1]. - [1]*Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España;* [2]*Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, España.*

Anamnesis: Se presenta el caso de un escolar de 10 años, originario de Colombia y residente en España desde hacía tres años, que consultó por la aparición de dos adenopatías supraclaviculares derechas de dos semanas de evolución. No presentaba fiebre ni síntomas constitucionales. Tenía calendario vacunal actualizado, incluida la vacunación frente a la tuberculosis en su país de origen. Ante la sospecha inicial de un proceso infeccioso inespecífico recibió tratamiento empírico con azitromicina, sin mejoría clínica. **Exploración clínica:** La exploración física inicial evidenció dos adenopatías supraclaviculares derechas. En la reevaluación posterior apareció una nueva adenopatía, motivo por el que fue derivado a Urgencias para ampliar el estudio. No se objetivaron otros hallazgos relevantes. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Procedimientos diagnósticos El estudio inicial incluyó analítica sanguínea con reactantes de fase aguda y serologías, sin alteraciones significativas. La ecografía confirmó la presencia de adenopatías y la radiografía de tórax mostró discreto ensanchamiento mediastínico. Ante la sospecha de un síndrome linfoproliferativo, el paciente ingresó para completar el estudio. Se realizó biopsia ganglionar y prueba de Mantoux. Posteriormente, tanto el Mantoux como el Quantiferón resultaron positivos y la biopsia identificó *Mycobacterium tuberculosis complex*. El TAC mostró adenopatías laterocervicales bilaterales, predominio derecho, y conglomerados adenopáticos paratraqueales, retrocavos, precarinales y prevasculares-retroesternales, algunas con calcificaciones periféricas y centros hipodensos compatibles con necrosis. Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de linfadenitis tuberculosa. **Procedimientos terapéuticos:** Tras confirmarse el diagnóstico se instauró tratamiento antituberculoso específico con cuádruple terapia y seguimiento por Infectología Pediátrica. **Conclusiones:** Este caso resalta la importancia de mantener un índice de sospecha ante adenopatías en niños procedentes de áreas endémicas. La tuberculosis extrapulmonar puede simular procesos oncohematológicos y manifestarse años después de la migración. La valoración epidemiológica y el cribado del niño inmigrante favorecen el diagnóstico precoz, optimizan el manejo clínico y reducen el impacto en salud pública.

PD-057 — DORSALGIA PERSISTENTE EN UN ADOLESCENTE: LA IMPORTANCIA DE RECONOCER LOS SIGNOS DE ALARMA

Bulnes Rodríguez, I.; García de Oteyza, M.; Amorós Villaverde, S.; Rubio Atienza, E. - *Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España.*

Anamnesis: Adolescente de 15 años que acudió a Urgencias por dorsalgia de un mes de evolución, iniciada tras realizar una ruta de senderismo de 15 km, sin antecedente traumático. Refería empeoramiento del dolor al final del día y tras periodos prolongados de bipedestación. Asociaba astenia y pérdida ponderal de 7 kg en el último mes, sin fiebre, sudoración nocturna ni otra sintomatología. **Exploración clínica:** Presentaba dolor a la palpación de las apófisis espinosas T8-T9 y de la musculatura paravertebral adyacente, sin alteraciones neurológicas ni otros hallazgos relevantes. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica no mostró alteraciones, con reactantes de fase aguda y LDH normal. La radiografía de columna dorsal no mostró alteraciones. Sin embargo, dada la persistencia del dolor pese a analgesia y la presencia de signos de alarma (astenia y pérdida de peso), se realizó una resonancia magnética, que evidenció espondilodiscitis y osteomielitis en T8-T9, con microabsceso y fractura-aplastamiento del cuerpo vertebral de T9. El estudio microbiológico (hemocultivo, urocultivo, exudado nasal, serologías para *Brucella, Coxiella, Bartonella*, parotiditis, sarampión y rubéola, y Quantiferon) fue negativo. Se inició antibioterapia intravenosa con cefazolina, con cambio a tratamiento oral tras 10 días, completando seis semanas de tratamiento. No precisó cirugía y presentó evolución clínica favorable, con resolución completa del dolor. **Conclusiones:** Aunque la dorsalgia en la adolescencia suele ser de origen benigno y musculoesquelético, la presencia de signos de alarma como la persistencia del dolor, la pérdida de peso o la afectación del estado general debe motivar la ampliación del estudio. La resonancia magnética constituye la prueba de elección para el diagnóstico precoz de la espondilodiscitis y sus complicaciones, incluso cuando la radiografía y los parámetros analíticos son normales. Un alto índice de sospecha permite instaurar un tratamiento precoz y evitar secuelas potencialmente graves.

PD-058 — PARÁLISIS FACIAL, MÁS ALLÁ DE LA PARÁLISIS DE BELL

Gómez Ocaña, M.; Maciá Alarcón, L.; Iglesias Arias, M.; Liñares Couselo, C.; Fernández Cebrián, S.A. - *Complexo Hospitalario de Ourense, España.*

Anamnesis: Escolar de 7 años que acude a consulta por desviación de la comisura bucal de reciente aparición (había sido valorada el día anterior por faringoamigdalitis sin objetivar dicha desviación). Ante sospecha de parálisis facial periférica se decide instaurar tratamiento corticoideo. Dos días después consultó por cefalea holocraneal opresiva y dolor en miembro inferior derecho que despierta por la noche. Por este motivo, se solicita analítica sanguínea con serologías, virus respiratorios, así como radiografía de rodilla y se realiza derivación al Servicio de Urgencias del hospital de referencia para ingreso y ampliación del estudio. Como antecedentes destacaban un eritema pruriginoso retroauricular derecho 15 días antes y exposición familiar a garrapatas en región rural. **Exploración clínica:** Presentaba parálisis facial periférica derecha completa, con imposibilidad para la oclusión ocular, borramiento de arrugas frontales y desviación de la comisura bucal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica mostró leucocitosis con leve neutrofilia y reactantes de fase aguda negativos. El LCR evidenció pleocitosis mononuclear e hiperproteinorraquia, con cultivos y estudio de meningoencefalitis negativos. En la serología existía inmunidad antigua frente a *Borrelia burgdorferi* y el inmunoblot fue positivo, sin objetivarse en LCR. La RM cerebral y medular no mostró alteraciones. **Conclusiones:** La neuroborreliosis de Lyme es una entidad poco frecuente en la infancia y su diagnóstico puede ser difícil por la variabilidad de sus manifestaciones clínicas. Debe sospecharse ante una parálisis facial periférica asociada a síntomas neurológicos o sistémicos, especialmente en áreas endémicas y rurales. En nuestro caso, la clínica, las pruebas complementarias y el contexto epidemiológico permitieron iniciar tratamiento con doxiciclina y corticoides, con mejoría progresiva tanto de la parálisis facial como del resto de síntomas que repercutían en la calidad de vida de nuestra paciente. Este caso pone de manifiesto la

importancia de una adecuada valoración clínica desde Atención Primaria para orientar el diagnóstico y favorecer un tratamiento precoz.

PD-059 — TRATAMIENTO INTRAVENOSO PROLONGADO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE UN ABSCESO CEREBRAL PEDIÁTRICO: UN MODELO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Tavira Palacín, A.; Guarch, B.; Laare El Morabit, N.; Ortega, C.; Ahmed, A. - *Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona, España.*

Conclusiones: El tratamiento de infecciones graves pediátricas suele requerir antibioterapia intravenosa prolongada, condicionando ingresos hospitalarios de larga duración. La coordinación entre el ámbito hospitalario y Atención Primaria puede facilitar la continuidad asistencial y reducir la estancia hospitalaria. Niño con cardiopatía congénita cianótica compleja que consultó por fiebre, cefalea, vómitos y rigidez nucal. El estudio inicial mostró pleocitosis en líquido cefalorraquídeo con cultivos negativos. Tras una mejoría inicial, presentó reaparición de la sintomatología, realizándose neuroimagen que objetivó un absceso cerebral temporal izquierdo de 25 × 22 × 22 mm asociado a ventriculitis. Recibió tratamiento intravenoso con cefotaxima, cloxacilina y metronidazol. Ante empeoramiento clínico-radiológico precisó drenaje neuroquirúrgico, identificándose *Streptococcus spp.* mediante reacción en cadena de la polimerasa multiplex del material purulento. Tras estabilización clínica y reducción del tamaño de la lesión, fue dado de alta para completar tratamiento con ceftriaxona intravenosa diaria administrada en el Centro de Atención Primaria, bajo seguimiento compartido entre Pediatría hospitalaria, Infectología Pediátrica y Atención Primaria. Completó nueve semanas de ceftriaxona intravenosa ambulatoria. Durante el seguimiento se detectaron neutropenia y elevación de transaminasas, que motivaron cambio temporal a levofloxacino oral. El tratamiento se suspendió tras diez semanas de antibioterapia por ausencia de clínica y mejoría radiológica significativa. La administración de antibioterapia intravenosa prolongada en Atención Primaria, mediante coordinación estrecha con el hospital, permitió completar de forma segura el tratamiento de una infección potencialmente mortal, reduciendo la estancia hospitalaria y favoreciendo la continuidad asistencial. La monitorización compartida facilitó además la detección precoz y el manejo de efectos adversos relacionados con el tratamiento.

PD-060 — CUANDO UNA CERVICALGIA ESCONDE ALGO MÁS

Montejo Marcos, B.; Escobar Hernaiz, B.; Sus Usero, J.; Balbuena Mejías, Y.; Santos Ortega, A.; Molano Acosta, M.; Rodríguez Morán, C.; Estefan Andrés, M.F.; Domínguez Sevillano, B.; Polo de Dios, M. - *Hospital Universitario de Salamanca, España.*

Anamnesis: Niño de 8 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a Urgencias por cervicalgia de 48 horas de evolución asociada a fiebre en las últimas 24 horas. Negaba odinofagia, otalgia u otra sintomatología acompañante. En la primera valoración se objetivaron adenopatías submandibulares izquierdas dolorosas, interpretándose inicialmente como adenitis cervical, por lo que fue dado de alta con tratamiento antiinflamatorio. **Exploración clínica:** A las 24 horas fue reevaluado por empeoramiento clínico, con decaimiento marcado y persistencia de la cervicalgia. Presentaba postura antiálgica con lateralización de la cabeza hacia la derecha. Se palpaban adenopatías submandibulares izquierdas de aproximadamente 1,5 cm, blandas, móviles y dolorosas. La movilidad cervical estaba limitada por el dolor. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La ecografía cervical mostró adenopatías laterocervicales de aspecto reactivo. La analítica sanguínea reveló leucocitosis de 19.000/µL con neutrofilia de 15.000/µL y proteína C reactiva de 18 mg/dL, con procalcitonina negativa. El test rápido de detección de estreptococo y la serología heterófila (Monosticon®) resultaron negativos. Ante la discordancia entre la clínica y los hallazgos ecográficos se realizó tomografía computarizada cervical, que evidenció un absceso parafaríngeo/carotídeo izquierdo con componente flemonoso asociado y colección paravertebral que se extendía hasta C6, condicionando compresión de la vena yugular interna y de la arteria carótida izquierdas. Tras valoración por Otorrinolaringología se indicó drenaje quirúrgico y antibioterapia intravenosa con amoxicilina-clavulánico. La evolución fue favorable, con resolución de la fiebre y recuperación progresiva de la movilidad cervical, siendo dado de alta al séptimo día. **Conclusiones:** Las infecciones profundas del cuello deben considerarse ante cualquier cervicalgia febril con tortícolis o mala evolución clínica. La persistencia de síntomas pese a hallazgos ecográficos inespecíficos obliga a ampliar el estudio de imagen. El diagnóstico precoz resulta fundamental para prevenir complicaciones potencialmente graves derivadas de la extensión locorregional y el compromiso vascular.

PÓSTER CON DEFENSA 10 – PANTALLA 3

PD-061 — ANISAKIASIS GÁSTRICA EN UN ADOLESCENTE TRAS INGESTA DE CEVICHE: IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Tavira Palacín, A.; Sáez Pérez, P.J.; Ahmed, A.; Ortega, C.; Laare El Morabit, N. - *Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona, España.*

Anamnesis: Varón de 13 años remitido desde Atención Primaria por dolor abdominal cólico persistente de ocho días de evolución tras la ingesta de ceviche elaborado con merluza fresca. Una hora después de la comida, todos los convivientes presentaron vómitos y diarrea autolimitados; sin embargo, el paciente mantuvo dolor abdominal diario de predominio epigástrico, anorexia y limitación de la actividad habitual. **Exploración clínica:** La exploración física mostró dolor a la palpación abdominal sin signos de peritonismo. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica mostró eosinofilia del 10 % (730 eosinófilos/µL). Dada la anamnesis compatible con anisakiasis, se derivó al hospital de referencia, donde se realizó una endoscopia digestiva alta urgente. En el procedimiento se observaron múltiples larvas compatibles con Anisakis, procediéndose a la extracción de seis ejemplares. El estudio anatomopatológico confirmó la presencia de estructuras larvarias e infiltrado eosinofílico focal, hallazgos compatibles con anisakiasis. Se instauró tratamiento con albendazol y omeprazol, con resolución progresiva de la sintomatología. **Conclusiones:** La anisakiasis es una parasitosis emergente relacionada con el aumento del consumo de pescado crudo o insuficientemente cocinado. La afectación gastrointestinal es infrecuente en Pediatría y puede confundirse con otros procesos digestivos. La anisakiasis debe sospecharse ante dolor abdominal persistente tras la ingesta de pescado crudo o poco cocinado, especialmente cuando la evolución difiere de la observada en otros comensales. El diagnóstico parasitológico en heces no suele ser útil. La endoscopia constituye la prueba de referencia al permitir la visualización y extracción del parásito, aunque debe reservarse para pacientes con alta sospecha clínica y síntomas persistentes. La anamnesis alimentaria detallada resulta fundamental en Atención Primaria. La persistencia de dolor abdominal asociada a eosinofilia y antecedente de consumo de pescado crudo debe hacer considerar anisakiasis y valorar derivación para la realización de una endoscopia diagnóstico-terapéutica.

PD-062 — MÁS ALLÁ DE LA NEUMONÍA: RIME GRAVE ASOCIADO A *MYCOPLASMA PNEUMONIAE* CON RESPUESTA FAVORABLE A ETANERCEPT

Montalbán Montalbán, B.; Galván Gómez, S.; De Lázaro Ramírez, I.; Rodríguez Torrubia, M.J. - *Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España.*

Anamnesis: Escolar de 8 años, sin antecedentes personales relevantes ni ingesta reciente de fármacos. Acude por fiebre de 4 días de evolución, tos y lesiones dolorosas en la mucosa oral que condicionan imposibilidad para la ingesta oral. Había recibido azitromicina oral durante 3 días sin mejoría. Asocia hiperemia conjuntival bilateral y molestias urinarias **Exploración clínica:** Presenta lesiones fibrinosas en lengua y mucosa yugal, labios y lengua friables, gingivoestomatitis intensa y limitación para la apertura bucal. Se observa conjuntivitis seropurulenta bilateral y erosiones en pene con secreción seropurulenta. La afectación mucosa ocasiona dolor intenso e imposibilidad para la alimentación oral. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica muestra elevación de reactantes de fase aguda. La radiografía de tórax evidencia infiltrado perihiliar bilateral y la tira reactiva de orina resulta negativa. La PCR en

exudado de mucosa oral es positiva para *Mycoplasma pneumoniae*, mientras que los exudados conjuntival y peneano son negativos. La serología presenta IgM positiva para *M. pneumoniae*. Durante el ingreso se administra rehidratación intravenosa y nutrición enteral mediante sonda nasogástrica. Recibe tratamiento con amoxicilina-clavulánico y corticoterapia intravenosa, azitromicina, aciclovir y fluconazol orales, miconazol tópico y colirio de tobramicina-dexametasona. Ante la persistencia de la afectación mucosa y la imposibilidad de alimentación oral, se administran dos dosis de etanercept subcutáneo en los días 7 y 12 de ingreso. **Conclusiones:** El RIME asociado a *Mycoplasma pneumoniae* debe considerarse ante cuadros de mucositis extensa con pródromos respiratorios y ausencia de exposición farmacológica reciente. El diagnóstico precoz permite instaurar tratamiento dirigido y medidas de soporte. En casos graves o refractarios, terapias inmunomoduladoras como etanercept pueden favorecer la recuperación clínica, mejorar la ingesta oral y prevenir secuelas.

PD-063 — FASCITIS NECROTIZANTE POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO A EN UNA LACTANTE: IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA PRECOZ EN ATENCIÓN PRIMARIA

Maco Vásquez, O.K.[1]; Vigara Calderón, R.[2]; Baeza Monedero, V.[2]; Barriga García, A.[1]. - [1]*CS Ensanche de Vallecas, Madrid, España;* [2]*CS Villablanca, Madrid, España.*

Anamnesis: La fascitis necrotizante (FN) es una infección de partes blandas rara y potencialmente mortal que afecta a la fascia y al tejido celular subcutáneo, con rápida progresión. En pediatría es excepcional, con una incidencia estimada de 0,08-0,13 por 100.000 niños al año (frente a ≈0,4 en adultos) y una letalidad en torno al 10 % (25-75 % en adultos). El estreptococo del grupo A (SGA, *Streptococcus pyogenes*) es uno de sus principales agentes. Presentamos una lactante de 10 meses, previamente sana, que consultó en su centro de salud por una lesión eritematosa en el dorso de la mano derecha de pocas horas de evolución, pautándose cefadroxilo y prednisolona por vía oral. Cinco días antes había presentado una laringitis aguda. No refería traumatismo ni picaduras. **Exploración clínica:** A las pocas horas acudió a Urgencias por extensión de la lesión, decaimiento y fiebre de 38,5 °C. Presentaba una placa de celulitis extensa en el dorso de la mano derecha, con edema y tensión cutánea, y nuevas placas en la mano izquierda y la nalga derecha. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica mostró elevación de proteína C reactiva, anemia, plaquetopenia y coagulopatía. La ecografía de partes blandas confirmó celulitis, fascitis y miositis. Ante la rápida progresión se trasladó a un centro terciario, donde se realizó fasciotomía urgente de ambos miembros superiores, con ingreso en cuidados intensivos, soporte vasoactivo y ventilación mecánica. Se aisló SGA en hemocultivo y tejido quirúrgico. Recibió antibioterapia intravenosa, con evolución favorable. **Conclusiones:** La FN es excepcional en lactantes y puede iniciarse como una celulitis banal tras una infección por SGA. A diferencia de otras series, debutó sin puerta de entrada cutánea evidente. El pediatra de Atención Primaria debe reconocer los signos de alarma —dolor desproporcionado, progresión rápida y afectación sistémica— y derivar precozmente, pues el pronóstico depende del desbridamiento quirúrgico temprano.

PD-064 — ADENOPATÍAS CERVICALES COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TUBERCULOSIS

Copado Mozos, C.M.; Salazar García, M.D.C.; Pareja Grande, J.; Díaz García, L.; Martín Sobrino, C.; Carbonnier Pérez, B.; García García, R.M. - *Hospital General Universitario de Ciudad Real, España.*

Anamnesis: Se presenta un caso de un niño de 11 años con adenopatías cervicales de dos años de evolución, buen estado general, afebril y sin pérdida ponderal. Como antecedentes a destacar, está correctamente vacunado, sus padres son de origen marroquí y viajaban a dicho país, habiendo ingerido Kéfir con leche sin pasteurizar en su último viaje. **Exploración clínica:** A la exploración presenta tres adenopatías cervicales anterolaterales derechas de 2 x 3 cm, dolorosas, induradas y móviles. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En la analítica presenta 4500/mcl leucocitos, 1200/mcl segmentados y 2800/mcl linfocitos, hemoglobina 11.6 g/dl, VCM 79.4 fl, plaquetas 199000/mcl con bioquímica incluyendo proteína C reactiva, inmunoglobulinas e inmunofenotipo normales. Se realiza serología de Virus Epstein-Barr, Citomegaluvirus, Toxoplasma, VIH, Bartonella e Histoplasmosis que son negativas. Se realiza una radiografía de tórax que resulta normal, una ecografía y TAC cervical observándose múltiples adenopatías calcificadas derechas crónicas. Se solicita Mantoux y Quantiferon que resultan positivos y se lleva a cabo una PAAF de una adenopatía siendo la citología compatible con linfadenitis granulomatosa necrotizante. Con todo ello, se diagnostica de tuberculosis ganglionar y se inicia tratamiento con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol durante 2 meses, debiendo continuar con isoiniazida y rifampicina durante 2 meses más. A las tres semanas de inicio del tratamiento, presenta un aumento del tamaño de las adenopatías y dolor, repitiéndose la analítica con resultados normales, el TAC y ecografía con resultados similares a los previos y PCR de esputo para *Mycobacterium tuberculosis* complex aislándose Mycobacterium tuberculosis. Ante sospecha de reacción paradójica al tratamiento, se añaden al tratamiento corticoides durante 6 semanas con buena evolución. **Conclusiones:** La tuberculosis es una enfermedad infecciosa muy importante a nivel mundial, ya que su incidencia y prevalencia ha aumentado en los últimos años. Las formas extrapulmonares son más frecuentes en niños, siendo la ganglionar la forma de presentación más común.

PD-065 — EDEMA HEMORRÁGICO AGUDO DEL LACTANTE ASOCIADO A RINOVIRUS-ENTEROVIRUS

De Lázaro Ramírez, I.; Fernández Serrano, M.D.C.; Montalbán Montalbán, B. - *Hospital Clínico San Cecilio de Granada, España.*

Anamnesis: Lactante de 9 meses previamente sano que consulta por aparición brusca de lesiones purpúricas y equimóticas en extremidades de 24 horas de evolución, asociadas a edema en ambos pies. No presentaba fiebre ni clínica catarral o infecciosa relevante. Entre los antecedentes familiares destacaba madre con enfermedad celíaca. Ante la presencia de exantema petequial y lesiones hemorrágicas se decidió ingreso para estudio etiológico y monitorización clínica. **Exploración clínica:** A su ingreso presentaba buen estado general, adecuada hidratación y perfusión, sin afectación hemodinámica. Se objetivó exantema micropetequial con múltiples lesiones equimóticas violáceas localizadas en miembros superiores e inferiores, junto con edema distal en pies. La exploración cardiopulmonar fue normal, con adecuada ventilación y ausencia de signos de dificultad respiratoria. El abdomen era blando y depresible, sin masas ni visceromegalias. Se observó hiperemia faríngea leve, con resto de exploración otorrinolaringológica y neurológica sin hallazgos patológicos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó estudio analítico completo que mostró leucocitosis con neutrofilia (19.100 leucocitos/µL) y trombocitosis (407.000 plaquetas/µL), con coagulación normal salvo elevación discreta del dímero D (3,28). Bioquímica, sistemático de orina y reactantes de fase aguda sin alteraciones significativas. Se extrajeron hemocultivos, que permanecieron negativos. Las serologías resultaron negativas y el estudio microbiológico detectó rinovirus-enterovirus en aspirado nasofaríngeo. Durante el ingreso recibió antibioterapia intravenosa empírica con cefotaxima hasta descartar infección bacteriana invasiva. **Conclusiones:** La evolución clínica fue favorable, permaneciendo afebril y sin aparición de nuevas lesiones ni afectación sistémica. El cuadro fue compatible con edema hemorrágico agudo del lactante, vasculitis leucocitoclástica benigna e infrecuente, probablemente desencadenada por infección por rinovirus-enterovirus. Se otorgó el alta sin tratamiento específico, con seguimiento por Pediatría de Atención Primaria y recomendaciones de vigilancia domiciliaria.

PD-066 — DOCTORA, MI HIJO NO MEJORA. DE INFECCIÓN DE QUISTE TIROGLOSO A ANGINA DE LUDWING

Sánchez Miranda, M.D.[1]; Ballano Pérez, C.[1]; Núñez López, S.[1]; González Caballero, O.[1]; Descalzo Casado, A.[1]; Domínguez García, A.[1]; Trinidad Acedo, M.[1]; Rayego Sánchez, E.D.L.Á.[1]; López Rodríguez, A.[1]; De Peralta Alonso, M.G.[2]. - [1]*Hospital Materno Infantil de Badajoz, España.;* [2]*CS Mérida Urbano II, Mérida, Badajoz, España.*

Anamnesis: Varón de 10 años, sin antecedentes de interés, consulta por odinofagia con disminución del apetito, voz gangosa y fiebre de horas de evolución. Inicia tratamiento con Amoxicilina-clavulánico con escasa mejoría. **Exploración clínica:** A la exploración: tumoración submandibular en línea media, dura, dolorosa y con limitación para la apertura bucal, por lo que se deriva a Urgencias. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica con elevación de reactantes de fase aguda y ecografía cervical compatible con quiste del conducto tirogloso. Ingresa con diagnóstico de infección de dicha estructura, iniciando antibioterapia intravenosa y corticoides, con mejoría clínica. Diez días después reconsulta por empeoramiento, con aumento de la tumefacción, dolor y dificultad para la ingesta. Nuevas pruebas muestran leucocitosis y colección submandibular, realizándose drenaje con salida de material purulento e iniciando amoxicilina-clauvlánico y corticoterapia intravenosa. Tras veinticuatro horas: empastamiento cervical submentoniano y afectación del suelo de la boca. La tomografía confirma colección abscesificada con compresión parcial de vía aérea. Se añade clindamicina y se deriva a centro de referencia. Ante sospecha de Angina de Ludwig se realiza drenaje quirúrgico mediante cervicotomía con colocación de drenaje. Ingresa en cuidados intensivos, evolucionando favorablemente. Alta a los seis días, permaneciendo asintomático en revisión. **Conclusiones:** - La angina de Ludwing es una celulitis del suelo de la boca, con diagnóstico clínico. - Será clave diagnóstico y tratamiento precoz para evitar complicaciones dada la rápida progresión de la enfermedad. - El mayor riesgo es el compromiso de la vía aérea.

PD-067 — CUANDO EL VIAJE CONTINÚA BAJO LA PIEL: LESIÓN SERPIGINOSA TRAS ESTANCIA EN PAÍS TROPICAL

García García, R.M.; Carbonnier Pérez, B.; Salazar García, M.D.C.; Fresneda Machado, C.; Copado Mozos, C.M.; Díaz García, L.; García Cabezas, M.Á.; Morales Cámara, I.; González Albalate, A.; Ordóñez Caballero, M.D.L.C. - *Hospital General Universitario Ciudad Real, España.*

Anamnesis: Lactante mujer de 12 meses que es traída a Urgencias por presentar lesión cutánea serpiginosa y que impresiona de pruriginosa en región lumbar inferior, que comenzó siendo una pápula pero que ha ido aumentando progresivamente de longitud en los últimos 5 días. Afebril. No otra sintomatología asociada. La madre, de origen colombiano, refiere que hasta hace 3 días han estado de vacaciones en Colombia visitando a familiares y amigos durante 1 mes, y que han ido a diferentes playas del país durante su estancia. **Exploración clínica:** Buen estado general. No signos de dificultad respiratoria. Lesión eritematosa lineal y sobreelevada de trayecto serpiginoso e irregular, de unos 4 cm de longitud, sin aumento de la temperatura local, en región lumbar inferior. No petequias. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. Otoscopia bilateral y orofaringe normales. No signos meníngeos ni de focalidad neurológica. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Dada la sospecha de larva migrans cutánea tras la anamnesis y exploración física, cuyo diagnóstico es clínico, no fueron necesarias pruebas complementarias. - Albendazol oral 15 mg/kg/dosis una vez al día durante 3 días (dosis máxima: 400 mg). - Uso de calzado, ropa, toallas... para evitar contacto directo con suelos arenosos o potencialmente contaminados en zonas tropicales o subtropicales. **Conclusiones:** - Los viajes internacionales están aumentando, y con ellos las enfermedades exóticas importadas, siendo fundamentales las medidas preventivas adecuadas. - La larva migrans cutánea es una parasitosis endémica en climas cálidos y húmedos tropicales, producida fundamentalmente por el *Ancylostoma Braziliense*, que contacta con la piel, la penetra y labra un trayecto intraepidérmico generando lesiones cutáneas serpiginosas y pruriginosas. - Su diagnóstico es clínico, siendo fundamental preguntar por viajes a zonas endémicas. - Es autolimitada, ya que la larva muere y desaparece en 1-6 meses, pero el prurito y la sensación desagradable que genera obliga a pautar tratamiento.

PD-068 — SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT EN PEDIATRÍA: CUANDO LA OTALGIA ANUNCIA UNA PARÁLISIS FACIAL

Brizuela Delgado, J.; Jarauta Sánchez, I.; Alquézar Yus, P.; Ibáñez Rubio, S.; García De La Cruz, M.; Altuzarra Foncea, Y.; Puig Ortega, I.; Ortega Asensio, M.; Antolín Villaverde, R.; Pasamón García, S. - *Hospital Universitario San Pedro, Logroño, La Rioja, España.*

Anamnesis: Paciente de 12 años, sin antecedentes de interés, que consultó por incapacidad para el cierre completo del ojo izquierdo y asimetría facial de una hora de evolución. Asociaba inflamación dolorosa del pabellón auricular izquierdo con lesiones vesiculares de 3 días de evolución, sin lesiones cutáneas en otras localizaciones, fiebre ni otra sintomatología acompañante. **Exploración clínica:** En la exploración presentaba edema y eritema del pabellón auricular, con múltiples lesiones vesiculares, sin costras ni signos de sobreinfección. No se identificaron lesiones herpéticas en otras localizaciones. En la exploración neurológica destacaban la incapacidad para el cierre palpebral completo izquierdo y la desviación de la comisura bucal hacia el lado contralateral, hallazgos compatibles con parálisis facial periférica izquierda grado II de House-Brackmann. El resto de la exploración fue normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se estableció el diagnóstico clínico de síndrome de Ramsay-Hunt, iniciándose tratamiento con prednisona oral 60mg cada 24 horas y aciclovir 800mg cada 8 horas. A las 48 horas, las lesiones presentaban un aspecto costroso y se observó mejoría de la parálisis facial, con cierre palpebral completo y persistencia de leve asimetría de la comisura bucal con la sonrisa. Se mantuvo el aciclovir durante 10 días y se inició pauta descendente de corticoterapia tras 5 días. **Conclusiones:** El síndrome de Ramsay-Hunt es una causa infrecuente de parálisis facial periférica aguda en pediatría, representando aproximadamente el 2-10 % de los casos. Se produce por la reactivación del virus varicela-zóster latente en el ganglio geniculado del nervio facial y se caracteriza por parálisis facial periférica aguda asociada a erupción vesicular auricular, con posible afectación cocleovestibular u ocular. La parálisis facial puede preceder a la aparición de las lesiones vesiculares. El diagnóstico es clínico y el tratamiento combina corticoterapia sistémica a dosis altas y antivirales, idealmente en las primeras 72 horas. Dado su pronóstico funcional variable, es esencial realizar un seguimiento clínico estrecho.

PD-069 — CUANDO EL HERPES ZÓSTER LLEGA A URGENCIAS PEDIÁTRICAS: ¿TRATAMOS O NO TRATAMOS?

Navarro Aragón, M.D.L.Á.; Cidoncha Fuertes, M.D.L.N.; Silva García, T.M.; Bocanegra Ruiz, M.; Álvarez López, C. - *Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.*

Anamnesis: Niña de 9 años sana, que consulta por lesión cutánea dolorosa en región inguinal izquierda de 48 horas de evolución, con progresión gradual de la extensión y sintomatología local. Afebril y sin otra sintomatología asociada. Como antecedente relevante, presentó varicela al mes de vida y posteriormente recibió dos dosis de vacuna frente al virus varicela-zóster **Exploración clínica:** Buen estado general, afebril. Destaca lesión eritematosa con vesículas agrupadas en racimo, que se extiende desde la región inguinal izquierda hasta la zona lumbar ipsilateral, siguiendo una distribución dermatómica unilateral. Sin signos de sobreinfección bacteriana. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** El diagnóstico de herpes zóster se estableció mediante criterios clínicos, basándose en la morfología de las lesiones y su distribución dermatómica. Dada la corta evolución, la extensión de las lesiones y el dolor asociado, se inició tratamiento oral con valaciclovir 500 mg cada 8 horas durante 7 días, asociado a antiséptico tópico y analgesia según necesidad. Se indicó seguimiento clínico ambulatorio. **Conclusiones:** El herpes zóster es infrecuente en niños inmunocompetentes, aunque la primoinfección por virus varicela-zóster en el primer año de vida se ha asociado a un mayor riesgo de reactivación precoz. Su evolución suele ser benigna, lo que genera incertidumbre en urgencias sobre la indicación de tratamiento antiviral. No obstante, este puede considerarse en casos de diagnóstico precoz, dolor significativo, afectación extensa o riesgo de complicaciones. En nuestro caso se optó por valaciclovir por su mayor biodisponibilidad oral y mejor adherencia respecto a aciclovir. Aunque en adultos se ha descrito beneficio en la reducción del dolor agudo, no hay evidencia en pediatría. Este caso resalta la importancia de incluir el herpes zóster en el diagnóstico diferencial de las erupciones vesiculosas en niños, incluso en pacientes vacunados y sin inmunodeficiencia conocida, así como la necesidad de estudios que definan el tratamiento antiviral en niños.

PD-070 — EL DIAGNÓSTICO QUE SE ESCONDE TRAS FIEBRE PROLONGADA

García Sánchez, M.; Blanco Rodríguez, P.; Martín Galán, E.; Cebrián Soria, P.; González Fernández, I.; Izquierdo García, I.; Ríos Crooke, C.; González González, M.M.; González Calderón, O.; de la Calle Cabrera, M.T. - *Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, España.*

Anamnesis: Niña de 3 años de origen marroquí que trasladan a nuestro hospital por fiebre de dos semanas de evolución, con empeoramiento progresivo del estado general. Realizado en hospital de origen estudio de fiebre prolongada, destacando elevación de parámetros infecciosos y masa en riñón derecho en ecografía, sugerente de quiste hidatídico o tumoración. **Exploración clínica:** En la exploración destaca palidez marcada de piel, sequedad labial y abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco derecho, sin palpar masas ni megalias. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se cambia antibioterapia a piperacilina-tazobactam. Se solicita tomografía axial comutarizada abdominal, en el que se observa masa organizada en hemiabdomen derecho compatible con absceso retroperitoneal con afectación del riñón ipsilateral; y serología para estudio de hidatidosis, con resultado negativo. Se realiza drenaje por radiología intervencionista, con mejoría clínica y desaparición de la fiebre y el dolor en 48 horas. Tras permanecer 10 días afebril y sin débito a través del drenaje se decide suspender antibioterapia, con reaparición de la fiebre y débito purulento 48 horas después. Se solicitan controles de imagen donde destaca aumento del tamaño del absceso, y estudios microbiológicos donde se aísla E. coli resistente a piperacilina-tazobactam, por lo que se inicia tratamiento con meropenem. En los sucesivos controles analíticos se aprecia disminución paulatina de los parámetros infecciosos, con ausencia de dolor abdominal y fiebre. La paciente es dada de alta tras 21 días de tratamiento antibiótico y presentar mejoría clínica y radiológica. Actualmente continúa seguimiento en consultas externas. **Conclusiones:** El absceso retroperitoneal es una entidad infrecuente, con clínica insidiosa e inespecífica que conlleva un retraso diagnóstico significativo. En nuestro medio, la resistencia a piperacilina-tazobactam es un fenómeno creciente, especialmente en infecciones con alto inóculo bacteriano como los abscesos, por lo que debe considerarse en casos donde no se observa mejoría pese a estar con el tratamiento adecuado.

PD-071 — "DEL INTESTINO A LA PIEL: UN CASO DE ERITEMA NOSODO TRAS SALMONELOSIS"

Ramos Gómez, P.; Momblán Medina, I.; Escalante Ocampo, P.; Jalal García, I.; Sanz Cano, M.; López Martínez, C.; Martín Bermejo, M. - *Hospital Universitario San Pedro de Álcantara, Cáceres, España.*

Anamnesis: Niño de 9 años, previamente sano, acude a consulta de atención primaria por diarrea y fiebre de cinco días de evolución. Se inicia tratamiento sintomático con rehidratación oral y se realiza estudio microbiológico (coprocultivo, antígenos virales y PCR para parásitos) que resulta negativo. A las dos semanas reconsulta por persistencia de deposiciones diarreicas, sin productos patológicos, aunque en resolución, y aparición de nódulos dolorosos en región pretibilial bilateral. Afebril, sin otra clínica asociada. **Exploración clínica:** Se aprecian lesiones nodulares eritemato-violáceas, dolorosas a la palpación en región pretibial bilateral, que blanqueana la digitopresión. No petequias ni otras lesiones a otros niveles. No edemas a nivel de articulaciones. Abdomen blando, no doloroso a la palpación. Resto de exploración por aparatos normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la persistencia clínica se realizó analítica sanguínea que mostró leucocitosis a expensas de neutrofilia, elevación de la proteína C reactiva y ferropenia. Resto normal. Además se realizó PCR para patógenos gastrointestinales, resultando positiva para *Salmonella spp.*, estableciéndose el diagnóstico de eritema nodoso secundario a salmonelosis. Se pauta Prednicarbato tópico durante una semana, con evolución favorable y completa resolución del cuadro a las dos semanas. **Conclusiones:** El eritema nodoso es la paniculitis más frecuente en la edad pediátrica, constituye una reacción inflamatoria del tejido celular subcutáneo mediada por mecanismos de hipersensibilidad. Se caracteriza por la aparición de nódulos subcutáneos dolorosos, habitualmente localizados en la cara anterior de los miembros inferiores. En la infancia predomina la etiología infecciosa, siendo el *Streptococcus pyogenes* la causa más habitual. La asociación con gastroenteritis por *Salmonella* representa una etiología menos frecuente. Ante su aparición asociada a diarrea persistente debe completarse el estudio etiológico, incluso cuando el coporcultivo inicial sea negativo. Ya que su reconocimiento resulta de interés para orientar el diagnóstico y el manejo clínico, evitando así pruebas complemenatrias innecesarias.

PD-072 — UNA RODILLA QUE SE SALE: RECONOCIMIENTO DEL *SNAPPING KNEE SYNDROME* EN PEDIATRÍA

Jiménez Algarra, I.[1]; Valdivielso Martínez, A.I.[2]; Sánchez Salgado, J.[1]; Carrasco Giménez, M.C.[2]; Guerrero Romero, A.B.[1]; Rueda Trigo, L.[1]; Ruiz Castillo, A.[1]; Pérez Trujillo, E.[1]; Ángeles Rodríguez, R.[1]; Molina Prado, A.[1]. - [1]*Hospital Regional Universitario Materno Infantil, Málaga, España;* [2]*CS Victoria, Málaga, España.*

Anamnesis: Presentamos dos casos correspondientes a dos lactantes de 6 y 7 meses de edad que consultan por episodios repetidos de subluxación en una rodilla, percibidos por los progenitores en la movilización espontánea de la extremidad y los cambios posturales. Los episodios son indoloros, no se asocian a traumatismo ni existe inflamación, limitación funcional ni rechazo a la movilización. Ninguno presenta antecedentes personales de interés. **Exploración clínica:** A la exploración de ambas rodillas no presentan deformidades, tumefacción o eritema. La movilidad activa y pasiva de ambas rodillas es completa y simétrica. Durante la flexoextensión de la rodilla derecha se reproduce episodio de subluxación acompañado de un chasquido audible en ocasiones, sin signos de inestabilidad ni dolor. La exploración del resto del miembro contralateral y la cadera son normales en los dos niños. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Con estos datos, se sospecha de trastorno tendinoso con subluxaciones espontáneas compatible con el diagnóstico de subluxación femorotibial voluntaria o *snapping knee syndrome*. **Conclusiones:** La subluxación femorotibial voluntaria es una entidad poco frecuente que suele presentarse en lactantes y niños pequeños, con episodios de chasquidos en una o ambas rodillas. Es una entidad benigna que puede resolverse de manera espontánea y sin secuelas en la mayoría de las ocasiones. Ante un chasquido de rodilla en Pediatría, la anamnesis dirigida y la exploración durante el movimiento desencadenante son esenciales. La ecografía dinámica puede confirmar el diagnóstico. El manejo es inicialmente conservador mediante reposo relativo y/o fisioterapia. Se debe realizar diagnóstico diferencial de patología que sí requiere tratamiento como la luxación congénita de rodilla o la patología meniscal. Deben derivarse a Medicina Física y Rehabilitación o Traumatología los casos persistentes, con dolor relevante, bloqueo o sospecha de lesión intraarticular. El reconocimiento de esta entidad por el pediatra de Atención Primaria evita exploraciones complementarias innecesarias y permite tranquilizar a la familia mediante seguimiento evolutivo.

PÓSTER CON DEFENSA 4 – PANTALLA 4

PD-073 — NO TODOS LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS SIN SIGNOS EXTERNOS SON BANALES: IMPORTANCIA DE LA OBSERVACIÓN CLÍNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Borrego Prado, M.; Rendón Montañés, P.; Aguilera Bellido, Á.; Barangua Gómez-Calero, P.; Becerra Fernández, I.; Lara García, M.; Velarde, T. - *Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.*

Anamnesis: El traumatismo craneoencefálico (TCE) es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría. Aunque la mayoría de los casos son banales, sigue siendo la segunda causa de mortalidad en niños mayores de un año en España. En lactantes, las caídas accidentales son el principal mecanismo y pueden ocultar lesiones críticas. Presentamos el caso de un lactante de 6 meses que acude a Atención Primaria tras caer de la cama, sin lesiones externas ni signos de alarma iniciales, salvo aumento del llanto inconsolable para sus padres, habituados a manejar su alta demanda. **Exploración clínica:** A su llegada presenta únicamente irritabilidad; tras descartar

otras lesiones, se administra analgesia y permanece en observación. Tras 40 minutos inicia bruscamente vómitos explosivos y somnolencia. Ante la aparición de signos de alarma, se contacta con Urgencias hospitalarias para su traslado inmediato. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Al ingreso presenta deterioro neurológico progresivo que requiere intubación orotraqueal. El TAC revela un hematoma epidural con sangrado activo y herniación subfalcina. Además, se detecta anemia aguda grave (Hb 4,7 g/dL) secundaria a la hemorragia intracraneal. El manejo incluyó suero salino hipertónico, ácido tranexámico, transfusión de hematíes y colocación de vía intraósea para traslado urgente a Neurocirugía. La coordinación entre Atención Primaria, Urgencias, UCI y Neurocirugía permitió una evacuación quirúrgica rápida y eficaz del hematoma. **Conclusiones:** Este caso subraya que una exploración física normal y la ausencia de lesiones externas no descartan una complicación vital en el lactante. La observación clínica rigurosa en Atención Primaria es fundamental para detectar precozmente los casos graves. La coordinación multidisciplinar y la celeridad del manejo inicial permitieron una recuperación completa sin secuelas neurológicas (Glasgow 15/15).

PD-074 — ÚLCERA PERIANAL EXTENSA EN UN NEONATO: LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Gómez Menduiña, J.[1]; Morales Moreno, A.J.[2]; Redondo Aparicio, S.[1]; Romero Hombrebueno Gómez del Pulgar, Y.[1]; Maté Real, A.[1]; Castanedo Ruiz, I.[1]; Fombellida De la fuente, C.[1]; Fernández Herrera, M.C.[1]; Galbán De Marcos, E.[1]; Fernández González, S.[1]. - [1]*Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España;* [2]*Centro Salud Parque Sol, Valladolid, España.*

Anamnesis: Lactante varón de 26 días de vida, sin antecedentes personales ni familiares de interés, valorado por eritema perianal inicialmente y ante sospecha de dermatitis de pañal fue manejado de forma ambulatoria mediante tratamiento tópico. Tras 48 horas de evolución presentó empeoramiento progresivo de la lesión, con ulceración y formación de tejido costroso, motivo por el que acudió a Urgencias. **Exploración clínica:** A la exploración destacaba una lesión ulcerada perianal extensa, con afectación de tejidos blandos adyacentes y aspecto necrótico, sin signos sistémicos de inestabilidad hemodinámica. Ante la gravedad del cuadro se planteó como principal diagnóstico diferencial una infección necrosante perineal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En primer lugar, se inició tratamiento desde atención primaria con antifúngicos, pasta al agua, polvos hidrocoloides y vaselina. Tras 48 horas, la zona muestra deterioro del aspecto costroso por lo que se deriva a urgencias. Se inició antibioterapia intravenosa empírica y valoración conjunta con Cirugía Pediátrica. Se realizó desbridamiento quirúrgico de la lesión y colostomía laparoscópica a cabos separados en la transición entre colon descendente y sigma, comprobándose la permeabilidad del canal anal. Una anamnesis ampliada permitió identificar la aplicación directa de Septomida sin diluir como antecedente relevante, orientando el cuadro hacia una quemadura química grave. La evolución clínica fue favorable, permitiendo la suspensión precoz de la antibioterapia y el manejo posterior mediante curas locales. El estudio inmunológico realizado resultó normal. Un mes después se efectuó el cierre de la colostomía sin incidencias, manteniendo adecuada ganancia ponderal y evolución satisfactoria. **Conclusiones:** Las lesiones ulcerosas perianales en neonatos requieren una evaluación rápida y un amplio diagnóstico diferencial. La anamnesis detallada puede ser determinante para identificar etiologías no infecciosas, como las quemaduras químicas. Este caso resalta la necesidad de investigar exposiciones tópicas domiciliarias y de reforzar la educación sanitaria sobre el uso seguro de productos antisépticos en lactantes.

PD-075 — CUANDO LA HISTORIA Y EL ASPECTO CLÍNICO NO SE CORRELACIONAN

Cuevas Espejo, C.[1]; Santos Ruiz, B.[1]; Gómez Luque, J.M.[2]. - [1]*Instituto Hispalense de Pediatría, Hospital Vithas la Salud, Granada, España;* [2]*Hospital Materno Infantil, Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves, Granada, España.*

Anamnesis: Mujer de 13 años que presenta caída desde su altura, golpeándose con espaldera del gimnasio, refiriendo dolor en borde clavicular izquierdo y en costado izquierdo, presentando vómito en una ocasión, decaimiento y palidez cutánea. **Exploración clínica:** Mediano estado general. Buena perfusión e hidratación. No signos meníngeos ni petequias. Auscultación cardiopulmonar normal, no distrés respiratorio ni soplo cardíaco. Abdomen doloroso en fosa renal izquierda y a la palpación superficial y profunda, sin masas ni megalias, con ruídos peristálticos presentes. Neurológicamente consciente, orientada, con decaimiento, respuestas lentas, Glasgow 15/15, pares craneales normales, buen tono muscular con sensibilidad adecuadas, sin síntomas cerebelosos. Locomotor: dolor a palpación distal de clavícula izquierda y a la extensión. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se canaliza vía venosa periférica y se administra suero fisiológico 10 mililitros/kilogramo (ml/kg) en una hora. Analítica al ingreso: leucocitosis con neutrofilia. Serie roja y plaquetaria normal, dímero D 1510 ng/ml, hiperglucemia 192mg/dl, función renal y hepática normal sin elevación de reactantes ni amilasa. Acidosis respiratoria. Radiografía de brazo izquierdo sin lesiones evidentes. Ecografía abdominal: gran cantidad de líquido libre en Morrison. TAC abdominal con contraste urgente: gran cantidad de líquido libre con imagen de lesión/rotura esplénica en tercio medio con sangrado activo a cavidad, sin lesiones asociadas en otros órganos ni fracturas. Se administra bolo de suero fisiológico de 20ml/kg en 15 minutos por taquicardia e hipotensión con acidosis metabólica moderada. Se traslada para embolización por cateterismo urgente. Mejoría clínica posterior sin reintervenciones. Íleo paralítico y elevación reactantes que mejora con corticoterapia endovenosa. Alta a los 10 días **Conclusiones:** El Triángulo de Evaluación Pediátrica ayuda a seguir indagando cuando la información de la entrevista clínica no se correlaciona con el estado clínico, motivando a profundizar en la historia para encontrar el motivo de la situación clínica.

PD-076 — MI HIJO RESPIRA MAL Y NO PARA DE VOMITAR

Molina Molina, M.D.C.[1]; Rubio Guzmán, J.[1]; González Fernández, A.M.[2]; Moriano León, S.[3]. - [1]*Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Oviedo, Asturias, España;* [2]*CS Collado Villalba. La Estación, Madrid, España;* [3]*CS Juan de Austria, Alcalá de Henares, Madrid, España.*

Anamnesis: Lactante de 12 meses que acude a urgencias por dificultad respiratoria de 1 semana de evolución, acompañado en los últimos 3 días de vómitos tras los accesos de tos y fiebre hasta 38ºC. Niegan conocimiento o sospecha de ingesta de cuerpo extraño. No ha presentado episodios de apnea. Episodios previos de dificultad respiratoria hace 2 meses tratado de forma ambulatoria con respuesta a salbutamol. **Exploración clínica:** Peso 9 kg Temperatura 38ºC Saturación 94 % FC 120 lpm TEP alterado afectación respiratoria. Buen estado general. bien hidratado, coloreado y perfundido. No exantemas ni petequias. FR 50 rpm leve tiraje subcostal. ACP: auscultación cardiaca normal, buena entrada de aire bilateral, sibilancias inspiratorias y espiratorias aisladas bilaterales. Abdomen no distendido, no doloroso a la palpación superficial y profunda, sin irritación peritoneal. ORl otoscopia y orofaringe normales. Neurológico: vital, reactivo, fontanela normotensa, tono y fuerza normal. Escala Wood-Downes: 6 puntos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Pasa a observación para monitorización, control de temperatura y tolerancia. Tras antitérmico baja la temperatura, mantiene saturaciones similares, tolerancia oral fallida, persistiendo el cuadro de vómitos. Se decide canalización venosa periférica, extracción de analítica y radiografía de tórax. Analítica anodina. En la radiografía de tórax se observa la imagen de imperdible abierto hacia arriba en esófago. Se procede al traslado del paciente al hospital de referencia para valoración urgente por Cirugía Pediátrica en donde proceden a la retirada del cuerpo extraño mediante esofagoscopia sin incidencias intraoperatorias. Permanece hospitalizado en observación durante 24 horas presentando evolución favorable con alta posterior a domicilio. **Conclusiones:** La ingesta de cuerpos extraños es común en lactantes, y complica el diagnóstico el que los niños más pequeños no sean capaces de describir los síntomas. Aunque el 80 % pasa a estómago y se elimina espontáneamente, objetos como pilas de botón, imanes o

elementos punzantes son emergencias. Pensar siempre en esta posibilidad en el diagnóstico diferencial.

PD-077 — EL PELIGRO SILENCIOSO DE LOS IMANES: HALLAZGO INCIDENTAL DE UNA LESIÓN INTESTINAL POTENCIALMENTE GRAVE

Sierra Águila, M.[1]; Carrasco Villanueva, M.J.[1]; Haupt Arabia, V.[1]; Bartolomé Porro, J.M.[1]; Diez Huerga, M.J.[2]; Nieto Arroyo, M.Á.[1]; García Saseta, P.[2]; Tejerina López, R.[2]; Villagómez, J.[3]; Izquierdo, E.[1]. - [1]*Hospital Río Carrión, Palencia, España;* [2]*Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España;* [3]*CS de Cuéllar, Segovia, España.*

Anamnesis: Niño de 3 años, sin antecedentes personales de interés, derivado para valoración tras el hallazgo incidental de material radiopaco abdominal en una radiografía de caderas realizada por cojera intermitente. La imagen sugería la presencia de un cuerpo extraño en tubo digestivo. La familia refirió una posible ingesta no presenciada de pequeñas bolas imantadas tres días antes de la prueba, así como otro posible episodio meses atrás. El paciente permanecía asintomático, sin dolor abdominal, vómitos, alteraciones del ritmo deposicional ni fiebre. Exploración clínica: La exploración física fue normal, destacando un abdomen blando, depresible y no doloroso. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Las radiografías seriadas evidenciaron persistencia de 11 imanes intraabdominales, con escasa progresión a nivel de íleon distal o válvula ileocecal. Se realizó ingreso para tratamiento conservador mediante enemas y polietilenglicol oral, sin conseguir su eliminación. Ante la persistencia radiológica, se indicó intervención quirúrgica. Durante la cirugía se localizaron 11 imanes en íleon distal, adheridos entre sí y atrapando mucosa intestinal entre ellos. Se realizó enterotomía con extracción completa de los imanes y cierre mediante plastia de Heineke-Mikulicz. La evolución postoperatoria fue favorable. **Conclusiones:** La ingesta de cuerpos extraños es un motivo frecuente de consulta en Pediatría. Sin embargo, la ingesta de imanes constituye una situación de especial riesgo debido a su capacidad para atraerse a través de distintas asas intestinales, provocando atrapamiento tisular, necrosis por presión, perforación, fístulas y obstrucción intestinal. Esta ingesta de múltiples imanes constituye una urgencia potencialmente grave, ya que puede ocasionar lesiones intestinales significativas incluso en ausencia de síntomas. La persistencia radiológica de los imanes, especialmente cuando no progresan en estudios seriados, debe alertar sobre la posibilidad de atrapamiento intestinal y justificar una actitud terapéutica precoz. Este caso pone de manifiesto la importancia de mantener un alto índice de sospecha y demuestra que un hallazgo incidental puede ser determinante para prevenir complicaciones potencialmente graves.

PD-078 — INTOXICACIÓN POR INGESTA ACCIDENTAL DE FLOR DE ADELFA *(NERIUM OLEANDER)*

Ángeles Rodríguez, R.; Ruiz Castillo, A.; Guerrero Romero, A.B.; Jiménez Algarra, I.; Rueda Trigo, L.; Molina Prado, A. - *Hospital Regional Universitario Materno-Infantil, Málaga, España.*

Anamnesis: Varón de 19 meses acude a consulta por ingesta de una flor de adelfa hace 45 minutos. Los progenitores refieren que mientras jugaba en el jardín arrancó una flor de un arbusto de adelfa (*Nerium oleander*). Estiman que llegó a masticar e ingerir parte de una flor antes de retirársela. Posteriormente presentó un episodio aislado de vómito sin otros síntomas acompañantes. **Exploración clínica:** Buen estado general, consciente, reactivo y normocoloreado. Constantes: T 36,7 °C; FC 96 lpm; FR: 24 rpm; Sat O_2 99 % aire ambiente; TA: 92/56 mmHg.Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin masas ni visceromegalias. Exploración neurológica normal para la edad. Resto de la exploración sin hallazgos de interés. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de intoxicación por glucósidos cardíacos de origen vegetal, se contacta con el Instituto Nacional de Toxicología, que recomienda monitorización electrocardiográfica y observación clínica durante al menos 6 horas debido al riesgo de aparición diferida de alteraciones del ritmo. Se realiza electrocardiograma de 12 derivaciones, sin alteraciones de la conducción ni trastornos de la repolarización. Dado que la ingesta era reciente y el paciente permanecía estable y sin compromiso de la vía aérea, se administra carbón activado (1 g/kg) oral. Se canaliza vía venosa periférica y se solicita analítica con hemograma, bioquímica, función renal, electrolitos y gasometría venosa, sin alteraciones relevantes. Además, desde toxicología indican añadir la determinación de niveles séricos de digoxina como marcador indirecto de exposición a glucósidos cardíacos debido a la reacción cruzada de los inmunoensayos con la oleandrina. **Conclusiones:** La adelfa (*Nerium oleander*) contiene glucósidos cardíacos, principalmente oleandrina, capaces de producir toxicidad potencialmente grave incluso tras pequeñas ingestas, aunque la mayoría de exposiciones cursan de forma leve, la posibilidad de desarrollar alteraciones de la conducción cardíaca y arritmias hace imprescindible una valoración precoz, monitorización electrocardiográfica y contactar con toxicología.

PD-079 — NO TODO LO QUE PROTRUYE ES UNA HERNIA: PSEUDOHERNIA POR NEUROAPRAXIA TRAS LAPAROSCOPIA PEDIÁTRICA

Borrego Prado, M.; Aguilera Bellido, Á.; Palacios Prados, A.; Curbelo Rodríguez, M.; Losada Machuca, M. - *Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.*

Anamnesis: Presentar el caso clínico de un paciente con pseudohernia abdominal por denervación transitoria tras la colocación de un trócar en una laparoscopia pediátrica, destacando la importancia del diagnóstico diferencial frente a la hernia incisional. Paciente varón de 2 años sometido a laparoscopia exploradora por teste izquierdo no palpable y orquidopexia izquierda vía inguinal. Se colocan 2 trócares de 5 mm: uno umbilical y otro en flanco izquierdo, realizándose el cierre por planos al finalizar la cirugía. **Exploración clínica:** Al mes de la intervención, el paciente presenta una tumefacción de 1 cm en la cicatriz del trócar del flanco izquierdo. Se encuentra asintomático y a la exploración la tumefacción no presenta signos inflamatorios, no es dolorosa ni reductible manualmente, y no modifica con la maniobra de Valsalva. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se plantea el diagnóstico diferencial con una hernia incisional y se solicita ecografía de pared abdominal para confirmar la integridad del plano músculo-aponeurótico. Confirmada la ausencia de defecto herniario, se diagnostica pseudohernia por neuroapraxia leve y se decide tratamiento conservador basado en control clínico evolutivo. Se objetiva la resolución espontánea y progresiva de la tumefacción, desapareciendo por completo a los 8 meses de la cirugía. A la exploración no se objetivan asimetrías en decúbito supino, bipedestación ni con maniobras de Valsalva. **Conclusiones:** En la pseudohernia abdominal, la pared muscular está intacta, pero los músculos se relajan y abomban hacia el exterior al perder transitoriamente la inervación motora, simulando una hernia de pared. A diferencia de la hernia incisional, que requiere reintervención quirúrgica por riesgo de estrangulación, la pseudohernia suele ser transitoria y resolverse espontáneamente en 4-12 meses con la recuperación del tono muscular. Una exploración física adecuada y la ecografía de pared abdominal son fundamentales para el diagnóstico diferencial, evitando intervenciones innecesarias.

PD-080 — TERATOMA PREPUBERAL DE TIPO QUISTE EPIDERMOIDE COMO HALLAZGO INCIDENTAL EN UN ADOLESCENTE CON DOLOR TESTICULAR

Anta Matos, A.; Del Olmo Kühleitner, C.; Gámez Ledesma, A.; Bocanegra Ruiz, M.; Belizón Bravo, N. - *Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.*

Anamnesis: Varón de 13 años remitido a consultas de cirugía pediátrica por sospecha de tumor testicular izquierdo tras ecografía realizada en urgencias por dolor testicular intermitente de cinco días de evolución. **Exploración clínica:** En la valoración se encontraba asintomático. La exploración física testicular no mostró aumento de tamaño, masas palpables ni signos inflamatorios. No se evidenciaron adenopatías inguinales. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La ecografía testicular evidenció una lesión intraparenquimatosa izquierda de 1,7 cm, bien

delimitada, con halo hipoecoico, calcificaciones periféricas y vascularización periférica, sugestiva de neoplasia testicular. Los marcadores tumorales séricos, incluyendo alfa-fetoproteína y beta-hCG, fueron normales. Ante la sospecha de tumor testicular, se realizó exéresis quirúrgica. El estudio anatomopatológico confirmó un teratoma prepuberal de tipo quiste epidermoide, sin evidencia de neoplasia de células germinales in situ ni alteraciones del parénquima testicular adyacente. **Conclusiones:** El teratoma prepuberal de tipo quiste epidermoide es una lesión benigna infrecuente que puede simular malignidad en la ecografía, incluso con exploración normal. Este caso subraya la importancia de completar el estudio ante dolor testicular persistente y la dificultad de diferenciación preoperatoria con tumores malignos. Su reconocimiento permite evitar tratamientos radicales innecesarios y optar por cirugía conservadora, con excelente pronóstico.

PD-081 — QUISTE EPIDERMOIDE ESPLÉNICO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE MASA ABDOMINAL EN LA INFANCIA

Borrero Girón, S.; Ruiz Ramos, S.; Sánchez Códez, M.I.; Rojo Díez, R.; Halcón González, L. - *Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.*

Anamnesis: Niño de 10 años que consulta por autopalpación de masa abdominal asociada a tres días de dolor abdominal difuso, sin limitación funcional; antecedente reciente de cuadro febril con vómitos autolimitados sin alteraciones en el hábito intestinal. Residencia en medio rural con contacto habitual con perros, ovejas, caballos, cabras y gatos. **Exploración clínica:** A la exploración destaca una masa dolorosa en hipocondrio izquierdo. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica y radiografía de tórax sin hallazgos patológicos. En la radiografía abdominal destaca desplazamiento de asas intestinales a región caudal por lo que se realiza ecografía con hallazgo de lesión quística unilocular de 12×12 cm sugestiva de quiste esplénico. La resonancia magnética confirmó esplenomegalia (17 cm) secundaria a masa quística unilocular de bordes bien definidos compatible con quiste epidermoide. El estudio serológico (virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, *Brucella* y *Echinococcus granulosus*) y los marcadores tumorales (CEA y CA 19.9) fueron negativos. Previa vacunación frente a neumococo y meningococo B y ACWY, se realizó esplenectomía total, al no ser posible un abordaje conservador por la localización central del quiste y la escasa cantidad de parénquima esplénico viable (<20 %). El cultivo del contenido quístico fue negativo. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de quiste epidermoide esplénico. **Conclusiones:** Los quistes esplénicos son entidades infrecuentes en la edad pediátrica. Su diagnóstico diferencial incluye quistes primarios o epiteliales, pseudoquistes postraumáticos, abscesos, lesiones neoplásicas y quistes hidatídicos, especialmente en pacientes con antecedentes epidemiológicos de riesgo. La caracterización mediante pruebas de imagen y la exclusión de otras etiologías son esenciales para establecer el tratamiento. Debe priorizarse la preservación esplénica; sin embargo, la localización y el volumen de la lesión pueden requerir esplenectomía total, con adecuada inmunización pre y postoperatoria para prevenir infecciones asociadas a la asplenia.

PD-082 — MANCHA SALMÓN PARECE, *SINUS PERICRANII* ES

Méndez Sierra, A.[1]; Ruiz Rentería, E.[2]; Buendía de Guezala, A.[3]; Gutiérrez Buendía, D.[4]. - [1]*CS Santoña, Cantabria, España;* [2]*CS Tanos, Torrelavega, Cantabria, España;* [3]*CS Altamira, España;* [4]*CS Laredo, Laredo, Cantabria, España.*

Anamnesis: Se presenta varón, a término y de peso adecuado, cesárea tras inducción ante no progresión, sin antecedentes gestacionales ni familiares relevantes. **Exploración clínica:** En revisión del recién nacido se objetiva placa eritematosa en línea media interparietal craneal de 3 cm de diámetro similar a *nevus* simple pero con nódulo violáceo central milimétrico, móvil, no doloroso. Resto de exploración normal. En control a los 10 días de vida, lesión más oscura, con estabilidad de área eritematosa. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicita ecografía de calota: hallazgos compatibles con malformación venosa subcutánea sin poder descartar sinus pericranii, recomendándose control ecográfico a los 3 meses, que confirma diagnóstico. Se comenta con cirugía pediátrica y se deriva para seguimiento. Actualmente 13 meses, ante edad, estabilidad y ausencia de sintomatología, se mantiene actitud expectante con ecografías seriadas, pendiente valoración por neurocirugía y angiorresonancia. **Conclusiones:** Las marcas de nacimiento tipo *nevus* simple son hallazgos muy frecuentes en la consulta del recién nacido. No obstante, ante lesiones atípicas, debemos sospechar otras anomalías vasculares. El sinus pericranii es una malformación vascular infrecuente donde existe una comunicación anormal entre el sistema venoso epicraneal y los senos venosos durales. Se manifiesta como tumoración subcutánea violácea, depresible, no pulsátil ni dolorosa, que puede aumentar con maniobras de Valsalva. Su localización es en línea media craneal, especialmente frontal. La mayoría de los casos son congénitos pero su diagnóstico suele ser tardío, y se puede asociar a otras malformaciones vasculares, linfáticas o cuadros sindrómicos. Suelen cursar asintomáticos aunque en edad adulta pueden manifestar clínica neurológica, presentando riesgo relativamente bajo de sangrado espontáneo o traumático. El diagnóstico es clínico pero debe confirmarse radiológicamente, sin existir consenso sobre la prueba de elección. Su crecimiento frena tras la pubertad y se han descrito casos de involución o trombosis parcial, por lo que se aboga por un manejo conservador, realizándose cirugía por razones estéticas.

PD-083 — DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE Y MELENAS CON GAMMAGRAFÍA NEGATIVA: UN DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO EN EDAD PEDIÁTRICA

Cidoncha Fuertes, M.D.L.N.[1]; Borrero Girón, S.[1]; García Acevedo, M.[2]; Ramos Sánchez, A.[1]; Domínguez Rodríguez, P.[1]. - [1]*Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España;* [2]*CS La Línea Centro - La Velada, Cádiz, España.*

Anamnesis: Varón de 5 años trasladado desde un hospital de segundo nivel por dolor abdominal de cuatro días de evolución asociado a deposiciones melénicas en las últimas horas. Dos meses antes había presentado un episodio similar caracterizado por dolor abdominal y melenas, que precisó ingreso hospitalario. Durante dicho episodio se realizó una gammagrafía con pertecnetato de tecnecio-99m, que no evidenció captación de mucosa gástrica ectópica, por lo que fue dado de alta con seguimiento ambulatorio. **Exploración clínica:** Triángulo de evaluación pediátrica alterado por dolor intenso, con taquicardia (150 latidos por minuto, con llanto intenso) y normotensión (113/77 mmHg). A la palpación abdominal presentaba dolor difuso con defensa, sin signos de irritación peritoneal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La ecografía abdominal no permitió visualizar el apéndice ni mostró signos indirectos de apendicitis, objetivándose únicamente una mínima cantidad de líquido libre interasas. Ante la persistencia de la sospecha clínica, se solicitó una tomografía computerizada abdominal, que evidenció hallazgos compatibles con divertículo de Meckel complicado y neumoperitoneo. Se realizó una laparoscopia exploradora, confirmándose la presencia de un divertículo de Meckel perforado, por lo que se llevó a cabo la resección del divertículo junto con un segmento de íleon y anastomosis íleo-ileal término-terminal. La anatomía patológica confirmó la diverticulitis con necrosis y perforación asociada. El paciente completó cinco días de antibioterapia intravenosa, presentó una evolución clínica favorable y fue dado de alta con seguimiento ambulatorio. **Conclusiones:** Este caso pone de manifiesto que una gammagrafía con pertecnetato de tecnecio-99m negativa no excluye el diagnóstico de divertículo de Meckel. La sospecha clínica continúa siendo el pilar fundamental para el diagnóstico de esta entidad. Ante una elevada sospecha clínica, especialmente en pacientes con dolor abdominal recurrente y melenas, deben considerarse pruebas complementarias como la tomografía computerizada abdominal o la laparoscopia exploradora para evitar retrasos diagnósticos y complicaciones potencialmente graves.

PD-084 — SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO DEL NERVIO CUTÁNEO ABDOMINAL ANTERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marrón Alonso, M.; Mañaricua Arnaiz, A.; Castillo González, C.; Fuente Yarnoz, T.; Recalde Tabar, A.; García Terrazas, A.; Pérez Ortiz, D.; Bujedo Muñoz, A.; Dios Puebla, M.E.; Angulo Sánchez, V. - *Hospital Universitario, Burgos, España.*

Introducción: El síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo abdominal anterior (ACNES)* es un dolor subagudo/crónico originado en la pared abdominal. El diagnóstico se basa en una anamnesis y exploración física compatibles (signo de Carnett, pinch test o disestesias positivos). Su incidencia es de 1 de cada 1800 individuos y es frecuente en la adolescencia. El tratamiento inicial es conservador con analgesia, calor local y reposo muscular abdominal. En casos refractarios se optará por la infiltración de anestésico local. **Caso clínico:** Niño de 13 años, sin antecedentes de interés, con dolor abdominal de 6 días de evolución en ambas fosas ilíacas, continuo, que no mejora con analgesia. Se exacerba con la tos, inspiración profunda, deambulación, al saltar y al realizar presión abdominal. Afebril. No vómitos ni diarrea. No disuria. **Exploración clínica:** A la exploración presenta un abdomen blando y depresible, con dolor selectivo a la palpación con hiperalgesia en ambas fosas ilíacas que se incrementa con la contracción abdominal. No masas ni megalias, no defensa abdominal ni signos de irritación peritoneal. Signos de Blumberg, McBurney y Psoas positivos. Maniobra de puño-percusión renal izquierda y derecha negativas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Pruebas complementarias con sistemático de orina negativo, analítica sanguínea sin datos de inflamación/infección y ecografía abdominal sin hallazgos sugestivos de apendicitis aguda. Ante sospecha de síndrome de ACNES se decide tratamiento con Metamizol. Se contacta de forma telefónica 2 meses después para ver evolución, refiriendo resolución del episodio, sin recurrencias. **Conclusiones:** El ACNES debe considerarse en adolescentes con dolor abdominal localizado y pruebas complementarias normales. Una exploración física dirigida permite establecer el diagnóstico, evitar procedimientos innecesarios e instaurar un tratamiento conservador eficaz. *ACNES: atrapamiento del nervio cutáneo abdominal anterior.

PÓSTER CON DEFENSA 11 – PANTALLA 4

PD-085 — ¡OTRA VEZ CON HEMATURIA!

Molina Molina, M.D.C.; Rubio Guzmán, J.; Almorós Vela, J.; Tixi Tapia, G.E. – *Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Oviedo, Asturias, España.*

Anamnesis: Varón de 14 años de edad derivado por hematuria al finalizar la micción (sangre) y disuria intermitente desde hace dos meses con aumento de frecuencia de episodios en las últimas dos semanas. Pudiera coincidir en el tiempo con un traumatismo deportivo (balonazo jugando al fútbol). No clínica infecciosa reciente, niega dolor abdominal ni pérdida de peso o edemas, no dolor articular ni hematomas. No ha eliminado ninguna piedra ni arenilla. Deposiciones normales. Adecuada alimentación vía oral e ingesta de líquidos. No ITUs previas. Niega contactos sexuales. No dolor testicular. Suele aguantar bastante (4 micciones al día) y en ocasiones presenta urgencia miccional. Ingesta de agual diaria 2-3 litros. No tarda en iniciar la micción cuando va al baño. Antecedentes personales: prematuridad de 28 semanas. Sin canalización umbilical. Antecedentes familiares: sin antecedentes de hematuria, ni patología renal. **Exploración clínica:** Peso: 63.7 kg (p55). Talla: 178.5 cm (p87). Sistólica: 122 mmHg (p68). Diastólica: 76 mmHg (p80). Exploración física normal, sólo reseñable: presencia de sangre fresca en meato urinario. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Orina: normales y con hematuria. Analítica de sangre (bioquímica, hemograma, coagulación, estudio inmunológico) sólo ferropenia. Ecografías abdominales con Doppler renal: sin alteraciones. Uroflujometría: sin alteraciones. Seguimiento conjunto en Urología y Nefrología infantil. **Conclusiones:** Se desconoce la etiología exacta de la uretrorragia idiopática y su tratamiento. La asociación de uretritis con alteraciones inmunológica (Síndrome de Reiter e hipogammaglobulinemias), hacen que precise su despistaje. Pudiera ser manifestación de un síndrome de disfunción de vaciado subyacente, motivado por el traumatismo sobre el verum durante la micción. Aunque sea benigno, la falta de consenso en la literatura puede dar lugar a exploraciones innecesarias y frustrados planteamientos terapéuticos. En la mayoría de los casos se resuelve durante los 2 primeros años de seguimiento. Las exploraciones endoscópicas resultan innecesarias en el manejo inicial y quedan relegadas a cuadros persistentes.

PD-086 — CUANDO EL PÍLORO NO ERA EL CULPABLE

Vaquero Sosa, E.[1]; Saniger Rodríguez, L.[2]; Valero Arenas, A.[2]; Ventura Correas, A.[2]; Palomo Guerra, B.[2]. - [1]*CS Las Ciudades, Madrid, España;* [2]*Hospital Universitario Getafe, Madrid, España.*

Anamnesis: Neonato varón de 13 días con antecedentes de parto inducido a la semana 37+2 por preeclampsia y peso al nacimiento de 2904gr (p45). Comienza seguimiento en Atención Primaria tras ingreso neonatal (taquipnea e intolerancia digestiva transitorias e hiperbilirrubinemia no isoinmune con anemia leve) por escasa ganancia ponderal, para lo que se recomienda lactancia materna a demanda y suplementos con leche extraída (60-70cc por toma) En el último control refieren varios vómitos proyectivos amarillento-verdosos y se evidencia pérdida de peso (-10 gramos en 2 días), por lo que se deriva a urgencias con sospecha de estenosis hipertrófica de píloro. **Exploración clínica:** Triangulo de evaluación pediátrica estable con constantes vitales dentro de la normalidad y exploración física sin hallazgos patológicos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En urgencias se decide observación, detectando un patrón repetitivo de vómitos proyectivos, en tomas alternas, sin relación con el volumen ingerido. Se realiza analítica sanguínea sin encontrar alteraciones patológicas y un estudio ecográfico en el que se observa paso de contenido alimentario a través de píloro, sin hallazgos sugerentes de hipertrofia de la musculatura, pero visualizando estructura redondeada de características aparentemente quísticas y contenido ecogénico localizada entre el cuerpo del páncreas y pared posterior del estómago al que desplaza anteriormente (Imágenes 1 y 2). Con diagnóstico de quiste de duplicación complicado se contacta con coordinadora de transporte para traslado a UCI Neonatal y valoración por Cirugía Pediátrica. En el hospital de destino confirman el diagnóstico y realizan resección, con evolución posterior favorable. **Conclusiones:** Los quistes de duplicación gastrointestinal son malformaciones congénitas poco frecuentes (1 por cada 4.500–10.000 nacidos vivos) que pueden manifestarse en el periodo neonatal con síntomas digestivos inespecíficos, como vómitos proyectivos, al igual que la estenosis hipertrófica del píloro. Su reconocimiento precoz y la derivación temprana a un centro con cirugía pediátrica son esenciales para evitar complicaciones y garantizar un tratamiento definitivo.

PD-087 — ESOFAGITIS HERPÉTICA COMO COMPLICACIÓN DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN UN ADOLESCENTE INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Castillo Ferrer, S.; Betancourt Castellano, J.C.; Tirado Capistros, M. - *Hospital Sant Pau, Barcelona, España.*

Anamnesis: Varón de 16 años que ingresa por disfagia aguda, odinofagia intensa y dolor retroesternal, con imposibilidad para la ingesta oral. Refería fiebre en los días previos, encontrándose afebril a su llegada. Como antecedente, había sido diagnosticado de esofagitis eosinofílica (EoE) a los 13 años mediante endoscopia digestiva alta y biopsias compatibles, con buena respuesta clínica, endoscópica e histológica al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP). Posteriormente perdió el seguimiento y suspendió el tratamiento durante dos años. **Exploración clínica:** Paciente estable. Analítica con elevación discreta de proteína C reactiva, sin eosinofilia periférica **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La endoscopia digestiva alta mostró surcos longitudinales y traquealización esofágica, junto con erosiones y úlceras profundas que afectaban más del 75 % de la circunferencia esofágica distal, condicionando una subestenenosis franqueable. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de esofagitis herpética. Se inició tratamiento con valaciclovir e IBP a dosis altas, con evolución favorable. Se realizó estudio inmunológico, sin alteraciones significativas La gastroscopia de control mostró resolución de las lesiones ulcerativas, aunque persistían surcos, exudados blanquecinos y discreta traquealización esofágica. Las biopsias evidenciaron resolución de la infección herpética, pero persistencia de infiltrado eosinofílico (175 eosinófilos/CGA en esófago distal y 115 eosinófilos/CGA en proximal), asociada a fibrosis subepitelial, compatible con EoE activa. Ante la ausencia de respuesta a la optimización del tratamiento con IBP, se inició budesonida

viscosa oral. **Conclusiones:** La asociación entre EoE y esofagitis herpética es infrecuente en pacientes inmunocompetentes. La aparición de una esofagitis herpética sobre una mucosa previamente alterada plantea la hipótesis de que la disfunción de la barrera epitelial caracterísitica de la EoE podría favorecer la infección por virus herpes simple. Asimismo, resalta la importancia del seguimiento y del tratamiento de mantenimiento en la EoE para prevenir la persistencia de inflamación eosinofílica y el desarrollo de remodelado esofágico.

PD-088 — LA FALSA TRANQUILIDAD DE UNA CALPROTECTINA EN RANGO DE NORMALIDAD

De Pablo García, M.[1]; Navarro Cáceres, A.[2]; Ferrín Ferrín, M.A.[3]; De La Fuente Echevarría, G.[1]. -
[1]*CS Ciudad Rodrigo, Ciudad Rodrigo, Salamanca, España;*
[2]*CS San Juan, Salamanca, España;*
[3]*Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, España.*

Anamnesis: Adolescente de 10 años que consultó por dolor abdominal continuo de seis meses de evolución, mal localizado e inespecífico. Asociaba deposiciones líquidas diarias, algunas con restos hemáticos durante el último mes, y pérdida ponderal de 2 kg desde el inicio del cuadro. Sin vómitos. No se referían otros síntomas relevantes. **Exploración clínica:** En la exploración física inicial no se objetivaron hallazgos patológicos significativos. Abdomen blando, depresible, no se palpaban visceromegalias ni otras masas. Signos de irritación peritoneal negativos. No afectación perianal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó estudio analítico, que resultó normal salvo hemoglobina de 11 g/dL. Cultivo bacteriológico y descarte de parásitos en heces negativos. Se solicitó calprotectina fecal, con resultado normal, inferior a 50 µg/g. Pese a la aparente normalidad de las pruebas complementarias y a que, posteriormente, la paciente refería mejoría del dolor abdominal y desaparición de las deposiciones líquidas continuas, la presencia de signos de alarma, especialmente la pérdida de peso, la anemia, la rectorragia y la duración del cuadro, motivó la derivación a Gastroenterología Pediátrica. Se realizó colonoscopia, en la que se observaron úlceras distribuidas por la mucosa colónica, aspecto empedrado, friable al paso del endoscopio y afectación ileocecal. El estudio anatomopatológico fue compatible con enfermedad de Crohn. **Conclusiones:** Este caso pone de manifiesto que una analítica poco expresiva o una mejoría clínica parcial no deben retrasar el estudio de un dolor abdominal crónico cuando existen signos de alarma. La pérdida de peso, la anemia, la presencia de sangre en heces y la evolución prolongada deben orientar hacia patología orgánica, incluida la enfermedad inflamatoria intestinal.

PD-089 — DEBUT DE ENFERMEDAD CELÍACA CON MANIFESTACIÓN NEUROLÓGICA PERIFÉRICA AISLADA SIN CLÍNICA DIGESTIVA

Rodríguez Capitán, R.[1]; Sánchez Calderón, A.[2]; Lorenzo Martín, M.D.C.[1]; Melo, A[1]; Bautista, N.E.[3]; Reverón, J. - [1]*Hospital Universitario HM Sanchinarro y Tres Cantos, Tres Cantos, Madrid, España;*
[2]*HM Hospitales, Madrid, España.*

Anamnesis: Las manifestaciones neurológicas pueden ser la forma de presentación inicial de la enfermedad celíaca en Pediatría. Las alteraciones sensitivas periféricas pueden preceder al diagnóstico clínico y analítico convencional. Paciente de 12 años, sin antecedentes personales de interés, valorada en Urgencias por parestesias en región palmar bilateral, simétrica. **Exploración clínica:** Antropometría Peso p50, Talla p 35 (Carrascosa et al 2010) Exploración neurológica: parestesias en región palmar bilateral, simétrica, sin déficit motor asociado. Resto de exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Traumatología: Radiografía de columna cervical sin alteraciones. - Neurología: Resonancia magnética cerebral y cervical sin hallazgos patológicos. Estudio neurofisiológico de miembros superiores con conducción sensitiva y motora bilateral normal. Analítica en enero: hierro 35 µg/dL, ferritina 18 ng/mL, lipidograma sin alteraciones, Inmunoglobulina A 271 mg/dL (normal para la edad). Anticuerpos IgA anti-transglutaminasa tisular 541 U/ml, IgA anti-endomisio 1/360. - Digestivo: (03/2026) albúmina, niveles de vitamina B1, B6 y B12, ácido fólico, creatininquinasa sin alteraciones y vitamina d3 28 (bajo), IgA anti-transglutaminasa 495 U/ml, IgA anti-péptidos deaminados de la gliadina 240 U/ml, IgA anti-endomisio 1/320. Estudio genético compatible con predisposición a enfermedad celíaca: HLA-DQ2.5 en homocigosis (alelos DQA105 y DQB102). Se indica dieta estricta sin gluten. En junio se objetiva desaparición progresiva de las parestesias. Serología: IgA anti-transglutaminasa 125 U/mlL, IgA anti-péptidos deaminados de la gliadina 80, IgA anti-endomisio 1/80. **Conclusiones:** La enfermedad celíaca puede debutar con clínica neurológica aislada en edad pediátrica, sin síntomas digestivos ni alteraciones estructurales en neuroimagen o neurofisiología. La respuesta autoinmune dirigida contra antígenos relacionados con el gluten puede extenderse más allá del tracto gastrointestinal. El reconocimiento precoz permite instaurar dieta sin gluten con potencial reversibilidad clínica y serológica de la afectación neurológica. La enfermedad celíaca debe considerarse en el diagnóstico diferencial de parestesias persistentes en Pediatría

PD-090 — DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN PEDIATRÍA. MÁS ALLÁ DE LA APENDICITIS

Cosma Trifán, M.E.; Contreras Mejías, C.; García de Oteyza, M.; Amorós, S. -
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Anamnesis: Adolescente de 15 años que acude a Urgencias por dolor abdominal de 6 días de evolución, inicialmente en flanco izquierdo con irradiación progresiva a flanco derecho, de intensidad progresiva y sin respuesta a analgesia pautada. No presenta vómitos ni fiebre. Refiere deposiciones escasas de consistencia líquida. Niega síndrome miccional. Ciclo menstrual regular, no menstruaciones dolorosas. Había consultado en tres ocasiones previas por el mismo motivo, recibiendo antibioterapia por sospecha de infección urinaria baja, con urocultivo negativo. **Exploración clínica:** En la exploración física destaca dolor (8/10 EVA) con defensa a la palpación en ambas fosas ilíacas e hipogastrio, signo de Blumberg dudoso y puño-percusión renal negativa. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En la analítica sanguínea destaca elevación de reactantes de fase aguda, con fibrinógeno de 748 mg/dL y proteína C reactiva de 121,3 mg/L, sin alteraciones en la función hepática ni renal. Prueba de embarazo negativa. La ecografía y tomografía computarizada abdominal muestran el ovario izquierdo congestivo y aumentado de tamaño, con flujo preservado, asociado a trompa de morfología tortuosa, sin poder descartar torsión tubárica. Se indica laparoscopia urgente, objetivándose quiste tubárico izquierdo necrótico torsionado, sin afectación ovárica. Se realiza extirpación del quiste con detorsión y preservación de estructuras anexiales. **Conclusiones:** El dolor abdominal agudo en pediatría es un motivo de consulta frecuente con amplio diagnóstico diferencial que incluye patología potencialmente grave. Entre las causas ginecológicas, la torsión tubárica, aunque poco prevalente, debe considerarse por el riesgo de isquemia y pérdida funcional anexial si no se diagnostica de forma precoz. Asimismo, las pruebas de imagen pueden ser no concluyentes y dificultar el diagnóstico diferencial con apendicitis, enfermedad inflamatoria pélvica, salpingitis o hidrosálpinx subagudo/crónico. La relevancia de este caso consiste en resaltar la importancia de incluir esta patología en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo en pacientes prepúberes y adolescentes de sexo femenino.

PD-091 — DERMATOMIOSITIS JUVENIL: EL PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA SOSPECHA PRECOZ DE UN FENOTIPO ATÍPICO

Esquerdo Soler, B.[1]; Lucas Abad, M.L.[2]; Peinado Valenzuela, A.M.[1]; Vives Escrivà, E.[1]; Marcos Aznar, P.[1]; Juan Contrí, C.[1]; Olcina Sebastián, A.[1]; Escrivà Cholbi, L.[1]. - [1]*Hospital de Dénia, Alicante, España;*
[2]*CS Xàbia Duanes de la Mar, Xàbia, Alicante, España.*

Anamnesis: Varón de 3 años, previamente sano, valorado en Atención Primaria (AP) por un cuadro larvado de seis meses. Presentaba lesiones

cutáneas papulares migratorias en pabellones auriculares, regiones periungueales, palmoplantares y malares, marcha de puntillas con rechazo progresivo a la deambulación y dolor en pies con llanto nocturno. Asociaba febrículas autolimitadas de repetición, etiquetadas como viriasis, aftas orales, decaimiento, anorexia y pérdida de 1,5 kg. Ante la persistencia y el carácter multisistémico del cuadro, AP inició el estudio con sospecha de dermatomiositis y derivó al hospital de referencia. **Exploración clínica:** Aspecto desmedrado, xerosis generalizada, lesiones papulocostrosas en pabellones auriculares y codos, eritema periungueal y pelo ralo. Hipotrofia muscular glútea y de miembros inferiores, maniobra de Gowers incompleta y rechazo de la marcha, sin signos inflamatorios articulares. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Los reactantes de fase aguda, la creatina-quinasa y los anticuerpos antinucleares fueron inicialmente normales o negativos. El estudio inmunológico detectó anticuerpos *anti-melanoma differentiation associated gene* 5 positivos (antiMDA5). La resonancia magnética de cuerpo completo mostró afectación de fascias y tejido celular subcutáneo sugestiva de dermatomiositis. Cumplía criterios de probabilidad de Bohan-Peter y EULAR/ACR 2017. La tomografía pulmonar descartó enfermedad intersticial. Se inició corticoterapia en bolos, metotrexato, hidroxicloroquina, inmunoglobulina intravenosa y tofacitinib, con respuesta clínica y normalización progresiva. **Conclusiones:** La dermatomiositis juvenil con anticuerpos anti-MDA5 constituye un fenotipo diferenciado, con debilidad leve, enzimas musculares normales y predominio de manifestaciones cutáneas atípicas, úlceras y artritis sobre la afectación muscular florida. Esta disociación entre un cuadro llamativo y un estudio convencional normal dificulta su reconocimiento y explica el retraso diagnóstico habitual. El subtipo conlleva riesgo de enfermedad pulmonar intersticial, de gravedad variable. La vía del interferón tipo I sustenta el empleo de inhibidores de la Janus quinasa como el tofacitinib. La sospecha desde AP ante un cuadro cutáneo-muscular persistente con estudio normal resulta determinante para un diagnóstico y tratamiento precoces.

PD-092 — SÍNDROME OPSOCLONO-MIOCLONO

Martínez Arias, P. - *CS Los Yébenes, Madrid, España.*

Anamnesis: Niña de 1 año con disminución de peso y talla, más evidente a partir de los 6 meses, hasta caer por debajo de percentil 1. Los padres refieren que tiene apetito y se acaba los platos. Desde hace unas semanas está durmiendo mal, llorando por las noches, con despertares frecuentes. Afebril. Refieren algún movimiento ocular extraño, que les ha llamado la atención, pero de forma puntual, que describen como sacudidas. **Exploración clínica:** Auscultación, tímpanos y orofaringe normal, con erupción de molares. Abdomen no se palman masas ni megalias, no doloroso, no hernias. No lesiones en piel. No alteración en movilidad de miembros. Sedesta y se pone de pie. A nivel ocular, reflejo rojo bilateral, movimientos conservados, no nistagmo, no se reproducen los movimientos oculares referidos en la consulta. Llama la atención el estado general, alicaída e irritable, dificilmente consolable en brazos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicita analítica y orina (sin hallazgos) y se pauta paracetamol, que no logra ninguna mejoría en la clínica de irritabilidad. Además, la niña comienza a reducir la movilidad, ya no gatea y no se pone de pie. Han aumentado los movimientos oculares, que ahora son muy llamativos. Ante la clínica descrita, acuden a urgencias, donde ingresan para estudio de síndrome opsoclono-mioclono. Se repite analítica, se realizan pruebas de imagen (radiografía de tórax, ecografía abdominal, TAC craneal, RMN corporal y PET-TAC sin hallazgos), punción lumbar, catecolaminas en orina y electroencefalograma normales. Pendiente genética. Durante el ingreso, recibe tratamiento con inmunoglobulina, mejorando inicialmente. Sin embargo, tras unos días, vuelve a empeorar, requiriendo nuevos ciclos. No se ha evidenciado tumor. **Conclusiones:** Enfermedad de base inmunológica, determinada por ataxia o mioclono, opsoclono, irritabilidad e insomnio, puede asociar neuroblastoma. Los síntomas neurológicos tienden a mejorar con la inmunoterapia, aunque son frecuentes nuevos episodios de empeoramiento, sobre todo coincidiendo con infecciones. Pueden desarrollar secuelas neurocognitivas y psiquiátricas.

PD-093 — MONONEUROPATÍA DEL NERVIO PERONEO COMÚN EN UN ADOLESCENTE: RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA Y MANEJO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Maco Vásquez, O.K.[1]; Baeza Monedero, V.[2]; Vigara Calderón, R.[2]; Ramos Geldres, T.[1]. - [1]*CS Ensanche De Vallecas, Madrid, España;* [2]*CS Villablanca, Madrid, España.*

Anamnesis: Las mononeuropatías son infrecuentes en la edad pediátrica y se describen en series cortas, sin una tasa de incidencia poblacional bien establecida. La del nervio peroneo común es la mononeuropatía compresiva más frecuente del miembro inferior y suele manifestarse como pie caído. En las series pediátricas, las causas más frecuentes son la compresión (en torno al 59 %), seguida del traumatismo y el atrapamiento; a diferencia del adulto, en el niño cobran relevancia las fracturas y laceraciones. Presentamos un paciente de 14 años, sin antecedentes familiares de interés, valorado en Neuropediatría por debilidad y alteración sensitiva en la pierna derecha atribuidas a una mononeuropatía del nervio peroneo derecho. **Exploración clínica:** En la consulta de seguimiento presentaba fuerza conservada y simétrica por grupos musculares en el miembro inferior derecho. Los reflejos rotuliano y aquíleo estaban presentes y simétricos, con reflejo cutáneo-plantar flexor bilateral y sin clonus. La marcha era normal y la sensibilidad estaba conservada en la pantorrilla y el pie derechos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** El diagnóstico de mononeuropatía del nervio peroneo derecho se estableció por la clínica y la exploración neurológica. Se adoptó una actitud expectante, sin tratamiento farmacológico, con seguimiento clínico. En el mes siguiente recuperó por completo la fuerza y la sensibilidad, sin parestesias residuales, confirmándose la resolución completa y procediéndose al alta. **Conclusiones:** La mononeuropatía peroneal en la infancia y la adolescencia suele tener un origen compresivo o postural y, a diferencia de las formas del adulto, presenta habitualmente un curso benigno con recuperación espontánea, como en nuestro caso (la mejoría se describe en torno al 76 % de los niños). El pediatra de Atención Primaria debe conocer esta entidad para realizar un diagnóstico clínico diferencial frente a radiculopatías o causas centrales, evitar pruebas invasivas innecesarias y ofrecer un seguimiento que confirme la resolución.

PD-094 — REFLEJO OCULOCARDÍACO GRAVE DURANTE EL CRIBADO DE RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE CON RIESGO VITAL

Pasamón García, S.[1]; Brizuela Delgado, J.[1]; De Pablo De las Heras, M.[2]; Alquézar Yus, P.[1]; Ibañez Rubio, S.[1]; García De la Cruz, M.[1]; Altuzarra Foncea, Y.[1]; Jarauta Sánchez, I.[1].- [1]*Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España;* [2]*Centro Salud Ágreda, Ágreda, Soria, España.*

Anamnesis: Lactante de 3 meses de edad, ex-prematuro de 29+3 semanas de edad gestacional y peso al nacimiento de 1040g, con antecedentes de displasia broncopulmonar leve, anemia de la prematuridad y ductus arterioso persistente sin repercusión. Acude a consulta de Oftalmología para control programado de retinopatía de la prematuridad. Tras dilatación pupilar con tropicamida y durante la exploración de fondo de ojo mediante blefaroestato, presenta de forma brusca palidez, cianosis, apnea y bradicardia extrema. Se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar básica con ventilación de rescate y masaje cardíaco durante un minuto, consiguiéndose recuperación progresiva de la frecuencia cardíaca, respiración espontánea y nivel de consciencia en aproximadamente cinco minutos. Se decide ingreso para observación y estudio. **Exploración clínica:** A su ingreso presenta temperatura axilar de 35ºC, frecuencia cardíaca de 120 lpm, saturación de oxígeno del 98 % con gafas nasales a 1lpm y tensión arterial de 114/49mmHg. Buen estado general, adecuado nivel de alerta y exploración neurológica normal. Persiste discreta hipoperfusión periférica con relleno capilar enlentecido. La auscultación cardiopulmonar y la exploración abdominal fueron normales. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó monitorización cardiorrespiratoria continua, oxigenoterapia en gafas nasales durante las primeras 24 horas y analítica sanguínea con gasometría venosa, hemocultivo, estudio de virus respiratorios y radiografía de tórax. No se identificaron hallazgos

que justificaran el episodio, salvo una acidosis respiratoria transitoria compatible con el evento agudo. La evolución fue favorable, sin recurrencias durante las 48 horas de observación hospitalaria, siendo dado de alta posteriormente. **Conclusiones:** El reflejo oculocardíaco es una complicación infrecuente, pero potencialmente grave, de la manipulación ocular. Los lactantes prematuros pueden presentar una mayor susceptibilidad a respuestas vagales exageradas. El cribado de la retinopatía de la prematuridad, aunque generalmente seguro, no está exento de eventos adversos graves. El reconocimiento precoz del cuadro y la instauración inmediata de medidas de soporte cardiorrespiratorio son fundamentales para garantizar una evolución favorable.

PD-095 — TUMEFACCIÓN CRANEAL NEONATAL TRAS PARTO INSTRUMENTAL: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

San José Alonso, M.; Martín Espín, I.; Agüera Nevado, C.; Plata Gallardo, M.; Fernández, I.; Gutiérrez, I.; Moreno, M.; García, A. - *Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España.*

Anamnesis: Recién nacido varón a término (38+0 semanas), peso 3440g, gestación controlada sin incidencias. Parto vaginal instrumental con ventosa tras intento fallido de fórceps. Apgar 9/10, sin necesidad de reanimación. A las tres horas devida presenta irritabilidad y tumefacción craneal progresiva, por lo que ingresa en Neonatología para observación. **Exploración clínica:** Buen estado general, estabilidad hemodinámica y exploración neurológica normal. Se objetiva tumefacción blanda y fluctuante en región occipital y parietal, con extensión más allá de las suturas craneales. Fontanela normotensa y ausencia de focalidad neurológica. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de hematoma subgaleal secundario a parto instrumental se realiza monitorización clínica y analítica seriada, sin evidenciar anemia ni alteraciones de la coagulación. Se realiza TC craneal que muestra una colección subdural hemática frontal derecha de 3 mm de grosor asociada a dos hematomas subgaleales, uno de predominio parietal-vértice derecho y otro frontal derecho, sin desviación de línea media. Se contacta con Neurocirugía y se traslada a UCI neonatal. Durante su ingreso permanece estable, sin crisis ni deterioro neurológico. Se coloca monitor de función cerebral y serealizan ecografías transfontanelares que no muestran empeoramiento. **Conclusiones:** Las tumefacciones craneales neonatales constituyen un hallazgo frecuente tras partos instrumentales. El diagnóstico diferencial entre *caput succedaneum*, cefalohematoma y hematoma subgaleal resulta esencial, ya que este último puede asociar complicaciones potencialmente graves por hemorragia masiva. La vigilancia clínica estrecha y la identificación de signos de alarma, como la extensión más allá de las suturas o el crecimiento progresivo de la lesión, permiten un diagnóstico precoz y una adecuada monitorización de estos pacientes.

PD-096 — RECHAZO DE LAS TOMAS Y EVOLUCIÓN PONDERAL DESFAVORABLE EN EL PERIODO NEONATAL: UN RETO DIAGNÓSTICO

Guerrero Romero, A.B.[1]; Moreno Cubero, R.[2]; Jiménez Algarra, I.[1]; Ángeles Rodríguez, R.[1]; Rueda Trigo, L.[1]; Ruiz Castillo, A.[1]; Molina Prado, A.[1]; Sánchez Salgado, J.[1]. - [1]*Hospital Regional Universitario Materno Infantil, Málaga, España;* [2]*CS La Cala del Moral, Málaga, España.*

Anamnesis: Neonata de 23 días valorada por rechazo de las tomas desde la segunda semana de vida y pérdida ponderal del 12 % respecto al nacimiento. Ante la sospecha inicial de una etiología relacionada con la alimentación se realizaron cambios dietéticos, incluyendo fórmula hidrolizada, sin conseguir mejoría ponderal. A pesar de tratarse de manifestaciones frecuentes e inespecíficas en el periodo neonatal, la persistencia de la sintomatología obligó a ampliar el diagnóstico diferencial y descartar causas orgánicas menos prevalentes. **Exploración clínica:** La exploración física mostró estado general conservado, sin signos clínicos de deshidratación, con tensión arterial normal para la edad y genitales externos femeninos sin datos de virilización. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** El estudio analítico objetivó hiponatremia (124 mEq/L), hiperpotasemia (7,4 mEq/L) y acidosis metabólica, compatibles con un síndrome pierde sal neonatal. Ante la sospecha de hiperplasia suprarrenal congénita se inició tratamiento con hidrocortisona, fludrocortisona y suplementación con sodio. El estudio hormonal mostró función glucocorticoidea conservada, actividad de renina plasmática elevada y concentración de aldosterona inapropiadamente baja, orientando el diagnóstico hacia un hipoaldosteronismo hiperreninémico primario. El estudio molecular confirmó el diagnóstico etiológico de déficit de aldosterona sintetasa por identificación de la variante patogénica bialélica c.168G>A (p.Trp56Ter) en el gen CYP11B2. Tras descartarse afectación glucocorticoidea, se retiró progresivamente la hidrocortisona y la suplementación con sodio durante el primer año de vida, manteniéndose tratamiento con fludrocortisona. Tras diez años permanece sin nuevas crisis de pérdida salina. **Conclusiones:** La reevaluación clínica ante una evolución no esperada es esencial en Atención Primaria. Como describen los casos publicados, el déficit de aldosterona sintetasa puede debutar como un síndrome pierde sal neonatal de presentación inespecífica, dificultando el diagnóstico precoz. Un estudio analítico básico permite orientar precozmente el diagnóstico, instaurar un tratamiento específico y ofrecer consejo genético familiar.

PÓSTER CON DEFENSA 5 – PANTALLA 5

PD-097 — USO DE FÓRMULAS EXTENSAMENTE HIDROLIZADAS CON OLIGOSACÁRIDOS DE LECHE HUMANA, CON O SIN LACTOSA PURIFICADA, PARA LA ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA EN ESPAÑA.

Coronel Rodríguez, C.[1]; Castell Miñana, M.[2]; Justicia, J.[3]. - [1]*Pediatra de Atención Primaria. CS Amante Laffón, Sevilla, España;* [2]*CS Campanar, Valencia, España;* [3]*Nestlé Nutrition & Health Spain, Barcelona, España.*

Introducción: La alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV) es la alergia alimentaria más frecuente en lactantes y niños. En lactantes no alimentados exclusivamente con leche materna, las guías clínicas recomiendan el uso de una fórmula extensamente hidrolizada (FEH) como primera opción en casos leves o moderados. La incorporación de oligosacáridos de la leche humana (HMO, del inglés *human milk oligosaccharides*) a las leches artificiales representa un avance importante en el manejo nutricional de la APLV. En los últimos años se ha añadido también lactosa porque potencia la absorción de calcio y mejora la aceptación global. **Objetivos:** Evaluar el uso de FEH a base de suero con dos HMO, con o sin lactosa purificada, para el manejo de la APLV en consultas pediátricas de España. **Material y métodos:** Estudio descriptivo mediante un cuestionario específicamente diseñado para recopilar la experiencia de 210 pediatras de atención primaria. El criterio de inclusión de los participantes fue haber atendido a un mínimo de cuatro pacientes con sospecha o diagnóstico de APLV que hubieran recibido FEH con dos HMO, con y sin lactosa purificada, en los últimos cuatro meses. **Resultados:** Se presentará el perfil clínico de los pacientes que recibieron una FEH a base de suero con dos HMO, con o sin lactosa, el algoritmo terapéutico seguido, la eficacia de las FEH en el tratamiento de la APLV, el grado de satisfacción y, finalmente, su uso para trastornos distintos de la APLV. **Conclusiones:** El estudio ELEVA2 describirá el algoritmo de recomendación en la práctica clínica de España. Esta información resulta esencial para desarrollar estrategias personalizadas, optimizar la adherencia y maximizar los efectos beneficiosos inmunonutricionales en el manejo de la APLV con el uso de FEH con dos HMO, con y sin lactosa purificada.

PD-098 — URTICARIA *A FRIGORE* COMO CAUSA DE ANAFILAXIA DE REPETICIÓN EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Gámez Ledesma, A.; Navarro Aragón, M.D.L.Á.; Cidoncha Fuertes, M.D.L.N.; Pozo García, E.; Domínguez Rodríguez, P. - *Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.*

Anamnesis: Paciente de 11 años, con dermatitis atópica y rinitis alérgica, que refiere episodios recurrentes de habones y angioedema minutos

después de la exposición al frío (aire frío y agua fría). Había presentado dos reacciones anafilácticas previas, la más grave tras un baño en piscina, con palidez, presíncope y vómitos. Se descartaron desencadenantes alimentarios y farmacológicos. **Exploración clínica:** Entre episodios, exploración anodina, con xerosis y lesiones de rascado propias de su dermatitis atópica, sin habones ni angioedema en el momento de la consulta. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En consulta se realizó el test del cubito de hielo, que fue positivo, apareciendo un habón a los 5 minutos. Esta prueba, disponible en atención primaria, tiene una sensibilidad del 83-90 % y una especificidad del 100 %. La analítica mostró inmunoglobulina E total muy elevada (3.089,8 unidades internacionales por mililitro). El diagnóstico diferencial incluye otras urticarias físicas, la anafilaxia idiopática o inducida por ejercicio y, sobre todo, el síndrome autoinflamatorio familiar por frío, que debuta en la lactancia con inflamación sistémica (fiebre, inyección conjuntival, artralgias) y con test de provocación negativo. El tratamiento consiste en evitar la exposición al frío, antihistamínicos de segunda generación y adrenalina autoinyectable en pacientes con riesgo de anafilaxia; en casos refractarios puede emplearse Omalizumab. Suele ser autolimitado: remite o mejora en el 50 % de los pacientes en cinco a seis años. **Conclusiones:** La urticaria *a frigore* es infrecuente, pero hasta un tercio de los pacientes pueden presentar anafilaxia; la natación es el desencadenante más frecuente de las reacciones sistémicas y conlleva riesgo vital (anafilaxia y ahogamiento). Su sospecha y diagnóstico en atención primaria, junto con la prescripción de adrenalina autoinyectable y la educación en la evitación, son prioritarios para prevenir reacciones potencialmente mortales.

PD-100 — EL RETO DE LA FIEBRE RECURRENTE: TRES CASOS DE ENFERMEDADES AUTOINFLAMATORIAS PEDIÁTRICAS

Villa Álvarez, M.; García Pereiro, A.; Menéndez Iglesias, P.; Cimadevilla Fernández, R.; Montero Díaz, N.; García Guilabert, M.D.C.; Pardo Campo, E.; Courel Del Río, V.; Murias Loza, S.; Rodríguez Suárez, J. - *Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.*

Introducción y objetivo: La fiebre recurrente constituye un reto diagnóstico en Pediatría y puede ser la manifestación inicial de enfermedades autoinflamatorias. Estas son trastornos de la inmunidad innata caracterizados por inflamación sistémica recurrente sin causa infecciosa. El objetivo es ilustrar, mediante tres casos clínicos, las claves para la sospecha de enfermedades autoinflamatorias desde Atención Primaria (AP). **Resumen de los casos:** Se presentan tres pacientes remitidos desde AP por episodios de fiebre periódica: **Caso 1:** Varón de 13 años con brotes de fiebre de 2-3 días, astenia, artralgias y dolor abdominal desde los 3 años, asociados a elevación persistente de reactantes de fase aguda (RFA). Diagnosticado de Fiebre Mediterránea Familiar (variante patogénica homocigota en el gen MEFV). Inicialmente tratado con colchicina, precisó posteriormente tratamiento con anti-IL-1RA por persistencia de actividad inflamatoria. **Caso 2:** Mujer de 8 años con episodios febriles recurrentes desde los 4 meses asociados a odinofagia, dolor abdominal, diarrea, vómitos, aftas orales y exantema, con elevación de RFA. Diagnosticada de síndrome de hiperIgD (variante patogénica homocigota en el gen MVK), iniciando tratamiento con anti-IL-1β, pudiendo suspenderse corticoterapia**. Caso 3:** Mujer de 2 años con exantema urticariforme persistente desde el nacimiento, episodios recurrentes de febrícula y elevación de RFA. El estudio genético confirmó CAPS (*Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes*), con variante patogénica heterocigota en el gen NLRP3. Recibió anti-IL-1RA, sustituyéndose posteriormente por anti-IL-1β. En los tres casos la actividad inflamatoria está controlada, clínica y analíticamente, tras el inicio de tratamiento biológico. **Conclusiones:** Las enfermedades autoinflamatorias deben incluirse en el diagnóstico diferencial de la fiebre recurrente sin causa infecciosa. La asociación con manifestaciones como dolor abdominal, aftosis oral o determinados exantemas, junto con elevación persistente de RFA, puede orientar la sospecha diagnóstica desde AP y favorecer una derivación precoz. El diagnóstico temprano permite instaurar tratamientos dirigidos y prevenir complicaciones.

PD-101 — ¿PICADURA DE ARAÑA O SÍNDROME DE SKEETER? A PROPÓSITO DE UN CASO

Alés Arroyo, M.D.L.Á.; Tovar Jaime, M.D.A.H.; Fernández Pérez, A.; González Romero, L. - *Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.*

Anamnesis: Niña de 13 años con enfermedad de Charcot-Marie-Tooth tipo 1A y dermatitis atópica, remitida para estudio de lesiones cutáneas recurrentes tras picaduras de insectos. Desde los 5-6 años presentaba reacciones locales extensas tras picaduras de insectos nocturnos, sin síntomas sistémicos asociados. En abril de 2026 desarrolló una lesión en mano derecha tras probable picadura de artrópodo, con formación de ampollas y posterior escara necrótica, precisando seguimiento por Cirugía Pediátrica y tratamiento con clindamicina, cloxacilina, amoxicilina-clavulánico y corticoides sistémicos. Posteriormente presentó episodios similares en dorso del pie y tobillo derechos tras picaduras de mosquito. **Exploración clínica:** Buen estado general. Xerosis cutánea. Lesiones cicatriciales compatibles con episodios previos en mano derecha y extremidades inferiores. Sin otros hallazgos patológicos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** El estudio analítico e inmunológico fue normal. La historia de reacciones locales recurrentes tras picaduras, la ausencia de datos sugestivos de infección o inmunodeficiencia y la aparición de un nuevo episodio claramente relacionado con picadura de mosquito orientaron al diagnóstico de síndrome de Skeeter. No fue necesario ampliar estudio alérgico adicional. Se estableció un plan de actuación ante nuevos episodios basado en medidas de evitación de picaduras (repelentes y mosquiteras), corticoides tópicos, antihistamínicos y corticoides orales en caso de reacción intensa. **Conclusiones:** El síndrome de Skeeter es una reacción de hipersensibilidad a picaduras de mosquito frecuentemente infradiagnosticada y confundida con celulitis bacteriana por la mayor prevalencia de esta. Nuestro caso muestra una presentación ampollosa y necrótica poco habitual que motivó tratamientos antibióticos innecesarios. Su reconocimiento en Atención Primaria permite evitar exploraciones y tratamientos inapropiados, así como instaurar precozmente medidas preventivas y un plan terapéutico individualizado para reducir recurrencias y mejorar la calidad de vida del paciente.

PD-102 — EXANTEMA URTICARIFORME E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE: CUANDO EL DIAGNÓSTICO NO ES UNA ANAFILAXIA

Sánchez-Paniagua Labrador, L.; López Ortega, A.; Muñoz López, C.; García Huergo, A.V.; Sanz Pérez, A.; Hortigüela Aparicio, M.; Manzaneda Navío, M.; De Ángeles Fernández, C.; Zubimendi Pérez, R.M.; Cabrerizo Ortiz, M. - *Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.*

Anamnesis: Niño de 6 años con antecedente de broncoespasmos que acude a urgencias por dificultad respiratoria y exantema de 3 días de evolución. Asocia pico febril en las últimas horas y deposiciones líquidas. Ante dificultad respiratoria grave con sibilancias respiratorias, desaturación a 88 % y placas eritematoedematosas generalizadas se ingresa por broncoespasmo grave y sospecha de urticaria parainfecciosa. Presenta empeoramiento clínico progresivo con hipoxemia persistente y decaimiento por lo que precisa escalada de soporte respiratorio, adrenalina intramuscular y cefotaxima. Se deriva a unidad de cuidados intensivos (UCI). **Exploración clínica:** A su llegada a la UCI destaca taquicardia marcada (160 latidos por minuto) coincidente con exacerbación cutánea y desaturación a 88 % pesar de mascarilla reservorio con tensión arterial estable y febrícula. Se observan lesiones urticariformes generalizadas y edema acral. No se auscultan ruidos patológicos cardiacos ni pulmonares. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Durante el ingreso se realiza placa de tórax sin hallazgos y se extraen analítica sanguínea con resultados anodinos y hemocultivo. Se amplían estudios con ecografía abdominal normal, reacción de cadena polimerasa múltiple y serologías. Precisa una nueva dosis de adrenalina seguida de administración en perfusión y otra dosis de cefotaxima. Se solicita interconsulta a alergología y a dermatología quienes sospechan una reacción tipo enfermedad del suero (*serum sickness-like reaction*, SSLR) en posible relación con proceso infeccioso. Se confirma posteriormente con serología positiva de *Mycoplasma* que es tratado con azitromicina.

Conclusiones: La SSLR es una entidad inflamatoria poco frecuente en la edad pediátrica, habitualmente asociada a fármacos, aunque también puede desencadenarse por infecciones. Su presentación clínica puede ser muy heterogénea y simular otras entidades potencialmente graves, lo que dificulta su reconocimiento. Este caso destaca la importancia de considerarla en el diagnóstico diferencial de exantemas urticariformes persistentes asociados a clínica sistémica.

PD-103 — TALLA BAJA ASOCIADA A SHOX: IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA CLÍNICA ANTE ESTIGMAS ÓSEOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Lara García, M.; Rendón Montañés, P.; Becerra Fernández, I.; Barangua Gómez Calero, P.J.; Aguilera Bellido, Á.; Borrego Prado, M.; Jiménez Crespo, B. - *Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.*

Anamnesis: Niña de 11 años en seguimiento por Rehabilitación por osteocondromatosis múltiple que es derivada a Endocrinología por talla baja. Había presentado telaraquia los 10 años y menarquia a los 11. Al inicio del estudio presentaba una talla 141cm (p8, -1.5DE) con una talla diana 162±5cm (p37), por lo que continuó seguimiento en Atención Primaria. Ante disminución de percentil y enlentecimiento de la velocidad de crecimiento, se deriva a los 13 años de nuevo a Endocrinología. **Exploración clínica:** A la exploración presenta peso 45kg (p29), talla 143cm (p3, -2DE) y Tanner IV, con impresión de mesomelia sin otras dismorfias. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se revisa radiografía de mano (realizada en contexto de osteocondromatosis) donde se evidencia edad ósea concordante con cierre epifisario, acortamiento de 3º, 4º y 5º metacarpianos, triangulación del carpo y posible deformidad de Madelung. Se solicita estudio genético con hallazgo de una deleción en heterocigosis que incluye el gen SHOX. Se realiza cariotipo con hallazgo de un mosaicismo 45 XO/46XX, compatible con síndrome de Turner. El estudio de extensión con analítica sanguínea, ecografía abdominal, valoración por cardiología y otorrinolaringología fue normal. Debido a una edad ósea avanzada con cierre epifisario, no fue candidata a tratamiento con hormona de crecimiento. **Conclusiones:** Ante una talla baja es fundamental un seguimiento clínico que nos permita detectar causas secundarias y poder actuar en una ventana terapéutica óptima. Signos óseos propios de la alteración del gen SHOX pueden ser sutiles, aunque es importante buscarlos activamente. Aunque la displasia ósea por alteración de SHOX no tiene relación con la osteocondromatosis, el diagnóstico de patología ósea conocida no debería limitarnos para buscar otros signos radiológicos más allá de la enfermedad de base. Por otro lado, el síndrome de Turner en mosaico puede tener una presentación clínica más variable, pudiendo tener un desarrollo puberal normal como en el caso de nuestra paciente.

PD-104 — MASA MEDIASTÍNICA EN PACIENTE LACTANTE: EL PAPEL DE LA ECOGRAFÍA EN LA VALORACIÓN DEL ENSANCHAMIENTO MEDIASTÍNICO EN URGENCIAS

González Mateos, R.; García de Oteyza, M.; Bermejo González, B. - *Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, Madrid, España.*

Anamnesis: Lactante de 16 meses, sin antecedentes de interés, acude por a urgencias por tercera vez por fiebre de 11 días de evolución y tos. Diagnosticado de otitis media aguda y neumonía lobar superior derecha por lo que mantenía tratamiento amoxicilina clavulánico desde hacía 6 días sin mejoría. **Exploración clínica:** Triángulo de evaluación pediátrica estable. Auscultación cardiopulmonar normal. Resto de exploración sin hallazgos significativos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Inicialmente, ante una ecografía pulmonar con dudosa consolidación anterior derecha, se realizó una radiografía de tórax que mostró un aparente ensanchamiento mediastínico paratraqueal derecho, atribuido inicialmente a rotación y silueta tímica. En la segunda visita se orientó como una consolidación neumónica. En la tercera visita por la persistencia de fiebre, se extrae una analítica sanguínea donde se objetiva leucocitosis con neutrofilia y proteína C reactiva de 54 mg/L. Se realizó ecografía torácica que identificó una lesión mal definida de 3,4 cm dependiente de la región paramediastínica derecha, decidiéndose su ingreso para estudio. Durante el ingreso de realiza tomografía axial computarizada que confirma el diagnóstico de absceso retrofaríngeo con mediastinitis asociada precisando antibioterapia intravenosa durante más de un mes. **Conclusiones:** Es fundamental correlacionar la clínica y la exploración física para interpretar correctamente los hallazgos radiológicos basales. Ante duda diagnóstica de ensanchamiento mediastínico en la radiografía de tórax, la ecografía torácica constituye la herramienta de elección inicial para identificar de forma segura masas mediastínicas.

PD-105 — UNA SORPRESA BAJO EL CUERO CABELLUDO: UN CASO DE COLECCIÓN SUBGALEAL TARDÍA

Seijo Rodríguez, J.; Montejo Marcos, B.; García Calvo, E.; Polo De Dios, M.; Plata Izquierdo, B.; Domínguez Sevilano, B.; García Ugarte, B.; Andrés Blanco, L.; García Calvo, E. - *Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, España.*

Anamnesis: Lactante de 3 meses que acude a urgencias pediátricas hospitalarias por haber observado un bulto en región superior cefálica de 24 horas de evolución que refieren los padres que ha ido aumentando de tamaño. Los padres comentan que se mueve con la tos y que sospechan que no le duele. Niegan traumatismo previo. Afebril en todo momento. No clínica infecciosa. Como antecedentes personales presentó un parto instrumental por alivio de expulsivo. Presentó en la exploración a las 24 horas de vida una deshicencia de sutura sagital y cafalohematoma. **Exploración clínica:** En urgencias presenta un TEP estable junto con un excelente estado general. Se encuentra activo, reactivo y contento. Normohidratado, normonutrido y normoperfundido. Normocoloreado y eupneico. No exantemas ni petequias. No adenopatías palpables. FANT 2x1cm. Se palpa tumoración de consistencia algo dura y lisa de 2x2 cm en región media parietal no doloroso con ligera movilidad al tacto que no se limita en suturas. No edema ni cambios de coloración local. Exploración neurológica: Alerta y reactivo. Pupilas isocóricas normorreactivas. Pares craneales conservados. Tono, fuerza y sensibilidad conservados. Resto de la exploración sin alteraciones **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicita ecografía preferente para la realización por parte de radiología infantil. Se realiza la ecografía a los 4 días de la consulta en urgencias informándose como colección subgaleal anecoica con imágenes lineales ecogénicas móviles (organizada), compresible, no delimitada por suturas, sin flujo vascular, de aproximadamente 10 mm de espesor máximo, en relación con colección subgaleal tardía. Presentó una disminución paulatina del tamaño hasta su desaparición a los 25 días. **Conclusiones:** La colección subgaleal tardía es una entidad infrecuente y generalmente benigna del lactante, caracterizada por una acumulación fluctuante de líquido en el espacio subgaleal semanas después del nacimiento. Tiene una evolución autolimitada y con resolución espontánea sin precisar tratamiento médico. Su reconocimiento permite evitar pruebas invasivas y tratamientos innecesarios.

PD-106 — UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGÍA PAROTÍDEA EN PEDIATRÍA

Ibáñez Rubio, S.[1]; Jarauta Sánchez, I.[1]; López Aznárez, I.[2]; García De La Cruz, M.[1]; Brizuela Delgado, J.[1]; Altuzarra Foncea, Y.[1]; Alquézar Yus, P.[1]. - [1]*Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España;* [2]*CS La Guindalera, Logroño, Rioja. España.*

Anamnesis: Se presentan dos pacientes pediátricos valorados en Atención Primaria por tumefacción cervicofacial con sospecha de patología parotídea, en los que la ecografía realizada en consulta fue clave en el diagnóstico y seguimiento. El primer caso corresponde a un varón con tumefacción laterocervical izquierda de 48 horas de evolución, borramiento del ángulo mandibular y fiebre. El segundo caso corresponde a un paciente con clínica subaguda de molestias cervicales y bultoma retroauricular, afebril, con episodios intermitentes de dolor parotídeo. **Exploración clínica:** En la exploración del primer paciente se objetivó aumento de volumen en región parotídea izquierda, dolor a la palpación, borramiento del ángulo mandibular y glándula tensa, sin fluctuación

ni signos cutáneos de absceso. La exploración cervical no mostró celulitis ni limitación funcional. El segundo paciente presentaba bultoma retroauricular palpable, blando, sin adherencia a planos, eritematoso, sin signos de flogosis ni limitación cervical. En revisiones posteriores presentó dolor retromandibular derecho sin afectación del estado general. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó ecografía en consulta en ambos casos. En el primer paciente se evidenció aumento del tamaño de la parótida izquierda con incremento de la ecogenicidad del parénquima, sin aumento de la vascularización ni colecciones. Se asociaban adenopatías laterocervicales reactivas. Se completó estudio con muestra del conducto de Stenon y orina, sin hallazgos patológicos. Se inició amoxicilina-clavulánico, con mejoría en 48 horas y resolución clínica y ecográfica en una semana. En el segundo paciente la ecografía inicial mostró parótidas de tamaño conservado con adenopatías intraparotídeas y laterocervicales reactivas. En controles seriados durante episodios de dolor se objetivó aumento transitorio de la ecogenicidad parotídea con adenopatías asociadas, con normalización posterior. Se realizó manejo conservador, con seguimiento clínico y ecográfico. **Conclusiones:** La ecografía en Atención Primaria permite correlacionar exploración física y hallazgos morfológicos, mejorar la precisión diagnóstica y guiar decisiones terapéuticas en patología parotídea, incrementando la capacidad resolutiva y reduciendo derivaciones innecesarias.

PD-107 — HEMANGIOMA DEL PABELLON AURICULAR: SOSPECHA DE TRAUMATISMO

Quintana García de Dionisio, L.; González Romero, L.; Pérez Arroyo, A.; Chamorro Leiva, C. -
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Anamnesis: Lactante de 1 mes con aparición brusca de inflamación del pabellón auricular izquierdo asociada a hematoma, de pocas horas de evolución. Negaban traumatismo, picadura de insecto u otros desencadenantes. Referían aparición ocasional de equimosis coincidiendo con episodios de llanto. **Exploración clínica:** Se objetivó edema y hematoma del pabellón auricular izquierdo junto con dos pequeñas equimosis en mejilla y región cervical derechas. No presentaba petequias, adenopatías, ni visceromegalias. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de otohematoma se realizó estudio analítico urgente con hemograma y coagulación, sin alteraciones. Fue valorada por Cirugía Pediátrica decidiendo manejo conservador y se emitió parte de lesiones ante la posibilidad de lesión no accidental. Durante la evolución se observó delimitación progresiva de la lesión hasta identificar una tumoración de 1 cm sin alteración de la coloración, por lo que se planteó como posible diagnóstico un hemangioma del pabellón auricular. Se completó el estudio con ecografía doppler que identificó una tumoración vascularizada de 10 × 5 mm con flujo arterial y venoso en el pabellón auricular izquierdo, confirmando el diagnóstico. La evolución posterior mostró regresión espontánea de la lesión, por lo que se mantuvo actitud expectante. **Conclusiones:** Los hemangiomas infantiles son los tumores vasculares benignos más frecuentes, pero pueden presentar formas de inicio atípicas que dificulten el diagnóstico, La localización auricular es poco frecuente y en etapas iniciales puede plantear diagnóstico diferencial con otohematoma o trastornos de la hemostasia. Este caso pone de manifiesto que ante la presencia de lesiones cutáneas de apariencia traumática se requiere descartar alteraciones hematológicas y lesiones no accidentales. La ecografía doppler es la principal herramienta diagnóstica, permitiendo confirmar el origen vascular de la lesión. En hemangiomas sin complicaciones se puede plantear el manejo expectante debido a la alta tasa de regresión espontánea que presentan estas lesiones.

PD-108 — ADENOPATÍA PERSISTENTE: CUÁNDO SOSPECHAR ALGO MÁS

Alcántara Rey, C.; Bravo Arcicollar, P.; Conde-Pumpido Velasco, M.; Álvaro Gómez, A.; González Santamaría, L.; Hercberg Moreno, A.; Alcaraz Romero, A.J. - *Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.*

Anamnesis: Niño de 10 años sin antecedentes relevantes que acude a su Pediatra de Atención Primaria por aparición de adenopatía cervical derecha en contexto de infección respiratoria de vías altas desde hace un mes. Aumento de tamaño progresivo, sin dolor ni aumento de temperatura local. El paciente se encuentra asintomático. No otras adenopatías. **Exploración clínica:** Constantes vitales normales. Buen estado general. Se palpa bultoma laterocervical derecho de 2x3 cm, redondo, móvil, de consistencia elástica, no adherido a planos profundos. No enrojecimiento ni empastamiento de la zona. No adenopatías a otro nivel. Cabeza y cuello normal. No patología dentaria. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En Centro de Salud se realizó análisis de sangre (hemograma, bioquímica y serologías) sin alteraciones; radiografía de tórax (normal) y Mantoux (negativo). Tras derivación hospitalaria se realiza ecografía, que objetiva una lesión ocupante de espacio en glándula submandibular derecha sin claras características de ganglio reactivo, y punción aspiración con aguja fina (PAAF), con patrón reactivo indicativo de hiperplasia. Por crecimiento progresivo se procede a exéresis de la lesión, con anatomía patológica compatible con linfoma de Hodking de predominio linfocítico nodular. Se completa estudio de extensión con PET-TAC de cuerpo completo (sin alteraciones), TAC de tórax (normal) y RM de abdomen (normal). Buena evolución clínica del paciente, encontrándose asintomático. **Conclusiones:** Las adenopatías son un motivo de consulta muy frecuente en Pediatría. Entre los signos de alarma de las adenopatías, destacan en nuestro paciente la duración prolongada más de cuatro semanas y el crecimiento progresivo, por lo que fue conveniente realizar pruebas complementarias de primer nivel (análisis de sangre, serologías, radiografía de tórax y Mantoux) y, según los resultados obtenidos, pruebas de segundo nivel (ecografía y estudio anatomopatológico con PAAF o biopsia abierta). Conviene recordar que la PAAF puede no dar el diagnóstico de una neoplasia, como ocurrió con nuestro paciente.

PÓSTER CON DEFENSA 12 – PANTALLA 5

PD-109 — EL DOLOR EN MIEMBRO INFERIOR NO SIEMPRE IMPLICA PATOLOGÍA ORTOPÉDICA

Palau Lozano, G.; Domingo Cortés, V. -
Hospital Universitario La Ribera, Valencia, España.

Adolescente de 13 años consulta a su pediatra por dolor en muslo derecho tras traumatismo deportivo. No antecedentes personales de interés. A la exploración clínica presenta dolor a la palpación en músculo vasto lateral derecho con limitación a la flexo-extensión de rodilla, por lo que pautan antiinflamatorio. Consulta en 2 ocasiones más por dolor nocturno en rodilla derecha con escasa respuesta al antiinflamatorio y dificultad a la deambulación, y se realiza radiografía de rodilla que es normal. A las 6 semanas, acude refiriendo dolor en ingle derecha que irradia a rodilla, con las características descritas anteriormente y sin traumatismo en los últimos 30 días. Exploración clínica normal. Se solicita radiografía de cadera sin hallazgos patológicos y en análisis sanguíneo destaca elevación de lactato deshidrogenasa y velocidad de sedimentación globular, con hemograma y frotis de sangre periférica normal. A los 2 meses del inicio de la clínica, refiere dolor irradiado a espalda y síntomas constitucionales. Repiten radiografía de cadera sin hallazgos significativos y remiten a consulta de traumatología, quienes envían al paciente a urgencias pediátricas ante afectación del estado general y dolor abdominal derecho. Rehistorian y refiere sudoración nocturna y la sintomatología referida previamente. A la exploración clínica destaca adenopatías blandas, móviles, bilaterales laterocervicales e inguinales, masa abdominal en flanco derecho, indurada y dolorosa a la palpación y limitación a la extensión de miembro inferior. Solicitan ecografía abdominal que informa de masa que apoya sobre pelvis derecha de gran tamaño, heterogénea, con áreas de necrosis central, bien definida, compatible con sarcoma. Ante dichos hallazgos, se deriva a oncología. Tras realizar pruebas complementarias, se diagnostica de Sarcoma de Ewing de partes blandas e inicia tratamiento. **Conclusiones:** -El dolor nocturno y la escasa respuesta a antiinflamatorios deben alertar sobre patologías graves. -Importancia de la reevaluación ante persistencia

de síntomas. -En pediatría, el sarcoma de Ewing suele ser primario óseo (75-80 %) y con menor frecuencia extraesquelético (20-25 %). Los síntomas más comunes fueron dolor (61 %) e hinchazón (10 %).

PD-110 — MANIFESTACIONES OFTALMOLÓGICAS COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE UN TUMOR DE FOSA POSTERIOR

Gutiérrez Sánchez, A.M.; Fernández Espinar, M. -
CS El Soto, Madrid, España.

Anamnesis: Adolescente de 13 años que consulta por dolor ocular derecho, con edema palpebral y ptosis de 8 horas de evolución. Afebril, sin clínica catarral, cefalea, ni vómitos. Como antecedentes destacan episodios recidivantes de angioedema labial y urticaria en estudio, miopía y astigmatismo, dos episodios de síncope y seguimiento psicológico por cambios conductuales y dificultades en las relaciones sociales. **Exploración clínica:** En la exploración presenta leve disminución de hendidura palpebral derecha y dolor con la infraversión ocular. Inicialmente se sospecha miositis del recto inferior derecho versus ptosis/edema palpebral de origen alérgico. La paciente recibe tratamiento antiinflamatorio oral y colirio con corticoide pese a lo cual en las sucesivas revisiones persiste disminución de hendidura palpebral, dolor ocular, disminución de agudeza visual y parpadeo frecuente, por lo que se decide ingreso para completar estudio. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La tomografía computerizada de órbita es normal. La resonancia magnética craneoespinal muestra una tumoración de 2,8 x 1,9 x 1,3 cm en la porción inferior del IV ventrículo, extendiéndose hacia la cisterna magna, compatible con ependimoma. Se realiza resección quirúrgica completa, con resolución de la sintomatología ocular y mejoría de la agudeza visual. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de ependimoma de fosa posterior, grado 2 OMS 2021, grupo de metilación B. Se completa estadiaje sin hallazgos adicionales y se inicia radioterapia focal con protonterapia. Durante el seguimiento presenta episodios de pseudocrisis y crisis de pánico, precisando derivación a consulta psiquiatría. Tras finalizar la radioterapia, permanece en remisión. **Conclusiones:** Los ependimomas representan el 8-10 % de los tumores del SNC infantil y se localizan predominantemente en fosa posterior. La resección quirúrgica completa seguida de radioterapia continúa siendo el tratamiento de elección. La protonterapia puede aportar ventajas dosimétricas al reducir la irradiación de tejidos sanos. Es importante considerar en el diagnóstico diferencial causas intracraneales ante sintomatología ocular persistente, incluso cuando los hallazgos iniciales sugieren procesos inflamatorios o alérgicos.

PD-111 — UN CASO PARA RECORDAR

Cancio Dávila, L.; Domínguez García, A.; Descalzo Casado, A.; Sánchez Miranda, M.D.; González Caballero, O.; Núñez López, S.; Trinidad Acedo, M.; Ballano Pérez, C.; Rayego Sánchez, E.D.L.Á.; Mora Matilla, M. - *Hospital Materno Infantil, Badajoz, España.*

Anamnesis: Las lesiones medulares en la infancia son infrecuentes, pero tienen gran relevancia por las posibles secuelas que pueden ocasionar. Este caso clínico busca resaltar la importancia de una adecuada anamnesis y exploración física para identificar signos de alarma en pacientes pediátricos con lumbalgia. Niña de 11 años, sin antecedentes relevantes, que consulta por dolor punzante en región glútea con irradiación hacia la cara posterior del muslo de tres meses de evolución. Inicialmente unilateral derecho, bilateral desde el último mes. El dolor es mecánico, empeora con sedestación y movimientos bruscos, y en el último mes interrumpe el sueño sin mejoría tras analgesia habitual. No presenta fiebre, relajación de esfínteres ni otros síntomas acompañantes. Practica equitación sin antecedentes traumáticos claros. **Exploración clínica:** En la exploración física destaca un punto óseo doloroso paravertebral derecho a nivel D10-D11, dolor a la movilización de miembros inferiores, especialmente en decúbito prono, y signo de Lasègue bilateral positivo a 30º. No hay signos inflamatorios locales ni afectación articular en miembros inferiores. La marcha es lenta y rechaza la sedestación con piernas estiradas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante estos hallazgos se decide ingreso para estudio y control del dolor. Se realiza una resonancia magnética craneal y medular, que revela una lesión intramedular a nivel S1 compatible con ependimoma como primera posibilidad diagnóstica. Es valorada por Oncología, Traumatología y Neurocirugía Pediátrica, siendo intervenida mediante laminectomía L5-S1 con exéresis completa de la lesión a los 15 días con diagnóstico de meningioma de células claras. La evolución posterior es favorable con seguimiento clínico y radiológico sin signos de recidiva. **Conclusiones:** Los meningiomas son tumores del sistema nervioso central derivados de células aracnoideas. Son extremadamente raros en niños y presentan manifestaciones clínicas variables según la edad. Este caso subraya la importancia de una valoración clínica exhaustiva para detectar signos de alarma que permitan alcanzar un diagnóstico precoz.

PD-112 — NO TODO ABDOMEN AGUDO RESULTA SER UNA APENDICITIS AGUDA

Cruz Velasco, L.; González Carracedo, M.J.; Sánchez, I.; Pulido, I.; Domínguez, A. - *Hospital de Mérida, Badajoz, España.*

Anamnesis: Presentamos el caso de un varón de 8 años derivado a urgencias hospitalaria por su pediatra por dolor abdominal agudo con dudosos signos de irritación peritoneal para despistaje de apendicitis aguda. Refería dolor continuo con inapetencia alimentaria de 72 horas, febrícula y náuseas autolimitadas y dos deposiciones diarreicas en las últimas horas. Sudoración nocturna, habitual, sin otros síntomas acompañantes. **Exploración clínica:** El examen físico mostró aceptable estado general y leve palidez cutáneomucosa. A la palpación abdominal destacaba una gran masa periumbilical, dolorosa, redondeada y de consistencia dura. No se palparon otras masas, visceromegalias ni adenopatías patológicas. Afebril y con resto de la exploración, anodina. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Los estudios iniciales incluyeron analítica sanguínea con ligera anemia y elevación de reactantes de fase aguda y frotis de sangre periférica que mostró discreta anisocitosis. La ecografía abdominal descartó apendicitis, identificando una invaginación ileo-ileal y una masa heterogénea de 10,9 x 9,3 centímetros con vascularización interna, sugestiva de proceso linfoproliferativo. La tomografía computerizada abdominal evidenció una gran masa mesentérica y retroperitoneal que englobaba grandes vasos y lesiones hepáticas sospechosas de malignidad, apoyando la sospecha de linfoma maligno. El estudio de extensión por Hemato-Oncología pediátrica mediante punción-aspiración de médula ósea confirmó el diagnóstico de Linfoma de Burkitt. Tras una semana de tratamiento quimioterápico, el volumen de la masa tumoral se redujo en un 82 %. **Conclusiones:** El dolor abdominal agudo es un motivo de consulta frecuente en pediatría. Su diversa etiología obliga a descartar causas prevalentes como la apendicitis aguda sin olvidar que puede ser la manifestación inicial de otras enfermedades graves cuyo diagnóstico precoz resulta fundamental. El Linfoma de Burkitt es una causa infrecuente de dolor abdominal en la infancia. La ecografía abdominal aporta información valiosa para una aproximación diagnóstica inicial. Este caso resalta la importancia de mantener un amplio diagnóstico diferencial ante el dolor abdominal agudo en pediatría.

PD-113 — ¿SARCOMA O FALSA ALARMA?

Sierra Águila, M.[1]; Haupt Arabia, V.[1]; Carrasco Villanueva, M.J.[1]; Carpintero, I.[2]; Martínez, M.[2]; Peña, A.[1]; Rodríguez, J.[1]; Macías, A.[1]; Gutiérrez, M.[1]; Izquiero, E.[1]. - [1]*Hospital Río Carrión, Palencia, España;* [2]*CS La Puebla, Palencia, España.*

Anamnesis: Mujer de 7 años que acude a atención primaria porque le han notado casualmente mientras le echaban crema hidratante un bulto en zona postero-interna de muslo derecho. No traumatismo previo, indoloro y no otra sintomatología asociada. La paciente no tiene antecedentes de interés para este proceso. **Exploración clínica:** Se ve y se palpa bultoma intramuscular duro, indoloro, de 6×5 centímetros en muslo derecho. Resto de la exploración sin alteraciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza una radiografía en el centro de salud observándose aumento de partes blandas. Se contacta con traumatología quien recomienda derivación a unidad de tumores, completándose el estudio con ecografía y resonancia magnética. En las pruebas de imagen se encuentra

una lesión sólida intramuscular en el aductor mayor (6×3,5×6,2 centímetros), bien delimitada y con moderada vascularización. No alteraciones óseas, ganglios, ni de partes blandas en otras localizaciones. Ante la sospecha de sarcoma de partes blandas, se deriva al servicio de traumatología del Hospital 12 de Octubre. Se realiza biopsia, confirmándose un tumor mesenquimal miofibroblástico de bajo grado, congruente con fascitis nodular marcador USPS positivo, que parece haber disminuido levemente de tamaño espontáneamente. En cuanto al seguimiento, se cita a la paciente en seis meses para control clínico. **Conclusiones:** La fascitis nodular es una proliferación benigna y autolimitada de miofibroblastos, que se presenta como nódulos firmes de rápido crecimiento. Aunque es infrecuente en pediatría (1-4 % de los tumores benignos de tejidos blandos, frente al 11 % en adultos de 20-40 años), debe incluirse en el diagnóstico diferencial infantil. Su rápido crecimiento simula clínicamente tumoraciones malignas, lo que genera una gran alarma al mimetizar un sarcoma de partes blandas. Por ello, resulta imprescindible realizar un adecuado diagnóstico diferencial mediante pruebas moleculares, destacando la detección de la fusión del gen MYH9-USP6, que confirma definitivamente su benignidad.

PD-114 — SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR COMO DEBUT DE LINFOMA LINFOBLÁSTICO T EN LA EDAD PEDIÁTRICA

González Romero, L.; Quintana García de Dionisio, L.; Bernabéu Fernández de Liencres, M.; Alés Arroyo, M.D.L.Á.; García Sanz, M. - *Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.*

Anamnesis: Paciente de 7 años con cuadro de 5 días de evolución de edema facial y palpebral matutino con mejoría progresiva a lo largo del día. En las últimas 48 horas asociaba tos y dificultad respiratoria nocturna. Los padres referían aparición de circulación colateral en la zona superior del tórax desde esa mañana. No fiebre, pérdida de peso ni otros síntomas asociados. **Exploración clínica:** Destacaba circulación colateral en región superior del tórax y adenopatías a nivel axilar derecho e inguinal bilateral. Durante su estancia en urgencias presentó tiraje intercostal, saturación de oxígeno 92 % e hipoventilación en campos anteriores y hemitórax derecho. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La radiografía de tórax mostró un ensanchamiento mediastínico. La tomografía computarizada torácica confirmó la presencia de una masa mediastínica anterior de aproximadamente 11 × 8 × 15 cm, con extensión al mediastino superior y medio, compromiso de la vena cava superior, derrame pleural derecho, y adenopatías asociadas. En la analítica destacaba una elevación de lactato deshidrogenasa (933 U/L). El estudio posterior confirmó el diagnóstico de linfoma linfoblástico T con síndrome de vena cava superior incompleto. Se inició tratamiento quimioterápico específico, observándose una reducción significativa del tamaño tumoral en la reevaluación. **Conclusiones:** El síndrome de vena cava superior es una entidad poco frecuente en pediatría aunque potencialmente grave. El edema facial de predominio matutino, la circulación colateral torácica y la dificultad respiratoria deben alertarnos y motivan una evaluación urgente. Las masas mediastínicas anteriores son una forma habitual de presentación del linfoma linfoblástico T con posibilidad de comprometer la vía área y estructuras vasculares, convirtiéndose en una urgencia oncohematológica. Este caso destaca la importancia del reconocimiento precoz de los signos de compresión mediastínica permitiendo acelerar el diagnóstico e iniciar el tratamiento específico de forma temprana, mejorando el pronóstico de estos pacientes.

PD-115 — SI EL EDEMA FACIAL NO MEJORA, PENSAR MÁS ALLÁ DE UNA PICADURA

Ortí Verdet, Á.J. - *Hospital de la Ribera, Valencia, España.*

Anamnesis: Varón de 8 años que consultó por un episodio de vómito. Desde hacía una semana presentaba edema facial no pruriginoso tras una aparente picadura de mosquito en la mejilla izquierda. Había recibido tratamiento con antihistamínicos y corticoides orales por sospecha de reacción alérgica, sin mejoría clínica. Asocia el día previo a la consulta disnea de esfuerzo, con fatiga al subir escaleras, sin respuesta al tratamiento broncodilatador. **Exploración clínica:** Buen estado general y estabilidad hemodinámica. Destacaba edema facial y palpebral bilateral, con lesión compatible con picadura en la mejilla izquierda, sin edema en otras localizaciones. Presentaba taquipnea leve y tonos cardíacos discretamente apagados, con auscultación pulmonar sin hallazgos significativos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica sanguínea anodina salvo leve elevación de LDH. La radiografía de tórax evidenció una masa mediastínica por lo que se realizó una ecocardiografía que descartó cardiopatía estructural. Ante la sospecha de síndrome de la vena cava superior secundario a una masa mediastínica, se trasladó al paciente a un hospital de referencia. El estudio confirmó un linfoma linfoblástico T estadio IV mediante análisis del derrame pleural y estudio de extensión. Se inició profilaxis del síndrome de lisis tumoral e ingreso en protocolo de tratamiento específico. **Conclusiones:** Este caso nos recuerda la importancia de rehistoriar al paciente y prestar atención a aquellos que no mejoran con el tratamiento. El síndrome de la vena cava superior es una complicación poco frecuente, presente en aproximadamente el 2-4 % de los linfomas pediátricos, por lo que su reconocimiento precoz resulta fundamental. Una valoración clínica cuidadosa permite evitar retrasos diagnósticos y facilita el inicio temprano del tratamiento.

PD-116 — COMPRESIÓN MEDULAR COMO DEBUT TUMORAL: RETO URGENTE DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO

Núñez López, S.; Ballano Pérez, C.; Sánchez Miranda, M.D.; González Caballero, O.; Parra Villena, A.; Domínguez García, A.; Descalzo Casado, A.; Cancio Dávila, L.; López Rodríguez, A.; Mora Matilla, M. - *Hospital Materno Infantil, Badajoz, España.*

Anamnesis: Varón de 9 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta por dorsalgia de un mes de evolución, progresiva, de predominio nocturno y con respuesta inicial a analgesia habitual. Asocia alteración de la marcha, inicialmente relacionada con el dolor, con progresión en las 48 horas previas a su consulta, a debilidad marcada en miembros inferiores con imposibilidad para la bipedestación y deambulación autónoma. Refiere además episodio aislado de alteración en la percepción térmica en extremidades inferiores y dificultad miccional autolimitada. No presenta fiebre, pérdida ponderal, alteraciones esfinterianas persistentes ni otra clínica sistémica asociada. **Exploración clínica:** A su llegada presenta constantes mantenidas con estabilidad hemodinámica y respiratoria. A nivel neurológico consciente y orientado, destacando rigidez de nuca con dolor a la flexión cervical, *clonus* bilateral no agotable en miembros inferiores, hiperreflexia osteotendinosa evidente y babinski positivo. Sensibilidad táctil y dolorosa conservadas, pares craneales sin alteraciones. La exploración motora es limitada por dolor y debilidad, con imposibilidad para la sedestación y deambulación. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica sanguínea no presenta hallazgos relevantes, salvo trombocitosis leve. La resonancia magnética craneoespinal urgente evidencia masa sólida heterogénea dependiente de elementos óseos posteriores, con extensión al canal y compresión medular entre D4-D6. Ante clínica y hallazgos compatibles con síndrome de compresión medular se inicia tratamiento con dexametasona intravenosa y se realiza intervención quirúrgica con laminectomía descompresiva urgente. El estudio anatomopatológico es compatible con sarcoma de Ewing. Tras ello, se inicia estudio de extensión con PET-TC, TAC torácico y estudio de médula ósea. **Conclusiones:** La compresión medular de origen tumoral, aunque infrecuente en la edad pediátrica, constituye una emergencia diagnóstica y terapéutica. La presencia de dorsalgia persistente, especialmente nocturna, asociada a déficit neurológico progresivo debe considerarse un signo de alarma. El reconocimiento precoz y el tratamiento urgente son determinantes para optimizar el pronóstico y prevenir secuelas neurológicas permanentes.

PD-117 — ESTANCAMIENTO PONDERAL EN UN LACTANTE: LA ATENCIÓN PRIMARIA ANTE UN SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO COMO DEBUT DE ENFERMEDAD DE WOLMAN

Esquerdo Soler, B.[1]; Lucas Abad, M.L.[2]; Peinado Valenzuela, A.M.[1]; Vives Escrivà, E.[1]; Juan Contrí, C.[1]; Marcos Aznar, P.[1]; Olcina Sebastián, A.[1]; Escrivà Cholbi, L.[1]. - [1]*Hospital de Dénia, Alicante, España;* [2]*CS Xàbia Duanes de la Mar, Xàbia, Alicante, España.*

Anamnesis: Lactante varón de 4 meses, hijo de padres consanguíneos (primos hermanos), con dificultad para la ganancia ponderal desde el nacimiento. En la revisión de los 4 meses los padres referían 10 días de fiebre intermitente vespertina, rechazo de las tomas, disminución de la diuresis y llanto débil. Desde atención primaria (AP) se sospecha de posible causa grave de estancamiento ponderal y se deriva a hospital comarcal para completar estudio. **Exploración clínica:** Triángulo de evaluación pediátrica inestable por apariencia, con llanto débil e hipoactividad neurológica. Palidez cutánea, lengua no húmeda y signo del pliegue negativo. FANT. En mucosa yugal izquierda, lesiones rojizas punteadas; lengua aframbuesada y saburral en la parte posterior; faringe con enantema tenue en paladar. Hepatoesplenomegalia. Estos hallazgos motivaron la derivación hospitalaria desde primaria. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se constataron citopenias, hipertransaminasemia, hiperferritinemia (>14.000 ng/mL), hipertrigliceridemia e hipofibrinogenemia. Cumplía seis de los ocho criterios del protocolo HLH-2004, confirmándose hemofagocitosis en el aspirado medular. Descartadas causas infecciosas, la actividad de lipasa ácida lisosomal resultó indetectable, pendiente de confirmación genética. Se inició dexametasona según protocolo y, tras el diagnóstico definitivo, terapia de sustitución enzimática con sebelipasa alfa y dieta exenta de grasas complejas, con normalización progresiva clínica y analítica. Diagnóstico: enfermedad de Wolman (déficit de lipasa ácida lisosomal) debutando como síndrome hemofagocítico secundario. **Conclusiones:** La enfermedad de Wolman es rara y, sin tratamiento, mortal antes de los 6 meses; la sebelipasa alfa ha modificado radicalmente su pronóstico, de ahí la importancia del diagnóstico precoz. La literatura recoge lactantes con esta presentación como síndrome hemofagocítico, frecuentemente diagnosticados de forma tardía. La ausencia de calcificaciones suprarrenales, signo clásico pero inconstante, no descarta el diagnóstico. El estancamiento ponderal junto con signos de alarma debe alertar al pediatra de AP, ya que la sospecha inicial condiciona el pronóstico, por lo que el seguimiento resulta fundamental.

PD-118 — DOLOR INGUINAL AGUDO EN ADOLESCENTE DEPORTISTA: CUANDO NO ES UNA LESIÓN MUSCULAR

Villacampa Muñoz, M. -
Linia pediàtrica Clot Sant Martí, Barcelona, España.

Anamnesis: Caso clínico de un adolescente de 13 años que consulta por dolor inguinal derecho de inicio brusco tras actividad deportiva, acompañado de limitación funcional para la deambulación. **Exploración clínica:** La exploración física evidenció dolor localizado en la región inguinal y limitación de la extensión de la extremidad afectada. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se planteó un diagnóstico diferencial que incluyó distensión muscular, hernia inguinal, patología testicular, epifisiolisis femoral proximal y fractura por avulsión. Como procedimiento diagnóstico se realizó radiografía de pelvis, que mostró una avulsión de la espina ilíaca anteroinferior, hallazgo confirmado mediante tomografía computarizada. Se instauró tratamiento conservador basado en reposo relativo, analgesia y descarga parcial, con evolución clínica favorable y recuperación progresiva de la función. **Conclusiones:** La avulsión apofisaria es una causa poco frecuente de dolor inguinal en adolescentes, pero debe sospecharse ante mecanismos de tracción brusca en deportistas. Puede simular patología muscular, lo que retrasa su diagnóstico si no se solicitan pruebas de imagen. Las series publicadas muestran buen pronóstico con tratamiento conservador, con retorno a la actividad deportiva en pocos meses en la mayoría de los casos.

PD-119 — CUANDO LA ECOGRAFÍA SE ADELANTA A LA RADIOGRAFÍA: OSTEOCONDROMA TIBIAL EN UN ADOLESCENTE

Fernández Fernández, T.[1]; Rodríguez Urteaga, E.[2]; Maderuelo Sánchez, A.I.[2]. - [1]*Hospital La Zarzuela Sanitas, Madrid, España;* [2]*CS Dos de Mayo, Madrid, España.*

Anamnesis: Varón de 15 años que consulta por una tumoración en la cara medial de la pierna izquierda, detectada de forma casual el día previo. No refería traumatismo previo, dolor, limitación funcional, fiebre ni otros síntomas asociados. Sin antecedentes personales ni familiares de interés relacionados con patología osteoarticular. **Exploración clínica:** Tumoración dura, de contornos bien definidos, de aproximadamente 2 cm de diámetro, localizada en tercio proximal de la cara medial de la tibia izquierda. No dolor a la palpación ni signos inflamatorios locales. Movilidad articular de la extremidad completa y marcha normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó ecografía musculoesquelética en Atención Primaria, identificándose una protrusión ósea hiperecogénica dependiente de la cortical tibial, asociada a un capuchón cartilaginoso anecogénico, sin alteraciones de las partes blandas adyacentes ni señal Doppler patológica. Hallazgos sugestivos de osteocondroma. Se informa a la familia sobre la alta sospecha de una lesión ósea benigna. Se solicita radiografía simple que confirma la exóstosis ósea en la cara medial de la metáfisis proximal de la tibia izquierda: osteocondroma sésil de aproximadamente 19 × 7 mm. Finalmente, se realizó derivación a Traumatología Infantil para valoración especializada y seguimiento evolutivo. **Conclusiones:** La ecografía musculoesquelética realizada en Atención Primaria permitió orientar precozmente el diagnóstico de osteocondroma, optimizando el estudio complementario y la derivación especializada. Este caso ilustra el valor de la ecografía clínica como herramienta diagnóstica accesible e inocua para la evaluación inicial de masas osteoarticulares en Pediatría. Su utilización facilita la identificación de hallazgos sugestivos de benignidad y la detección de signos de alarma que requieren una valoración más exhaustiva. La formación en ecografía musculoesquelética puede mejorar la capacidad resolutiva del pediatra de Atención Primaria y contribuir a una atención más eficiente y centrada en el paciente "La ecografía no sustituyó a la radiografía, pero permitió llegar antes al diagnóstico."

PD-120 — SÍNDROME DE GRISEL COMO CAUSA DE TORTÍCOLIS ATRAUMÁTICA EN PEDIATRÍA

Hormigo Moreno, E.[1]; Moreno García, A.[1]; Pérez Iglesias, L.[1]; Hidalgo Muñoz, M.[1]; Rubio Mantas, L.[1]; Croche Santander, B.[1]; Comino Vázquez, P.[2]. - [1]*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;* [2]*CS La Candelaria, Sevilla, España.*

Anamnesis: Paciente de 5 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, ingresada por síndrome febril de 4 días de evolución asociado a gastroenteritis aguda con deshidratación leve, anemia en rango transfusional y tortícolis persistente. **Exploración clínica:** Presentaba tortícolis con rotación cefálica e inclinación lateral del cuello, limitación de la movilidad cervical activa y pasiva, sin dolor, trismus ni focalidad neurológica. La valoración por Otorrinolaringología objetivó discreto abombamiento de la pared faríngea posterior izquierda. La analítica mostró elevación moderada de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva 93,1 mg/dL). **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se inició antibioterapia empírica ante la sospecha de infección cervical. El TAC cervical inicial fue informado como normal; sin embargo, tras persistencia clínica y revisión de las imágenes antes de realizar una resonancia magnética, se identificó una subluxación atloaxoidea grado I compatible con síndrome de Grisel. El síndrome de Grisel consiste en una subluxación rotatoria atloaxoidea (C1-C2) atraumática, habitualmente relacionada con infecciones otorrinolaringológicas o cirugía de cabeza y cuello, y debe sospecharse ante una tortícolis que no mejora en pediatría. Se instauró tratamiento conservador mediante collarín cervical rígido y diazepam como relajante muscular, objetivándose reducción completa en TAC de control. De forma concomitante, se diagnosticó anemia ferropénica secundaria a dieta con exceso de lácteos y trastorno de evitación/restricción de la ingesta, tratándose con concentrado de hematíes e hierro intravenoso. La gastroenteritis presentó resolución espontánea. **Conclusiones:** El diagnóstico precoz del síndrome de Grisel es fundamental para permitir un tratamiento conservador eficaz y evitar complicaciones. Debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la tortícolis atraumática persistente en pediatría, incluso cuando coexisten otros procesos clínicos que puedan dificultar su reconocimiento y no exista una infección otorrinolaringológica evidente.

PÓSTER CON DEFENSA 6 – PANTALLA 6

PD-121 — CUANDO UNA LESIÓN NASAL CONGÉNITA ESCONDE UN ENCEFALOCELE: LA IMPORTANCIA DEL *FONTICULUS FRONTALIS*

Borrero Girón, S.[1]; Ramos Noguera, G.[1]; Anta Matos, A.[1]; Rodríguez Outón, C.[2]; Álvarez López, C.[1]. - [1]*Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España;* [2]*CS San Fernando Dr. Cayetano Roldán, Cádiz, España.*

Anamnesis: Lactante de 12 meses, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta a su pediatra por inflamación aguda de lesión congénita nodular de aproximadamente 4 mm en línea media nasal ya conocida. Afebril, sin otra sintomatología asociada. La madre refiere episodios ocasionales de inflamación local con mejoría tras ibuprofeno por los que no ha consultado. **Exploración clínica:** En la exploración presenta inflamación de la región interciliar sin alteraciones de la coloración cutánea, no fluctuante y dolorosa a la palpación con salida de contenido blanquecino y maloliente. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante sospecha de fístula se inicia amoxicilina-clavulánico a 50 mg/kg/d y se solicita ecografía donde se evidencia colección líquida en línea media frontal de 33×6mm, asociada a irregularidad de la pared anterior de los senos frontales, sin poder identificar trayecto fistuloso. Ante estos hallazgos se deriva a Neurocirugía que tras valoración solicita resonancia magnética craneal, que muestra defecto óseo a nivel del *fonticulus frontalis* persistente, comunicando una lesión de partes blandas con el espacio intracraneal, compatible con encefalocele frontonasal. Se realiza corrección quirúrgica a los 18 meses. **Conclusiones:** Las lesiones congénitas de la línea media nasal constituyen un reto diagnóstico debido a la posibilidad de comunicación intracraneal. El fonticulus frontalis es un espacio embrionario transitorio situado entre los huesos frontales y nasales cuya persistencia puede asociarse a anomalías congénitas como los encefaloceles frontonasales. La presencia de lesiones congénitas en línea media nasal, especialmente asociadas a inflamación recurrente, supuración o hipertricosis, debe hacer sospechar anomalías con extensión intracraneal. El reconocimiento del *fonticulus frontalis* como punto anatómico de comunicación resulta fundamental para alcanzar el diagnóstico definitivo y planificar un tratamiento quirúrgico precoz, evitando potenciales complicaciones infecciosas y neurológicas.

PD-122 — EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD Y PRECISIÓN CLÍNICA DE MODELOS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL TRIAJE PEDIÁTRICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Ornia Fernández, C.; Martínez García, C.; Rodríguez-Noriega Béjar, L.; Cabeza Antuña, A.; Martino Redondo, P.; Castellanos Mata, A. - *Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.*

Objeto del trabajo: Evaluar la seguridad clínica, la capacidad de triaje y la concordancia con las guías de la Asociación Española de Pediatría de tres modelos de Inteligencia Artificial (ChatGPT, Copilot y Gemini) ante motivos de consulta frecuentes en pediatría. **Material y métodos:** Se diseñó un estudio comparativo utilizando 30 motivos de consulta pediátrica frecuentes en atención primaria, formulados con lenguaje coloquial (fisiopatología de fiebre, respiratorio, digestivo, piel y urgencias). Se utilizó una rúbrica de evaluación estandarizada (0-2 puntos por ítem) basada en cuatro criterios: seguridad clínica (evitación de consejos peligrosos), capacidad de triaje (detección de signos de alarma), concordancia con guías nacionales y calidad del tono divulgativo. Se compararon los resultados obtenidos por los tres modelos mediante el cálculo del Índice de Fiabilidad Clínica y el análisis cualitativo de sus respuestas. **Resultados:** La muestra de 30 consultas reveló un Índice de Fiabilidad Clínica superior en Gemini Advanced 1.5 Pro (93,3 %), seguido de Copilot (89,6 %) y ChatGPT (86,6 %). Gemini destacó por su capacidad de geolocalización y citación de fuentes institucionales españolas. Copilot mostró un comportamiento consistente y defensivo, con un perfil de triaje estandarizado, mientras que ChatGPT presentó una mayor variabilidad, incurriendo en ocasiones en un efecto de retención al solicitar datos clínicos innecesarios para realizar una valoración virtual. Los tres modelos mostraron un alto rendimiento en la desmitificación de creencias populares en salud. **Conclusiones:** La Inteligencia Artificial posee una alta capacidad para el triaje y la educación sanitaria, pero presenta riesgos relevantes como la obsolescencia de ciertas recomendaciones y el intento de suplantación de la valoración médica presencial. La supervisión por parte del pediatra es indispensable para asegurar la seguridad clínica en el manejo de estas herramientas digitales.

PD-125 — SÍNDROME DE KLIPPEL-FEIL COMO CAUSA INFRECUENTE DE TORTÍCOLIS CONGÉNITA EN UN LACTANTE

Anta Matos, A.; del Olmo Kühleitner, C.; Navarro Aragón, M.; Delgado Viñán, M.; Bocanegra Ruiz, M. - *Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.*

Anamnesis: Lactante de 4 meses evaluado por inclinación cefálica persistente y limitación de la movilidad cervical desde el nacimiento, con mejoría parcial tras fisioterapia. Como antecedente familiar destacaba una tía paterna fallecida por espina bífida asociada a malformación de Arnold-Chiari. El crecimiento y desarrollo psicomotor eran acordes a la edad. **Exploración clínica:** Presentaba lateroflexión cervical derecha intermitente. La movilidad cervical mostraba rotaciones activas y pasivas conservadas, con restricción predominante para la rotación izquierda y la lateroflexión cervical. No se evidenciaron otras alteraciones relevantes. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La radiografía cervical mostró hallazgos sugestivos de malformación vertebral congénita. La tomografía computarizada confirmó la fusión de los cuerpos vertebrales de C6-C7, asociada a una anomalía del arco posterior de D5. La tomografía computarizada craneal fue normal. Ante la sospecha de síndrome de Klippel-Feil, se amplió el estudio mediante resonancia magnética craneoespinal, ecografía abdominal y renal, y valoración cardiológica y otorrinolaringológica, sin detectarse patología asociada. Se mantuvo tratamiento fisioterápico y seguimiento multidisciplinar. **Conclusiones:** Ante una tortícolis congénita sin afectación del músculo esternocleidomastoideo deben considerarse las anomalías vertebrales cervicales en el diagnóstico diferencial. El diagnóstico precoz permite identificar malformaciones asociadas y prevenir potenciales complicaciones neurológicas. La limitación de la movilidad cervical y la deformidad postural cervical constituyen formas frecuentes de presentación del síndrome de Klippel-Feil. El pronóstico suele ser favorable en los casos aislados, dependiendo de la presencia de anomalías asociadas y de la evolución vertebral a largo plazo. Este caso destaca la importancia de una adecuada valoración clínica en Atención Primaria para orientar el estudio etiológico de la tortícolis congénita y facilitar una derivación precoz.

PD-126 — DISESTESIAS PAROXÍSTICAS ASCENDENTES: UN RETO DIAGNÓSTICO PARA EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Rubio Mantas, L.[1]; Pérez, L.[1]; Hormigo, E.[1]; Herrera, D.N.[1]; Cruz, I.[2]. - [1]*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España* [2]*CS Montequinto, Sevilla, España.*

Anamnesis: Paciente que acude a la consulta de su Pediatra de Atención Primaria (PAP) por episodios paroxísticos de segundos de duración, consistentes en una sensación descrita por el niño como "hormiguitas" (disestesia) en el dorso de la espalda que asciende en forma de "calambre" intenso, culminando en un dolor punzante en la zona parietooccipital central. Suceden en cualquier contexto (reposo, juego o actividad basal), sin horario definido, no interfieren en sus actividades habituales ni despiertan al paciente por la noche. No asocian pródromos, desencadenantes claros, procesos infecciosos ni focalidad neurológica (sin vómitos, síncope ni pérdida de fuerza). Al inicio del cuadro dos meses antes presentaba los episodios 2-3 veces por semana, progresando hasta volverse casi diarios y ocurrir múltiples veces al día. **Exploración clínica:** La exploración física, incluyendo examen neurológico específico fueron en todo momento normales. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la persistencia de los síntomas y el incremento de la frecuencia de esta clínica paroxística, su PAP decide iniciar un estudio dirigido de forma ambulatoria y

derivar de manera preferente. Se realiza un electroencefalograma (EEG), que resulta normal. Sin embargo, la resonancia magnética (RM) cerebral evidencia un descenso amigdalar compatible con Malformación de Chiari tipo 1, descartándose siringomielia (al no apreciarse dilatación del canal ependimario cervical). El paciente ha sido derivado al servicio de Neurocirugía, quienes realizarán un seguimiento clínico-radiológico evolutivo estrecho antes de plantear una posible intervención quirúrgica. **Conclusiones:** Los síntomas sensitivos paroxísticos y la cefalea de perfil occipital son manifestaciones que obligan a descartar patología de la fosa posterior. Este caso resalta la importancia del PAP como pieza clave para detectar signos de sospecha sutiles camuflados bajo descripciones pediátricas cotidianas, permitiendo un diagnóstico preciso mediante RMN y asegurando una derivación oportuna a neurocirugía.

PD-127 — DE LA ANONIQUIA A LA HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL: SÍNDROME DOORS

Reina Moreno, C.M.[1]; Valero Sánchez-Migallón, J.[2]; Orenes Vera, M.D.M.[3]. - [1]*CS Puerta Blanca, Málaga, España;* [2]*CS Vélez-Málaga Norte, Málaga, España;* [3]*CS Murcia Sur, Murcia, España.*

Anamnesis: Lactante varón de dos meses. Gestación controlada sin patología, destacando dos abortos maternos previos. Cesárea por podálica sin incidencias. **Exploración clínica:** Presenta anoniquia congénita con preservación ungueal en tres dedos de la mano. Ausencia de respuesta al sonido. Facies con puente nasal ancho. Exploración cardiopulmonar y abdominal sin hallazgos. A nivel neurológico destaca moderada hipotonía axial al sostén ventral y vertical casi como ausencia de sonrisa social y fontanela anterior a punta de dedo. Pene con tamaño en el límite inferior de la normalidad, ambos testes en bolsa. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se inicia estudio con ecografía transfontanelar, abdominopélvica y cardíaca sin hallazgos patológicos. Ausencia de respuesta a las otoemisiones acústicas de forma bilateral, siendo derivado a otorrinolaringología para la realización de potenciales evocados auditivos que confirman cofosis bilateral. Se solicita Tomografía Computarizada y Resonancia Magnética de oídos bilateral para valoración de implante coclear así como genética dirigida a síndrome DOORS. Actualmente pendiente de radiografía de pies y manos para descartar osteodistrofia. El paciente es derivado a Atención Temprana por presentar hipoacusia neurosensorial e hipotonía axial. **Conclusiones:** La asociación de anoniquia e hipoacusia neurosensorial es firmemente sugestiva de síndrome DOORS (mutación en el gen TBC1D24). Este síndrome es altamente infrecuente, habiéndose reportado unos 50 casos en la literatura. Se caracteriza por sordera, anomalías ungueales, osteodistrofia, discapacidad intelectual y crisis epilépticas, asociándose frecuentemente a rasgos dismórficos (raíz nasal ancha, punta bulbosa) e hipotiroidismo. El presente caso expone una entidad extremadamente rara y remarca la importancia de realizar un cribado auditivo estricto ante toda anoniquia congénita. El diagnóstico precoz es clave para iniciar un abordaje multidisciplinar temprano (Neuropediatría, Otorrinolaringología, Dermatología y Atención Temprana) centrado en la rehabilitación acústica, vigilancia del neurodesarrollo y detección precoz de crisis epilépticas.

PD-128 — PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA SECUNDARIA A OTOMASTOIDITIS: UN RETO DIAGNÓSTICO EN UNA NIÑA CON SECUELAS NEUROLÓGICAS PREVIAS

Carvalho Ribeiro, A.; Dores, M.; Neto, S.; Nogueira, J.M. - *Unidade Local de Saúde da Lezíria, Santarém, Portugal.*

Anamnesis: Niña de 11 años con antecedentes de *Incontinentia Pigmenti*, accidente cerebrovascular neonatal del hemisferio izquierdo, epilepsia focal y discapacidad intelectual, que acudió al Servicio de Urgencias por cefalea, empeoramiento de la hemiparesia derecha y desviación de la comisura labial hacia la izquierda de cuatro días de evolución. La anamnesis reveló un episodio de fiebre y otalgia en el oído derecho cuatro días antes del comienzo del cuadro neurológico, tratado únicamente con medidas sintomáticas. La madre atribuyó inicialmente el empeoramiento clínico a las secuelas neurológicas preexistentes, retrasando la consulta. **Exploración clínica:** En la exploración neurológica presentaba desviación de la comisura labial hacia la izquierda, disminución de la fuerza muscular en el hemicuerpo derecho y marcha con desviación hacia la izquierda. El resto de la exploración física fue normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Dado el antecedente de accidente cerebrovascular neonatal y el empeoramiento del déficit neurológico, se realizó una tomografía computarizada craneal para descartar una lesión central, que mostró ocupación extensa del oído medio y de las celdillas mastoideas derechas, compatible con otomastoiditis. Se diagnosticó una parálisis facial periférica (House-Brackmann II) secundaria a otomastoiditis, ingresando en el Servicio de Pediatría para tratamiento antibiótico intravenoso con amoxicilina/ácido clavulánico. Tras la valoración por Otorrinolaringología, se sustituyó el tratamiento por ceftriaxona intravenosa, que completo en régimen de Hospital de Día durante ocho días, con evolución favorable y resolución progresiva de la parálisis facial. **Conclusiones:** Aunque infrecuente, la parálisis facial periférica de reciente aparición debe considerarse en niños con otitis media aguda u otomastoiditis. Este caso pone de manifiesto la importancia de una anamnesis y una exploración clínica minuciosas en pacientes con antecedentes neurológicos, evitando atribuir nuevos déficits a secuelas previas y favoreciendo un diagnóstico y tratamiento precoces.

PD-129 — FIBROSARCOMA DE HALLAZGO CASUAL CON 1 MES DE VIDA

González Ríos, P.; Tejado Castillo, M.; Barrero Pérez, P.; González Macías, M.A. - *CS Las Margaritas, Getafe, Madrid, España.*

Anamnesis: Lactante de 1 mes y 8 días de vida, sana, nacida a término que acude a urgencias hospitalarias por palpación en domicilio de bulto en muslo derecho de forma casual. **Exploración clínica:** Normal salvo palpación de bultoma en región interna muslo derecho de 1-2 cm de consistencia blanda no adherido a planos profundos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza ecografía de partes blandas identificando una lesión sólida en el músculo recto interno derecho de 26x12x17 mm de, ovoidea y de predominio hipoecoico aunque discretamente heterogéneo, con algún foco hiperecogénico en su interior y algún vaso en su interior. Se realiza diagnóstico diferencial con sarcoma de partes blandas, tipo fibrosarcoma infantil o congénito o rabdomiosarcoma neonatal. Se completa con ecografía abdominal normal. Se realiza resonancia magnética nuclear (RMN) compatible con fibrosarcoma congénito. La biopsia confirma el diagnóstico de tumoración mesenquimal sugestiva de fibrosarcoma infantil con receptor neurotrófico de tirosina quinasa (NTRK) negativo. Se realiza actitud expectante con controles ecográficos seriados en los que se objetiva disminución de tamaño progresiva, continuando la paciente actualmente en este seguimiento 5 meses después del diagnóstico. **Conclusiones:** Los fibrosarcomas infantiles son el tumor maligno de partes blandas más frecuente en el primer año de vida (en menores de 3 meses principalmente), debutando como masa indolora aislada de localización en extremidades en el 70 % de los casos. Se diagnostica mediante pruebas de imagen y biopsia. La identificación de la alteración del gen NTRK ha permitido el uso de terapias dirigidas con inhibidores de dicho gen. El principal tratamiento es quirúrgico y el pronóstico es favorable. Este caso es similar a otros publicados en la literatura de resolución espontánea de la lesión tumoral. Ante la palpación de tumoraciones musculares en lactantes es preciso realizar pruebas de imagen tipo ecografía en primer lugar para descartar tumores de partes blandas.

PD-130 — ONDANSETRÓN: UN EFECTO ADVERSO QUE NO DEBE PASAR DESAPERCIBIDO

Párraga Pagán, E.; Claver Pros, X.; Sánchez Pérez, M.; Giménez Pérez, A.; Pérez Cebrián, M.; Bienert Groestch, C.; Trujeque Camacho, L.; Monreal Campos, M.J.; Lojo Piñeiro, G.; Sánchez Candela, M. - *Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca, El Palmar, Murcia, España.*

Anamnesis: Escolar de 8 años con antecedente de encefalopatía epiléptica de origen genético (variante patogénica en el gen PACS2),

retraso psicomotor y tratamiento habitual con aripiprazol, que consulta en Atención Primaria por fiebre y vómitos de pocas horas de evolución. Tras la administración de ondansetrón por vía oral para el control de los vómitos, permanece en observación clínica. **Exploración clínica:** Durante el periodo de observación presenta postura distónica de las extremidades, temblor distal y dolor, siendo el resto de la exploración neurológica normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de una reacción extrapiramidal aguda, se deriva al hospital para estudio. Se descartan alteraciones iónicas y metabólicas mediante analítica sanguínea y gasometría y se administra una dosis de biperideno intramuscular, con resolución completa del cuadro y diagnóstico final de distonía aguda secundaria a ondansetrón. **Conclusiones:** La distonía aguda inducida por ondansetrón constituye un efecto adverso raro, constatado principalmente mediante casos clínicos aislados. Aunque el ondansetrón actúa como un inhibidor selectivo de los receptores serotoninérgicos 5-HT3, se ha propuesto que podría reducir indirectamente la actividad dopaminérgica inhibitoria a nivel mesolímbico, favoreciendo un aumento secundario de la actividad colinérgica y la aparición de reacciones extrapiramidales. La literatura disponible sugiere una mayor susceptibilidad en pacientes con enfermedades neurológicas o tratamiento con fármacos neurolépticos. En nuestra paciente coexistían una encefalopatía epiléptica y tratamiento con aripiprazol, circunstancias que podrían haber favorecido su aparición. Aunque se trata de una reacción excepcional, el amplio uso del ondansetrón en la práctica clínica hace imprescindible que el pediatra conozca este efecto adverso para poder diagnosticarlo y tratarlo precozmente, especialmente en pacientes con factores predisponentes.

PD-132 — HIPERTRICOSIS CONGÉNITA EN UN LACTANTE: MÁS ALLÁ DE UN HALLAZGO CUTÁNEO

Roda Huerta, E.; Gabarda Usach, A.[1]; García Domínguez, R.[2]; Tarazona Casany, I.[1]; Font Casado, L.[1]; Sala Lluch, S.[1]; Gonzalo Consuegra, J.[1]; Francés Jordà, E.[1]; Córcoles Satorre, B.[1]. - [1]*Hospital Clínico Universitario Valencia, España;* [2]*CS Tavernes Blanques, Valencia, España.*

Anamnesis: Lactante varón de 10 meses que acude a la consulta de Atención Primaria por hipertricosis presente desde el nacimiento, con progresión gradual y predominio en espalda, brazos, piernas y cara, sin otra sintomatología asociada. **Exploración clínica:** Destacaba microcefalia (Perímetro craneal: Percentil 0 y -3,62 desviaciones estándar), facies tosca, manos y pies anchos, así como abundante vello en hombros y región lumbar. Peso y talla mantenidos en percentil 15, siendo el resto de la exploración clínica normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó un estudio analítico que mostró elevación de 17-OH-progesterona (3,24 ng/mL), con testosterona, delta-4-androstendiona y sulfato de dehidroepiandrosterona dentro de la normalidad. Ante la sospecha de hiperplasia suprarrenal congénita fue derivado a Endocrinología Infantil, donde se amplió el estudio con valoración hormonal completa, sin evidenciar alteraciones adicionales ni datos analíticos o urinarios de síndrome pierde-sal. La ecografía transfontanelar resultó normal. El estudio genético mediante CGH-array identificó una variante patogénica en heterocigosis c.955C>T (p.Q319*) en el gen CYP21A2, descrita clásicamente en formas clásicas de la enfermedad, aunque también descrita en algunos portadores con manifestaciones compatibles con formas no clásicas. Dada la asociación de hipertricosis, microcefalia y rasgos dismórficos, se realizó además un exoma dirigido, sin hallazgos diagnósticos. **Conclusiones:** La hipertricosis es el crecimiento excesivo de vello en zonas no androgénicas. Aunque suele constituir un hallazgo benigno, puede representar la manifestación inicial de enfermedades endocrinológicas o síndromes genéticos. La coexistencia de hipertricosis congénita generalizada, microcefalia y rasgos dismórficos obliga a realizar un estudio etiológico amplio. En nuestro caso, pese a la identificación de una variante patogénica en CYP21A2, no se alcanzó un diagnóstico unificador, lo que pone de manifiesto la complejidad diagnóstica de estos pacientes y la importancia del seguimiento clínico y genético evolutivo.

PÓSTER CON DEFENSA 13 – PANTALLA 6

PD-133 — HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL SEVERA ¿PODRÍA SER EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDA) SU CAUSA?

Conde-Pumpido Velasco, M.[1]; Viver Gómez, S.[2]; Alcántara Rey, C.[1]; Saníger Rodríguez, L.[1]; Álvaro Gómez, A.[1]; Alcaraz Romero, A.J.[1]. - [1]*Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España;* [2]*CS Dr. Luengo Rodríguez, Móstoles, Madrid, España.*

Anamnesis: Paciente de 9 años con desarrollo normal del lenguaje, cribado auditivo al nacimiento normal y sin antecedentes familiares de hipoacusia. Acude a consulta con sensación de hipoacusia bilateral, peor en oído izquierdo (OI) que derecho (OD), de 6 meses de evolución. Refiere que presenta comprensión de palabras disminuida en algunas ocasiones, con buenos resultados académicos. No otra sintomatología asociada. Valorada previamente en centro privado, con diagnóstico de hipoacusia mixta moderada severa en OI y mixta leve en OD. Aporta resonancia magnética cerebral con conductos auditivos internos y nervios auditivos sin alteraciones, y ocupación mucosa en mastoides izquierda. **Exploración clínica:** Ambos oídos con conductos auditivos externos y tímpanos normales, así como moco en caja de OI. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza audiometría tonal hallando hipoacusia neurosensorial (HNS) leve pantonal de OD (vía aérea: 50-55-60-60-60-60-60dB desde 125 a 8000Hz; vía ósea: 45-50-60-60-55dB desde 250 a 4000Hz) y HNS severa de OI con pequeño GAP en 250Hz (vía aérea: 80-80-85-90-95-95dB desde 125 a 8000Hz; vía ósea: 50-65-80-90-85dB desde 250 a 4000Hz). Se amplía estudio con otoemisiones acústicas e impedanciometría, no hallando alteraciones. Ante hallazgos discordantes entre pruebas objetivas y subjetivas, se cita para control y repetición de pruebas. Durante el seguimiento, la paciente inició tratamiento con metilfenidato tras ser diagnosticada de Trastorno de Déficit de Atención por Neuropediatría. En la siguiente revisión, la paciente refiere mejoría de la audición tras el inicio del tratamiento, repitiéndose pruebas diagnósticas en consulta, con resultados sin alteraciones, por lo que se da de alta de consultas de ORL. **Conclusiones:** Ante la sospecha de hipoacusia infantil, es aconsejable realizar una batería audiológica que combine pruebas objetivas y subjetivas. Una discordancia entre ambos tipos de pruebas obliga a ampliar el diagnóstico diferencial, debiendo incluir el trastorno por déficit de atención como causa de falsos positivos en las pruebas subjetivas.

PD-134 — GALACTORREA EN PEDIATRÍA: UN HALLAZGO INUSUAL

Rayego Sánchez, E.D.L.Á.; Trinidad Acedo, M.; López Rodríguez, A.; Domínguez García, A.; Núñez López, S.; Descalzo Casado, A.; Sánchez Mira, M.D.; González Caballero, O.; Ballano Pérez, C.; Alfonso Vaquero, J. - *Hospital Materno Infantil de Badajoz, España.*

Anamnesis: Adolescente mujer de 14 años, en seguimiento por oftalmología por exoftalmos, y en tratamiento con Pimozida y Guanfacina por tics crónicos y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Consulta por secreción mamaria de 3 semanas de evolución junto con amenorrea de 3-4 meses (menarquia a los 12 años). Episodios de mareo y cefalea sin signos de alarma en el último mes. Afebril. No otra sintomatología asociada. **Exploración clínica:** Exploración mamaria en ese momento sin galactorrea, ni masas, ni edema o calor. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Presenta una analítica sanguínea con niveles de TSH, FSH, LH y estradiol normales, y prolactina elevada. También una resonancia magnética informada como hipófisis globulosa dentro de la normalidad por cambios hormonales de la edad. Se revisan los antecedentes y pruebas de la paciente, y se realiza una exploración ginecológica que resulta normal. Ante los resultados previos no concluyentes, se consensúa con neurología pediátrica retirada progresiva de la pimozida hasta su suspensión, por sospecha de origen farmacológico de la clínica. En controles posteriores la paciente ha presentado una normalización de los valores de prolactina y clínica. **Conclusiones:** La galactorrea es un signo consistente en la secreción lechosa del pezón no asociada con la gestación. Se

produce como consecuencia de una hiperprolactinemia. La causa más frecuente de hiperprolactinemia no tumoral es la administración de fármacos, fundamentalmente los antipsicóticos, por su acción sobre la dopamina. Entre los efectos adversos de la pimozida figuran mareo, cefalea, visión borrosa, amenorrea y galactorrea. La hiperprolactinemia moderada también puede estar presente en el hipotiroidismo, especialmente el primario, debido al incremento de TRH que estimula las células lactotróficas. Ante hiperprolactinemias una vez excluidas otras causas, está indicado realizar una resonancia magnética hipofisaria con gadolinio para descartar prolactinomas o tumores, especialmente si existe clínica de efecto masa como cefaleas y alteraciones visuales aunque se trata de una etiología rara en adolescentes.

PD-135 — DOLOR ABDOMINAL, LO QUE PARECE Y NO ES

Blanco Rodríguez, P.; García Sánchez, M.; Martín Galán, E.; Andrés Blanco, L.; Domínguez Sevillano, B.; González González, M.M.; de la Calle Cabrera, M.T.; García Morán, A.M.; Criado Muriel, M.C.; González Calderón, O. - *Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, España.*

Anamnesis: Varón de 9 años que consulta por dolor abdominal de tipo cólico de una semana de evolución, con fiebre durante las primeras 48 horas, acompañado de vómitos y una deposición melénica el día de la consulta. **Exploración clínica:** En la exploración presenta TEP alterado, palidez cutánea, sequedad de mucosas y dolor abdominal generalizado con resistencia a la palpación. Se registra tensión arterial en percentil 99, resto de constantes normales. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizan estudios analíticos donde se aprecia leucocitosis, neutrofilia, PCR elevada con procalcitonina negativa y sistemático de orina sin alteraciones. Se solicita ecografía, donde se observa colitis de probable origen isquémico/inflamatorio. Durante su estancia en Urgencias persiste abdominalgia pese a analgesia y realiza varias deposiciones melénicas, por lo que tras descartar cuadro quirúrgico se decide ingreso con antibioterapia y dieta absoluta para estudio. Durante su ingreso se realizan controles seriados analíticos y de tensión arterial, con normalización progresiva, así como estudios microbiológicos, rectoscopia y TAC abdominal, sin hallazgos de interés. Al quinto día de ingreso se visualizan lesiones cutáneas violáceas compatibles con púrpura no palpable, simétricas, en extremidades inferiores. Ante la sospecha de vasculitis IgA con afectación cutánea y gastrointestinal se realiza control de orina con leve proteinuria y biopsia de la lesión para confirmar la sospecha diagnóstica. Tras inicio de tratamiento con corticoterapia intravenosa presenta mejoría clínica. **Conclusiones:** La vasculitis IgA es la vasculitis más frecuente de la infancia, se caracteriza por púrpura cutánea, dolor abdominal y/o articular y afectación renal. Aunque las manifestaciones gastrointestinales como debut son raras, deben considerarse, pues dificultan y retrasan el diagnóstico. Su diagnóstico es clínico, aunque si existen dudas o presentaciones atípicas la biopsia cutánea permite el diagnóstico definitivo. El tratamiento principal es conservador, pero la corticoterapia debe plantarse si existen manifestaciones gastrointestinales graves, una vez descartada patología abdominal potencialmente quirúrgica.

PD-136 — PARÁLISIS FACIAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA MASTOIDITIS AGUDA

Ortega Macías, M.; Cabeza Arce, N.; Vilches Fraile, S.; Fekete López, E.; González Arranz, M.J. - *Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.*

Anamnesis: Niño de 8 años con antecedentes de hipertrofia adenoamigdalar intervenida con drenajes transtimpánicos bilaterales y sospecha de alergia a amoxicilina. Consulta en el servicio de urgencias por parálisis facial derecha de 14 horas de evolución. Una semana antes presenta fiebre autolimitada (39 ºC) y, posteriormente, otorrea derecha, sin cefalea, vómitos, otalgia ni otros síntomas neurológicos, recibiendo tratamiento con azitromicina oral y ciprofloxacino ótico. **Exploración clínica:** A la exploración presenta buen estado general con constantes normales. Oído derecho con otorrea; oído izquierdo no valorable por cerumen. Sin signos externos de mastoiditis. Orofaringe hiperémica. Asimetría facial con caída del ángulo bucal derecho, borramiento del surco nasolabial, cierre ocular incompleto y desviación de la comisura hacia el lado sano al intentar sonreír compatible con una parálisis facial periférica derecha grado III escala House-Brackmann. Resto de la exploración sistémica y neurológica sin hallazgos patológicos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica con hemograma normal y elevación moderada de proteína C reactiva (58,5 mg/L). En Tomografía computarizada craneal se objetiva ocupación completa de caja timpánica y celdillas mastoideas derechas compatible con mastoiditis, sin erosión ósea ni complicaciones intracraneales, con canal del facial simétrico. Exudado ótico sin aislamiento bacteriano, probablemente por antibioterapia previa. Se inicia antibioterapia intravenosa con vancomicina y metronidazol, junto con corticoides sistémicos. Evolución favorable, permaneciendo afebril y con discreta mejoría de la parálisis facial. Tras 5 días se desescala a cefuroxima oral para completar tratamiento domiciliario. Se mantiene protección ocular y seguimiento por Otorrinolaringología, Infectología, Oftalmología y Rehabilitación. **Conclusiones:** La mastoiditis aguda en niños mayores debe alertar sobre factores predisponentes otológicos. La parálisis facial periférica, aunque infrecuente, constituye una complicación relevante que requiere diagnóstico y tratamiento precoces. Un estudio alergológico adecuado es esencial para evitar el uso de antibióticos subóptimos y reducir el riesgo de complicaciones.

PD-138 — PRURITO OCULAR PERSISTENTE: MÁS ALLÁ DE LA CONJUNTIVITIS ALÉRGICA

Ruiz Castillo, A.; Ángeles Rodríguez, R.; Guerrero Romero, A.B.; Jiménez Algarra, I.; Rueda Trigo, L.; Molina Prado, A. - *Hospital Materno Infantil Málaga, España.*

Anamnesis: Varón de 4 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por prurito ocular intenso e hiperemia conjuntival bilateral de dos semanas de evolución, sin secreción ocular ni sintomatología respiratoria alérgica asociada. Fue tratado inicialmente con antihistamínico tópico por sospecha de conjuntivitis alérgica, sin mejoría clínica. **Exploración clínica:** Se objetivó hiperemia conjuntival leve, reacción papilar subtarsal bilateral y nódulos de Horner-Trantas, asociados a *pannus* corneal superior en el ojo izquierdo, sin secreciones oculares. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La persistencia de la sintomatología y la ausencia de respuesta al tratamiento inicial motivaron su derivación a Oftalmología, donde se confirmó el diagnóstico de queratoconjuntivitis vernal. Se inició tratamiento con corticoide tópico, lubricantes oculares y medidas higiénicas. No obstante, ante la persistencia de la actividad inflamatoria en la revisión posterior, se intensificó el tratamiento añadiendo tacrolimus tópico, consiguiéndose el control progresivo del cuadro clínico. **Conclusiones:** La queratoconjuntivitis vernal es una enfermedad inflamatoria alérgica crónica de la superficie ocular, potencialmente amenazante para la visión si no se diagnostica y trata precozmente. Afecta principalmente a niños en la primera década de la vida, especialmente varones, y es más frecuente en climas cálidos y secos. El pediatra de Atención Primaria desempeña un papel clave en su reconocimiento, ya que su presentación inicial puede simular una conjuntivitis alérgica, por lo que debe sospecharse ante prurito ocular bilateral intenso y persistente en la infancia, especialmente cuando no existe respuesta al tratamiento inicial o aparecen signos de afectación corneal. La derivación precoz a Oftalmología permite instaurar un tratamiento específico, limitando la progresión de la inflamación ocular y previniendo complicaciones potencialmente graves como las úlceras en escudo, las cicatrices corneales o el deterioro permanente de la agudeza visual.

PD-139 — PÉRDIDA DE VISIÓN MONOCULAR EN LA INFANCIA: UN SIGNO DE ALARMA PARA EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Molina Prado, A.; Muñoz Paez, R.; Sánchez Salgado, J.; Ruiz Castillo, A.; Rueda Trigo, L.; Ángeles Rodríguez, R.; Jímenez Algarra, I. - *Hospital Materno Infantil de Málaga, España.*

Anamnesis: Varón de 10 años, previamente sano, que consultó por pérdida de visión en el hemicampo superior del ojo derecho de una semana de evolución, sin traumatismo aparente, acompañada de cefalea leve. En la anamnesis dirigida destacaban la colocación reciente de un aparato de ortodoncia con inflamación hemifacial derecha autolimitada, la convivencia con dos gatos y molestias en las piernas por su práctica de fútbol; datos que orientaron inicialmente hacia una causa infecciosa o inflamatoria. **Exploración clínica:** La exploración pediátrica general fue normal, sin fiebre, exantemas, adenopatías ni focalidad neurológica, salvo un defecto campimétrico altitudinal superior en el ojo derecho. La agudeza visual estaba muy reducida en el ojo derecho (0,05), con ojo izquierdo normal. Remitido a Oftalmología, el fondo del ojo derecho mostraba una vitritis intensa con hemovítreo que impedía su valoración; el ojo izquierdo era normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Orientado inicialmente como uveítis intermedia, el estudio de imagen (ecografía, tomografía computarizada y resonancia magnética) descartó tumoración orbitaria y objetivó una lesión retiniana sólida asociada al hemovítreo. Ante su persistencia se realizó vitrectomía diagnóstico-terapéutica, hallándose una tumoración vascular de aspecto aframbuesado tratada mediante fotocoagulación. Precisó una segunda cirugía para retirar el aceite de silicona y desarrolló una catarata subcapsular como secuela. La neuroimagen descartó afectación del sistema nervioso central. Diagnóstico final: hemangioma cavernoso retiniano. **Conclusiones:** Toda pérdida de visión o defecto campimétrico unilateral en un niño constituye un signo de alarma que obliga a una valoración oftalmológica urgente, evitando atribuirlo a causas banales. El pediatra debe mantener un diagnóstico diferencial amplio, incluyendo los síndromes mascarada, en los que patologías no inflamatorias como el hemangioma cavernoso retiniano simulan una uveítis. Su reconocimiento precoz y la coordinación del estudio sistémico desde Atención Primaria resultan claves para el pronóstico visual.

PD-140 — RUTINA COSMÉTICA EN ACNÉ LEVE A MODERADO: BENEFICIO CLÍNICO EN TODOS LOS FOTOTIPOS DE PIEL DURANTE 2 MESES DE USO

García Ron, G.[1]; Flament, F.[2]; Prestat-Marquis, E.[3]; Martel, P.[4]; Le Dantec, G.[5]; Demessant, A.[5]; Niore, M.[5]; Tan, J.[6]; Prieto-Cabezas, L.[7]; Abarquero-Cerezo, M.[7]. - [1]*CS Las Águilas, Madrid;* [2]*L'Oréal Research and Innovation, Francia;* [3]*Newtone Technologies, Francia;* [4]*Nice, Francia;* [5]*La Roche-Posay Laboratoire Dermatologique, Francia;* [6]*Western University, Department of Medicine and Windsor Clinical Research Inc, Canadá;* [7]*L'Oréal España S.A.U, España.*

Objeto del trabajo: los dermocosméticos (DC) están ganando reconocimiento en el manejo del acné por su capacidad para reducir efectos secundarios, mejorar la eficacia de otros tratamientos y proteger contra factores como la radiación ultravioleta. Los DC, como limpiadores y productos sin aclarado, se recomiendan cada vez con mayor frecuencia para personas con acné leve a moderado. Este estudio analizó el beneficio y tolerancia local de un limpiador y un DC anti-imperfecciones para acné leve a moderado en todos los fototipos. **Material y métodos:** estudio realizado en dos centros (Polonia y Mauricio), 87 participantes (41 adultos y 46 adolescentes; edad media 19±1,0; cualquier fototipo) con acné facial leve o moderado (GEA= 2 ó 3), con al menos 15 lesiones no inflamatorias y 7 inflamatorias en el rostro. Aplicaron gel limpiador espumoso para piel grasa con tendencia acneica y gel anti-imperfecciones (ácido salicílico, Aqua Posae filiformis, lipohidroxiácido y niacinamida) 2x/día, 8 semanas. Evaluación clínica mediante escala de evaluación global del acné (GEA), recuento de lesiones, y tolerancia local en las semanas 4 y 8. **Resultados:** fototipo II predominante (28 %). La gravedad del acné mejoró un 25 % y un 59 % tras 4 y 8 semanas de aplicación, respectivamente. El recuento total de lesiones disminuyó un 20 % en la semana 4 y un 34 % en la 8: lesiones inflamatorias (-31 % en semana 4 y -52 % en semana 8), no inflamatorias (-16 % en semana 4 y -28 % en semana 8). Todos los cambios fueron significativos ($p<0,05$). La rutina dermocosmética fue bien tolerada; 93 % de los pacientes no presentó signos clínicos (eritema, edema, sequedad, descamación o rugosidad). **Conclusiones:** este estudio confirma el beneficio de un protocolo dermocosmético adaptado para el manejo del acné leve a moderado, mostrando eficacia clínica en los 6 fototipos y buena tolerancia.

PD-141 — IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO LONGITUDINAL EN EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD RARA DE DEPÓSITO LISOSOMAL

Parrado Pérez, B.; Garrido Ibáñez, C.; Finol Almarza, M.A.; Fajardo Jurado, L.; Díaz Suárez, M. - *Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.*

Introducción y objetivos: El déficit de esfingomielinasa ácida lisosomal (ASMD) es una enfermedad de depósito lisosomal infrecuente y de presentación clínica variable, cuyo diagnóstico puede retrasarse en pacientes con escasa sintomatología. El objetivo es destacar la importancia del seguimiento longitudinal y de la sospecha clínica desde Atención Primaria. **Caso clínico:** Niña en seguimiento desde los 2 años por estancamiento ponderoestatural y mala ingesta. Presentó recuperación ponderal tras soporte nutricional, persistiendo talla baja con adecuada velocidad de crecimiento y edad ósea retrasada. A los 7 años, ante talla inferior al percentil 1 y hepatoesplenomegalia, se solicitó estudio analítico y ecografía abdominal. La analítica mostró hipertransaminemia (aspartato aminotransferasa [AST] 145 U/L, alanina aminotransferasa [ALT] 174 U/L) y dislipemia severa (colesterol total 404 mg/dL, LDL 385 mg/dL, HDL 17 mg/dL, triglicéridos 311 mg/dL). La ecografía confirmó hepatoesplenomegalia homogénea, inicialmente sin esteatosis. Se instauraron medidas higienicodietéticas y, posteriormente, tratamiento con estatinas, con mejoría parcial del perfil lipídico, persistiendo hepatomegalia y alteración de transaminasas. Se completó estudio etiológico, descartándose causas infecciosas, autoinmunes, endocrinológicas y celiaquía. El estudio genético de hipercolesterolemia familiar y el déficit de lipasa ácida lisosomal fueron negativos. Ante la persistencia de los hallazgos se solicitó un panel genético de hipertransaminemia, identificándose dos variantes patogénicas en heterocigosis del gen SMPD1. El estudio enzimático confirmó disminución de la actividad de esfingomielinasa ácida y elevación de lisoesfingomielina, compatibles con ASMD. Tras el diagnóstico, se inició tratamiento específico con olipudasa alfa, observándose una normalización progresiva de las transaminasas. **Conclusiones:** La combinación de hepatoesplenomegalia, hipertransaminemia y dislipemia persistentes debe hacer sospechar enfermedades de depósito lisosomal incluso en pacientes paucisintomáticos. La continuidad asistencial, la exploración física cuidadosa y la coordinación entre niveles asistenciales son fundamentales para el diagnóstico precoz y el manejo de enfermedades raras potencialmente tratables desde Atención Primaria.

PD-142 — CUANDO LA SED NO ES DIABETES: UN CASO DE DIABETES INSÍPIDA CENTRAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Finol Almarza, M.A.; Parrado Pérez, B.; Fajardo Jurado, L.; Román del Río, M.D.M. - *Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.*

Conclusiones: La poliuria y la polidipsia son motivos frecuentes de consulta en atención primaria. Si bien es fundamental excluir la diabetes mellitus, una vez descartada esta patología, deben investigarse otras causas que, aunque menos frecuentes, pueden asociar una elevada morbilidad, como la diabetes insípida central. Niña de 5 años que acude a su pediatra de atención primaria por poliuria, polidipsia y nicturia de un mes de evolución, llegando a levantarse hasta cuatro veces por la noche para beber agua. Tras una exploración física normal, su pediatra realiza una glucemia capilar y una tira reactiva de orina en consulta, ambas con resultados normales. Ante la normalidad de estas pruebas iniciales, solicita una analítica básica con determinación de osmolalidad en sangre y orina, estando la osmolalidad y sodio séricos dentro de la normalidad (287mOsm/kg y 142mmol/L respectivamente) y la osmolalidad y sodio urinario disminuidos (78mOsm/kg y 19mEq/L respectivamente). Ante estos hallazgos, la paciente es derivada de forma preferente a Endocrinología Infantil. Tras la realización de un test de restricción hídrica, la determinación de niveles de copeptina y una resonancia magnética craneal y selar, en la

que se observa la ausencia de la hiperintensidad habitual de la neurohipófisis, se confirma el diagnóstico de diabetes insípida central. Se inicia tratamiento con desmopresina oral, con una mejoría clínica significativa. Finalmente, se solicita un estudio genético, actualmente pendiente de resultados, y se acuerda un seguimiento mediante resonancias magnéticas periódicas debido al riesgo de aparición de patología endocraneal. Aunque la diabetes insípida es una enfermedad rara, debemos considerarla en el diagnóstico diferencial de la poliuria y la polidipsia en la población pediátrica. Este caso, ilustra la importancia de una adecuada orientación diagnóstica desde atención primaria, permitiendo su identificación precoz y una rápida derivación al especialista para la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento.

PD-143 — ECOGRAFÍA CLÍNICA DURANTE LA RESIDENCIA: ¿EXISTE FORMACIÓN SUFICIENTE?

Blanco Villar, R.[1]; Sánchez Porras, M.[2]. - [1]*Hospital Universitario La Paz, Madrid, España;* [2]*CS Tres Cantos, Madrid, España.*

Introducción y objetivos: La ecografía clínica se ha convertido en una herramienta de creciente utilidad en Pediatría. Sin embargo, la formación durante la residencia es heterogénea. El objetivo de este estudio fue evaluar la formación, disponibilidad y utilización de la ecografía clínica. **Material y métodos:** Estudio observacional transversal mediante cuestionario *online* dirigido, principalmente, a residentes de Pediatría y Medicina familiar y comunitaria (MFyC). Se recogieron variables demográficas, disponibilidad de ecógrafo, utilización y formación recibida. Se realizó un análisis descriptivo comparativo entre especialidades y residentes de primeros años (R1-R2) y avanzados (R3-R4). **Resultados:** Se incluyeron 151 residentes, principalmente de Pediatría (80,8 %), el 55,6 % de la Comunidad de Madrid. El 92,1 % había utilizado alguna vez un ecógrafo y el 69,5 % refería poder utilizarlo en su práctica habitual. La ecografía pulmonar fue la modalidad más utilizada. Únicamente el 33,1 % consideraba tener formación en ecografía y el 43 % había realizado algún curso específico. El 54,3 % disponía de opciones formativas en su hospital. El 72,2 % refirió no tener conocimientos o únicamente elementales. En cuanto a utilización, disponibilidad o formación ecográfica entre residentes de Pediatría y MFyC no se observaron diferencias significativas. Los R3-R4 mostraron mayor experiencia ecográfica, tanto en uso como en realización de cursos formativos (p=0,033 y p=0,015, respectivamente). Más de la mitad de los participantes no había recibido formación específica. **Conclusiones:** Aunque la mayoría de los residentes dispone de ecógrafo y lo ha utilizado, únicamente un tercio considera tener formación adecuada. Las diferencias observadas entre años de residencia sugieren adquisición progresiva de experiencia. Esto pone de manifiesto una discrepancia entre la utilización de la ecografía y la formación recibida por los residentes, en concordancia con estudios internacionales, lo que apoya la necesidad de realizar programas estructurados y homogéneos para mejorar la capacitación de los futuros médicos.

PD-144 — EL DIAGNÓSTICO QUE NO DEBE ESCAPARSE: UNA EPIFISIOLISIS TÍPICA

Paíno Román, M.[1]; Blanco Rodríguez, P.[1]; Martín Galán, E.[1]; García Sánchez, M.[1]; Cebrián Soria, P.[1]; González Fernández, I.[1]; Izquierdo García, I.[1]; Alonso Díaz, J.[2]. - [1]*Hospital Universitario de Salamanca, España;* [2]*CS Garrido Sur, Salamanca, España.*

Anamnesis: Varón de 11 años que consulta en Atención Primaria por coxalgia izquierda y marcha antiálgica de cinco meses de evolución. Como antecedentes personales destacan obesidad (IMC de 26,17 kg/m²) y tratamiento con budesonida inhalada por episodios de bronquitis recurrente. No refiere antecedente traumático previo. **Exploración clínica:** A la exploración física presenta marcha de Trendelenburg y limitación dolorosa de la movilidad de la cadera izquierda, con disminución de la rotación interna. Se objetiva signo de Drehmann positivo, caracterizado por rotación externa y abducción involuntarias durante la flexión de la cadera, hallazgo altamente sugestivo de epifisiolisis femoral proximal (EFP). **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza estudio radiográfico de pelvis y caderas, evidenciándose ensanchamiento fisario, esclerosis metafisaria y deslizamiento epifisario en proyección lateral, confirmándose el diagnóstico de EFP izquierda estable (grado I). Se practica tratamiento quirúrgico mediante fijación in situ con tornillo canulado y arandela por abordaje lateral mínimamente invasivo, bajo anestesia general. Dada la elevada incidencia de afectación bilateral, se realiza fijación profiláctica contralateral. La evolución postoperatoria es favorable, con recuperación de la marcha fisiológica y resolución completa de la sintomatología, manteniéndose seguimiento clínico y medidas dirigidas al control ponderal. **Conclusiones:** La EFP debe considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor de cadera o rodilla en pacientes adolescentes con factores de riesgo, especialmente obesidad. El signo de Drehmann constituye un hallazgo clínico de gran valor diagnóstico. El reconocimiento precoz y la confirmación radiológica permiten un tratamiento quirúrgico oportuno, reduciendo el riesgo de complicaciones. La posibilidad de afectación bilateral justifica la valoración individualizada de la fijación profiláctica contralateral. El adecuado seguimiento ponderal y la intervención sobre los factores de riesgo modificables constituyen un componente esencial del manejo integral y del seguimiento a largo plazo de estos pacientes.

PÓSTER CON DEFENSA 7 – PANTALLA 7

PD-145 — EPISODIO HIPOTÓNICO-HIPORREACTIVO RECURRENTE DE INICIO INMEDIATO TRAS VACUNACIÓN SISTEMÁTICA EN UN LACTANTE

Choque -, A.; Marcacci Di Carlantonio, A.M.; Mateos Mateos, R.; Guerrero Román, B.; García Feria, E.; Ortiz Gil, E.; Bigorra Espejo, A.; Puges Bria, L.; Berenguer Molins, G.; Marques Ercilla, S. - *Equip Territorial d'Atenció Pediàtrica (ETAP) Viladecans (CAP Montbaig)- Gerència d'Atenció Primària i a la Comunitat Delta. Institut Català de la Salut | Departament de Salut | Generalitat de Catalunya, Viladecans, Barcelona, España.*

Anamnesis: Lactante masculino de 4 meses, previamente sano, que aproximadamente cinco minutos después de la administración simultánea de las vacunas correspondientes al calendario sistemático (Vaxelis®, Vaxneuvance®, Bexsero®, MenQuadfi® y Rotateq®) presentó un episodio brusco de hipotonía generalizada, disminución del nivel de conciencia y palidez intensa. Recuperó completamente el estado basal tras estimulación en pocos segundos. Durante la observación clínica, 20 minutos más tarde, presentó un segundo episodio autolimitado de características similares, asociado a cianosis peribucal. **Exploración clínica:** Tras ambos episodios recuperó completamente su situación basal. Permaneció hemodinámicamente estable, sin dificultad respiratoria, exantema, angioedema ni broncoespasmo. La exploración neurológica fue normal, sin focalidad ni alteraciones del tono entre los episodios. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la recurrencia del cuadro y su estrecha relación temporal con la inmunización, se decidió ingreso hospitalario para monitorización clínica durante 48 horas. No presentó nuevos episodios, permaneció afebril y con exploraciones física y neurológica normales, por lo que fue dado de alta sin secuelas, con seguimiento por Pediatría de Atención Primaria. **Conclusiones:** El episodio hipotónico-hiporreactivo es un evento adverso infrecuente descrito principalmente tras vacunas con componente pertussis. Se caracteriza por la tríada de hipotonía, hiporreactividad y palidez o cianosis, con recuperación espontánea y excelente pronóstico. La presentación inmediata tras la vacunación y la recurrencia durante el mismo periodo de observación constituyen una forma de presentación poco habitual, lo que obliga inicialmente a descartar anafilaxia, episodio breve resuelto e inexplicado (BRUE), síncope reflejo y crisis epiléptica. La identificación precoz de esta entidad permite un manejo seguro, evita exploraciones innecesarias y favorece la correcta notificación de los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización, manteniendo la confianza en los programas vacunales.

PD-146 — HIPERHIDROSIS UNILATERAL LOCALIZADA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Del Arco León, L.[1]; Aguado Arroyo, E.[1]; Martí Carrera, M.[1]; Beriain Rodríguez, M.[1]; Fuentes Unibaso, I.[1]; del Arco León, R.[2]. -
[1]*CS Algorta, Algorta, Vizcaya, España;*
[2]*CS La Cuesta, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España.*

Anamnesis: Niña de 9 años, sin antecedentes de interés, que consulta por episodios recurrentes de sudoración excesiva en zona dorsal de la muñeca y mano izquierdas, desencadenados principalmente por situaciones de calor ambiental. Referían esta clínica como de larga evolución, sin otros síntomas acompañantes. **Exploración clínica:** La exploración física y la tensión arterial fueron normales. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** El estudio analítico básico fue normal. Ante la sospecha de un trastorno focal de la sudoración, se realizó el test de Minor (prueba de yodo-almidón), que evidenció una marcada hiperproducción sudoral limitada al área referida, permitiendo confirmar el diagnóstico de hiperhidrosis unilateral localizada (HUL). El tratamiento en estos casos depende de la gravedad y del impacto en la calidad de vida. Se incluyen antitranspirantes tópicos con cloruro de aluminio, iontoforesis, fármacos anticolinérgicos o infiltraciones de toxina botulínica tipo A. La cirugía queda reservada para casos refractarios. En este caso, la familia mantuvo una actitud expectante. **Conclusiones:** La HUL es una entidad infrecuente caracterizada por sudoración excesiva restringida a una región anatómica concreta y habitualmente unilateral. El test de Minor constituye una herramienta sencilla, no invasiva y de gran utilidad para delimitar las áreas afectadas y confirmar el diagnóstico. Puede ser primaria (idiopática) o secundaria a alteraciones neurológicas, traumatismos, tumores o disfunciones autonómicas, entre otras. En algunos casos, la biopsia puede evidenciar hipertrofia de glándulas ecrinas. En esta paciente, dada la larga evolución y el buen estado general, se decidió no realizar pruebas de imagen y declinaron la biopsia. La literatura científica al respecto en pediatría es muy escasa; no existen ensayos clínicos ni series pediátricas amplias, proviniendo la evidencia en su mayoría de casos clínicos aislados y pequeñas revisiones. Sin embargo, la forma de presentación es muy similar. El reconocimiento precoz de esta entidad permite instaurar medidas terapéuticas dirigidas y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

PD-147 — DE LA BARRERA A LA INCLUSIÓN: ABORDAJE ENFERMERO DEL NIÑO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN LA CONSULTA PEDIÁTRICA

Buenache López, A.[1]; Martínez Fernández, M.[2]. -
[1]*CS Gandhi, Madrid, España;* [2]*CS Mar Báltico, España.*

Introducción: El trastorno del espectro autista (TEA) es una condición del neurodesarrollo caracterizada por alteraciones en la comunicación e interacción social, patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento y diferencias en el procesamiento sensorial, condicionando la atención sanitaria y procedimientos asistenciales y pudiendo generar experiencias negativas tanto para los niños como para sus familias. **Objetivo:** Identificar estrategias de cuidado del niño con TEA en la consulta de enfermería. **Metodología:** Revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane Library y CINAHL. Términos controlados: "autism spectrum disorder", "autism", "healthcare" y "nursing". Operadores booleanos combinados "AND" y "OR". Se incluyeron artículos publicados entre 2021 y 2026, en inglés y español, relacionados con estrategias enfermeras de cuidado en población infantil (0-18 años) con TEA. De 141 artículos se seleccionaron 12 para su análisis mediante guías CASPe. **Resultados:** La evidencia muestra que la comunicación adaptada mediante lenguaje sencillo, instrucciones breves y apoyos visuales favorece la comprensión y reduce la ansiedad; la adecuación del entorno asistencial a través de la disminución de estímulos sensoriales y tiempos de espera mejora la cooperación durante los procedimientos; y, asimismo, la participación activa de la familia se identifica como un elemento clave para individualizar los cuidados acorde a las características de cada persona y anticipar sus necesidades mediante la incorporación de estrategias de regulación y objetos de apego. Del mismo modo, la formación específica de los profesionales proporciona una mayor confianza y competencia para ofrecer una atención inclusiva. **Conclusiones:** La atención al niño con TEA implica comprender sus necesidades y transformar la consulta de enfermería en un entorno accesible, predecible y seguro. Estrategias sencillas como la comunicación adaptada, la adecuación del entorno, la implicación familiar y la formación profesional contribuyen a fomentar la calidad asistencial y humanización de los cuidados al mejorar la experiencia del niño y la familia.

PD-148 — CUANDO LA SED ESCONDE ALGO MÁS: DIABETES INSÍPIDA COMO DEBUT DE UNA HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS

Vilà Torelló, C.[1]; García Franco, E.[1]; Olías Bretones, S.[1]; Cegarra Besora, A.[1]; Mora Gri, L.[2]; Goyanes Sotelo, C.S.[1]; Fernández Sánchez, E.[1]; Ojeda Toledo, K.[1]; Ventura Gironés, N.[1]; García Rodríguez, C.[1]. - [1]*CAP Plana Lledó, Mollet del Vallès, Barcelona, España;*
[2]*CAP Palau Solità i Plegamans, Barcelona, España.*

Anamnesis: Acude a consulta ambulatoria paciente de 3 años de edad que presenta polidipsia, poliuria y nicturia de varias semanas de evolución, asociadas a hiporexia y pérdida de peso. **Exploración clínica:** Presenta ligera palidez mucocutánea, así como pérdida ponderal de 800 gramos en 3 semanas, sin otros hallazgos en la exploración. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Inicialmente, se solicita una analítica sanguínea y un sedimento urinario. Se recoge orina de 24 horas que muestra poliuria marcada y baja osmolaridad urinaria, sin otras alteraciones significativas. Se ingresa para estudio, donde se realiza el test de restricción hídrica y una prueba terapéutica con desmopresina, que confirma el diagnóstico de diabetes insípida. Para completar estudio, se realiza una Resonancia craneal que muestra ausencia de neurohipófisis y una lesión osteolítica mandibular derecha. La Tomografía por Emisión de Positrones - Tomografía Computarizada (PET-TC) evidencia múltiples lesiones óseas líticas en distintas localizaciones, compatible con una histiocitosis de células de Langerhans. Finalmente se realiza una biopsia de la lesión mandibular que confirma el diagnóstico. El paciente es dado de alta con desmopresina, indometacina y omeprazol, permaneciendo asintomático. **Conclusiones:** El paciente presenta una histiocitosis de células de Langerhans con afectación ósea multifocal y una diabetes insípida central secundaria. La histiocitosis de células de Langerhans es una enfermedad poco frecuente que puede infiltrar distintos órganos. La afectación del eje hipotálamo-hipofisario puede causar diabetes insípida central, una entidad causada por el déficit de hormona antidiurética y que se manifiesta principalmente con poliuria y polidipsia. Este caso resalta la importancia del diagnóstico diferencial del síndrome poliuria-polidipsia en la infancia y el papel fundamental de Atención Primaria en la detección precoz de enfermedades poco frecuentes.

PD-149 — MANEJO ADAPTADO DE DERMATOSIS PEDIÁTRICAS PERSISTENTES EN UN CONTEXTO DE POBREZA EXTREMA EN LA FRONTERA DOMÍNICO-HAITIANA

Gómez Gómez, E.[1]; De Diego Rodríguez, A.[1]; Tejada Paredes, S.[2]. -
[1]*Hospital Niño Jesús, Madrid, España;*
[2]*Hospital Universitario de Segovia, España.*

Introducción: El contexto migratorio y sociopolítico entre Haití y República Dominicana, marcado por deportaciones masivas y pobreza extrema, condiciona el acceso a la salud de la población haitiana. Durante la estancia el mes de mayo de 2026 en una zona fronteriza entre ambas regiones, se realizó seguimiento de varios pacientes pediátricos con recursos mínimos, observándose una tendencia recurrente a la persistencia de escabiosis y tiña corporis pese al tratamiento estándar. El diagnóstico ante la falta de recursos, es fundamentalmente clínico y en puntos de atención improvisados. **Objetivo:** Describir el manejo adaptado de las dermatosis pediátricas persistentes en un contexto de pobreza extrema y crisis migratoria en la frontera domínico-haitiana. Manejo: La falta de acceso a servicios básicos y el clima húmedo característico redefine el estándar de tratamiento, ya que las recomendaciones convencionales se

vuelven inaplicables: la falta de acceso a agua caliente y electrodomésticos dificulta la gestión de fómites, la carencia de redes hidrosanitarias limita la higiene corporal y el hacinamiento incrementa las probabilidades de desarrollar lesiones secundarias como la piodermitis secundaria y, más aún, otras patologías infecciosas más complejas como una pielonefritis postestreptocócica. Se adaptó el tratamiento, realizando recomendaciones más aplicables a su situación: sellar los fómites en bolsas plásticas durante 72 horas para producir la muerte por inanición del ácaro, e intentar aplicar un enfoque comunitario, en la medida de lo posible, tratando a todos los convivientes, preferiblemente, con fármacos orales (ivermectina) si hubiera disponibilidad para mejorar la adherencia. Ante la falta de recursos con la que nos encontramos, no se pudo aplicar Itraconazol o Terbinafina oral a los pacientes con tiña corporis persistentes. **Conclusión:** Esta experiencia ilustra la necesidad de adaptar las guías clínicas estándar a contextos de escasez de recursos para lograr un impacto real en la salud del paciente.

PD-150 — COORDINACIÓN MULTIDISCIPLINAR ENTRE ODONTOLOGÍA Y ATENCIÓN INFANTIL: INTERVENCIÓN EN SALUD ORAL Y PRIMERA VISITA ODONTOLÓGICA ANTES DE LOS 24 MESES

Serra Molist, I.; Santana, I.; Callicó Boix, B.; Balboa Ros, O.; Prunera, N.; Rubio Jiménez, C.; Giner Piqueras, A.; Calabia Martínez, M.; Mateu Sanz, C.; Vazquez Abarca, C.A. - *Can Bou, Castelldefels, Barcelona, España.*

Introducción: La promoción de la salud oral precoz es un objetivo estratégico en atención primaria para prevenir patologías como la caries de la infancia temprana. Desde 2023, los equipos de odontología y pediatría del CAP Can Bou se coordinan para empoderar a las familias mediante educación sanitaria y revisiones preventivas. **Objetivos:** · Mejorar la accesibilidad a odontopediatría facilitando la primera visita antes de los 24 meses desde el programa de salud infantil. · Detectar precozmente factores de riesgo e implementar intervenciones preventivas. · Favorecer la implicación activa familiar en los hábitos bucodentales. **Desarrollo:** Modelo de coordinación multidisciplinar entre odontología e enfermería pediátrica. En la revisión de los 12 meses se programa directamente la cita odontológica desde la consulta de pediatría. Además, desde 2023 se realiza una intervención grupal preventiva a los 6 meses donde se aborda la alimentación, erupción dental, higiene precoz y control de hábitos de riesgo, promoviendo el inicio del seguimiento. **Resultados:** Entre 2020 y 2025, las visitas odontológicas en niños de 0 a 24 meses aumentaron de 53 a 163 (+52 % anual medio). El incremento destaca a partir de 2023 con las sesiones grupales y la derivación directa, favoreciendo la detección precoz de factores de riesgo (como hábitos inadecuados) e intervenciones antes de la aparición de patología. **Conclusiones:** · La coordinación interdisciplinar mejora la accesibilidad y la respuesta familiar, incrementando las visitas tempranas. · El seguimiento precoz facilita la detección de riesgos antes de que aparezca patología oral. · Las sesiones grupales refuerzan la corresponsabilidad familiar en la salud bucodental y promueven hábitos saludables globales.

PD-151 — EVALUACIÓN FAMILIAR DEL PROGRAMA DE HABITUACIÓN AL ENTORNO SANITARIO EN ALUMNADO CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Serrano Fernández, P.; Arribas García, C.; Arizcun Aguilera, B.; Fresno Jorge, P.; Navarro de la Cruz, B. -
CS Ciudad de los Periodistas, Madrid, España.

Conclusiones: Objeto del trabajo: El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una alteración del neurodesarrollo que afecta a la conducta y la comunicación social, asociando frecuentemente alteraciones sensoriales frente a estímulos sonoros, visuales o táctiles, que conlleva una dificultad para su correcta valoración en las consultas de atención primaria. Por ello hemos desarrollado un programa, en colaboración con un centro escolar, para habituar a estos pacientes a las exploraciones y procedimientos más frecuentes en consulta. Material y métodos: Estudio descriptivo tras encuesta anónima a las familias de los alumnos involucrados en el programa entre el 1/09/2023 y el 1/06/2026, consistente en exposición progresiva a espacios, material clínico y procedimientos habituales, con el objetivo de familiarizar y reducir la ansiedad. Resultados: Participaron en la encuesta 9 familias (22 % de los alumnos). De los encuestados, un 55,6 % eran mujeres y únicamente el 11 % pertenecían a nuestro Centro de Salud. El 78 % de los padres reportaron una reducción de la ansiedad de sus hijos en consultas de pediatría, pero especialmente de enfermería pediátrica, mejorando su colaboración y desapareciendo rabietas ante toma de constantes, pruebas complementarias, vacunación, etc. También observaron estos beneficios en el entorno hospitalario (urgencias, radiología). Un 89 % consideró deseable implantar el programa en su propio centro, y un 78 % extenderlo a las consultas de adultos para favorecer la transición asistencial. El 78 % de los padres refirieron una reducción de su propia ansiedad ante las consultas de sus hijos. Conclusiones: El programa fue percibido como efectivo para reducir la ansiedad y facilitar la colaboración de los pacientes TEA en consultas, mejorando la relación de toda la familia con el entorno sanitario. Su incorporación a otros centros de atención primaria dentro de las estrategias de humanización, o incluso al entorno hospitalario, podría favorecer una atención más accesible y centrada en la persona.

PD-152 — LA IMPORTANCIA DE LA PALPACIÓN ABDOMINAL EN LAS REVISIONES RUTINARIAS: DIAGNÓSTICO PRECOZ DE UN CASO DE CAVERNOMATOSIS PORTAL

Gil Vázquez, J.M.[1]; López Almela, C.[1]; Abrodos, D.[2]; Martínez, E.[2]; Quintana, B.[3]; Moreno, A.[3]; Díaz, P.[1]. -
[1]*CAP Gracia. Línea Pediátrica Centro-Sur, Sabadel, Barcelona, España;*
[2]*CAP Merinals. Línea Pediátrica Centro-Sur, Sabadell, Barcelona, España;*
[3]*Línea Pediátrica Centro-Sur. Sabadell, Barcelona, España.*

Anamnesis: La obstrucción portal con transformación cavernomatosa de la vena porta es una enfermedad infrecuente en pediatría pero constituye la primera causa de hipertensión portal (HPT) en la infancia. La etiopatogenia puede ser variada (trastornos de la coagulación, cirugía abdominal previa, malformaciones vasculares, cateterizaciones umbilicales) aunque la mayoría de casos son idiopáticos. El debut habitual se produce entre los 10 y los 14 años en forma de hemorragia digestiva alta o esplenomegalia asintomática. El tratamiento puede requerir la esclerote-rapia o ligadura endoscópica de las varices esofago-gástricas, shunt portal/ angioplastia con stent recanalizador y en casos severos puede ser necesario realizar un transplante hepático. **Exploración clínica:** Presentamos el caso de una niña de 2 años sin antecedentes personales de interés, que en una visita rutinaria de control se detecta una esplenomegalia no dolorosa de 3 traveses de dedo. No referían antecedentes infecciosos ni traumáticos las semanas previas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicita ecografía abdominal que confirma la presencia de una esplenomegalia homogénea de 10 cm. y un conglomerado de estructuras vasculares serpentiginosas con doppler venoso compatible con cavernomatosis portal. En la analítica sanguínea realizada, el estudio de coagulopatías resultó negativo. Se realiza angioresonancia, donde se objetiva la oclusión de la vena porta, que está reemplazada por múltiples vasos tortuosos a nivel del hilio hepático, compatible con transformación cavernomatosa de la vena porta. Actualmente sigue controles analíticos y estudios de imagen para valorar en que momento puede precisar tratamiento quirúrgico. **Conclusiones:** La cavernomatosis portal en la edad pediátrica es una entidad muy infrecuente. Las visitas de control del niño sano son un buen momento para realizar una palpación abdominal exhaustiva en busca de hallazgos patológicos. En el caso presentado no constaban antecedentes personales que pudieran explicar la aparición de la cavernomatosis portal. Destacamos el diagnóstico precoz de nuestro caso antes de que presentara ningún tipo de sintomatología.

PD-153 — FASCITIS NECROSANTE POR ESTREPTOCOCO *PYÓGENES* (GRUPO A). A PROPÓSITO DE UN CASO

Esquivel Quina, E.; Blázquez, M.; García, M.; Laffite, J.; Ortín, L.W.; Gómez, M.; Artigas, S.; Salvà, R.; Afonso, I.; Szalaty, P. -
ETAP Sagrada Familia, Barcelona, España.

Anamnesis: Presentamos el caso de una paciente de 10 años que acude a visita para control rutinario de salud infantil. Refiere picazón, eritema y exudación entre 3er y 4º dedo del pie izquierdo. Se diagnostica de tiña pedis, pautándose clotrimazol tópico. **Exploración clínica:** A las 48h acude a urgencias del hospital de referencia por dolor en pie izquierdo e impotencia funcional, tras flexión forzada mientras bailaba y febrícula. Se observa edema y eritema en pie izquierdo y se realiza RX que descarta lesiones óseas subyacentes, se orienta finalmente como celulitis secundaria a tiña pedis y se indica tratamiento con cefadroxilo vo. A los 3 días vuelve a acudir al servicio de urgencias por persistencia de febrícula, extensión de la lesión y ampollas con secreción seropurulenta. Observan úlcera cutánea en dorso del pie izquierdo asociado a extensa celulitis y fascitis hasta tercio superior medio. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Tras la exploración analítica, cultivo del exudado (positivo para *S pyogenes*) y TAC, se decide hacer cobertura con cefepime, piperaciclina/tazobactam y se realiza intervención quirúrgica urgente por fascitis necrosante. Es dada de alta a los 11 días, con recomendaciones generales y fenoximetilpenicilina vo, hasta control en traumatología. Se pautan también curas con agua y jabón abundante y apósito estéril en el CAP cada 48h que se alternan curas en el hospital de referencia. A las 2 semanas se pasa a curas con agua y jabón y *Cutimed Siltec Borbact* (R), hasta resolución completa. **Conclusiones:** La fascitis necrosante es una infección bacteriana rápidamente progresiva de la fascia y tejido subcutáneo con necrosis, potencialmente fatal. Uno de los gérmenes más habituales es el *S pyogenes*. La cirugía urgente y antibióticos endovenosos de amplio espectro, son cruciales para una buena evolución. Aunque su frecuencia en pediatría es muy baja, debemos pensar en ello ante cualquier celulitis con evolución tórpida.

PD-154 — A TIEMPO SE MOLDEA MEJOR: PAPEL DE LA ENFERMERÍA PEDIÁTRICA EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA PLAGIOCEFALIA POSICIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

de Diego Rodríguez, A.[1]; Gómez Gómez, E.[1]; Martínez Fernández, M.[2]. - [1]*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España;* [2]*UDM AFyC Este, Madrid, España.*

Introducción: La plagiocefalia posicional es una deformidad craneal adquirida, frecuente en el primer año de vida. Se produce por presiones externas mantenidas sobre el cráneo y puede asociarse a asimetrías faciales y alteraciones funcionales en los casos más graves. Su incidencia ha aumentado tras la recomendación del decúbito supino para la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante. La detección precoz desde Atención Primaria resulta fundamental para prevenir complicaciones y favorecer una corrección temprana. **Objetivo:** Describir los métodos diagnósticos para la detección precoz de la plagiocefalia posicional desde la consulta de enfermería de Atención Primaria y proporcionar recomendaciones para su prevención y manejo. **Metodología:** Revisión bibliográfica realizada entre febrero-abril 2026. Se identificaron 153 registros en las bases de datos de PubMed, Scopus, CINAHL y Enfispo. Tras aplicar criterios de selección, eliminar duplicados y realizar una lectura crítica, se incluyeron 9 artículos en la revisión. Resultados: La detección precoz requiere una exploración física sistemática en las revisiones del niño sano, valorando la forma craneal, simetría facial, movilidad cervical y presencia de tortícolis, además de la medición periódica del perímetro cefálico. Ante la sospecha de plagiocefalia, la craneometría permite determinar la gravedad y realizar seguimiento evolutivo. El tratamiento y prevención se basa en medidas posturales como cambios de posiciones de la cabeza, porteo, realización de *tummy time* supervisado, modificación de la orientación de la cuna y tratamiento de la tortícolis asociada si precisara. La mayoría de los casos leves y moderados presentan una evolución favorable con intervención temprana. **Conclusiones:** La promoción, prevención y detección precoz de la plagiocefalia posicional constituye una responsabilidad clave de la enfermería pediátrica en Atención Primaria. La educación sanitaria a las familias, medidas posturales y seguimiento periódico permiten reducir la incidencia, favorecer la corrección de las deformidades y evitar complicaciones futuras.

PD-155 — INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES ASMÁTICOS PEDIÁTRICOS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Gómez Gómez, E.[1]; Tejada Paredes, S.[2]; De Diego Rodríguez, A.[1]. - [1]*Hospital Niño Jesús, Madrid, España;* [2]*Hospital Universitario de Segovia, España.*

Conclusiones: El asma es una enfermedad crónica muy prevalente a nivel mundial. La adherencia al tratamiento es fundamental para generar un control asmático adecuado en los niños que les permita disfrutar de una buena calidad de vida. Actualmente, se estima que el cumplimiento terapéutico oscila en torno al 50 % en esta población. El objetivo de esta revisión es analizar la evidencia publicada sobre las estrategias de abordaje para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes pediátricos asmáticos. Secundariamente, se pretenden revisar factores asociados a la adherencia e identificar métodos de medición de la adherencia. Se obtuvieron 29 artículos, fundamentalmente centrados en la población adolescente, realizados en Estados Unidos y mayoritariamente sobre intervenciones para mejorar la adherencia. Los textos que abordaban las nuevas tecnologías combinadas con otras intervenciones obtuvieron los mejores resultados. También se identificaron múltiples factores que modifican la adhesión: etnia, factores socioeconómicos, influencias paternas, … La evidencia sobre las estrategias de medida fue escasa y de baja calidad. La conclusión principal es que se debe adaptar la intervención terapéutica al individuo y combinarlas de forma que aumenten su eficacia. Integrar las nuevas tecnologías podría brindar múltiples ventajas para la población pediátrica, pero al ser más caras y menos accesibles en determinados países, también podrían aumentar la desigualdad económica.

PD-156 — LE DUELE LA GARGANTA Y TIENE UN POCO DE TOS: ANAFILAXIA REFRACTARIA

Espinoza Romero, A.; Dopazo, N.; De Martini, C.; Fierro, A.; Alemán, Y. - *CAP Vila Olímpica, Barcelona, España.*

Anamnesis: Ha comido un poco de nutella y luego ha empezado con dolor de garganta y tos. Origen pakistán, no reportan alergias previas **Exploración clínica:** Se evidencian ronchas en todo el cuerpo y tos, con saturación de oxígeno 92-93 %. Se interpreta como Reacción Alérgica y se indica URBASON + POLARAMINE, con mejoría de tos y saturación a 97 %, se deja en observación, mientras llega la ambulancia. 2 horas después. EF. FR26rpm FC135-138lpm Sat O_2 96 %. Regulares condiciones generales. Ronchas y habones en toda la extension corporal, angioedema, edema de uvula, odinofagia, ruidos respiratorios en ambos hemitorax hipofonéticos. No tiraje Se administra Adrenalina im 0,5MG (de la solución 1:1000) y se traslada al hospital. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** A su llegada al Hospital destacaba edema de úvula y persistencia de urticaria. Constantes y auscultación en rango. Se pautó dosis de adrenalina 0,5 im (2da dosis) Durante su estancia presentó mejoría a nivel sintomático (disminución del edema de úvula, desaparición del exantema), pero destacaba tendencia a hipotensión, con TAm en torno a 60 y FC en torno a 110-120. Se cargó SSF 500 ml. Ante persistencia de hipotensión se pautó nueva dosis de adrenalina (3ª dosis) y nueva carga de suero. Progresivamente presenta mejoría de las TA, con normalización de los valores (medias en torno a 70-78) y FC en torno a 80-100 lpm. En total ha recibido 3 dosis de adrenalina y 3 bolos de SSF. Se mantiene en observacion durante casi 24 horas y es dado de alta como anafilaxia refractaria, con entrenamiento con lápiz de adrenalina. **Conclusiones:** En la literatura se encuentra descrito como el retraso en el uso de adrenalina se encuentran directamente relacionado a los casos de anafilaxia refractaria. Resulta interesante para atención primaria el repaso de los criterios de anafilaxia y el buen uso directo de la adrenalina, como terapéutica indicada.

PÓSTER CON DEFENSA 14 – PANTALLA 7

PD-157 — CUIDANDO MÁS ALLÁ DEL GÉNERO: ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL DE LA ADOLESCENCIA TRANSGÉNERO EN ATENCIÓN PRIMARIA

De Diego Rodríguez, A.[1]; Martínez Fernández, M.[2]; Buenache López, A.[2]. - [1]*Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid, España;* [2]*Unidad Docente Multiprofesional Este, Madrid, España.*

Introducción: Los adolescentes transgénero experimentan discriminación y victimización diariamente. En ocasiones, no acuden a centros de atención primaria por experiencias previas negativas en el trato o falta de accesibilidad. Esto puede hacer que eviten buscar atención sanitaria o que presenten desconfianza en el acto de cuidado, repercutiendo negativamente en su salud. **Objeto del trabajo:** Identificar las estrategias que pueden emplear los profesionales sanitarios en Atención Primaria para favorecer una adolescencia saludable y potenciar el vínculo en la atención a personas transgénero. **Material y métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane Library y Scielo utilizando términos controlados como "adolescente", "persona transgénero" y "atención primaria". Se unieron estos con el operador booleano AND y se filtraron los artículos en español e inglés entre los años 2021 y 2026 que incluían a adolescentes. Del total de 69 artículos encontrados se seleccionaron siguiendo el cribado PRISMA y la guía CASPe un total de 14 artículos. **Resultados:** Las evidencias revisadas nos indican que es importante preguntar por el nombre y pronombre elegido con el que quiera que nos refiramos en la consulta; respetar la identidad de género de la persona sin realizar juicios de valor; acompañar al adolescente y a la familia en el proceso de transición mediante la escucha activa y la regulación de creencias y expectativas; creación de grupos de apoyo mutuo de adolescentes transgénero; y evitar exploraciones físicas innecesarias, sobre todo en lo concerniente a los genitales. **Conclusiones:** La aceptación y el respeto a los adolescentes transgénero es fundamental para garantizar la creación de un vínculo adecuado. Siguiendo estas estrategias, desde Atención Primaria se favorece una experiencia sanitaria más acogedora. Así, estas personas afrontarían su proceso de transición de manera idónea, aumentando su confianza y favoreciendo su resiliencia.

PD-158 — TIBOLA EN LA INFANCIA: LA IMPORTANCIA DE SOSPECHARLA

Muñoz García, N.P.[1]; Muñoz Martínez, V.[1]; García Muñoz, S.[2]; Cardiel Valiente, L.[3]. - [1]*CS Burgo de Osma, Soria, España;* [2]*Hospital Santa Bárbara, Soria, España;* [3]*CS Pinares - Covaleda, Soria, España.*

Anamnesis: Niño de 3 años que tras 5 días de retirarse una garrapata del cuero cabelludo, inicia clínica de adenopatías retroauriculares bilaterales. **Exploración clínica:** Excelente estado general. Afebril. Escara negruzca con halo melicérico de 5 mm de diámetro en zona occipital. Adenopatías retroauriculares bilaterales, no dolorosas, redondas, rodaderas, consistencia elástica, más acusadas en lado izquierdo. La mayor de 1.5 cm de diámetro. No eritema cutáneo. Sensibilidad aumentada en cuero cabelludo. No exantemas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** El estudio macroscópico en laboratorio de la garrapata determina que se trata de una forma adulta de *Dermacentor spp* infectada por *Rickettsia spp*. Al inicio de los síntomas se realiza analítica sanguínea sin alteraciones y serologías para enfermedades transmitidas por garrapata, incluido *Rickettsia conorii*, negativas. Se trata al paciente con amoxicilina oral (80 mg/kg 7 días) y azitromicina oral (10 mg/kg 5 días) según protocolo. Por indicación de Servicio de Microbiología se envía muestra de exudado para estudio de PCR de Rickettsias, confirmándose infección por *Rickettsia slovaca* y compatible con cuadro clínico TIBOLA. Disminución progresiva de las adenopatías retroauriculares hasta desaparecer al mes sin presentar otros síntomas asociados. Analítica de control y serologías al mes negativas. **Conclusiones:** La enfermedad TIBOLA ó DEBONEL es una enfermedad emergente descrita por primera vez en 1997. Se trata de una infección frecuentemente transmitida por garrapata adulta de Dermacentor en primavera, que presenta predilección por el cuero cabelludo de los niños. El diagnóstico es clínico (escara negra y adenopatías) y microbiológico mediante estudio de PCR de exudado de la lesión. El tratamiento se realiza de manera oral con doxicilina y se acepta como alternativa el tratamiento con azitromicina en menores de 8 años. Debemos conocer su existencia y manejo dada la elevada incidencia de la infección en pacientes con picadura de garrapata y los síntomas descritos.

PD-159 — VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE WEST: A TRAVÉS DE UN CASO

Tejada Paredes, S.[1]; Gómez Gómez, E.[2]; Vargas Robert, L.[3]; Gómez De Pablos, S.[4]; López Turco, S.[1]; Rodríguez Guerra, M.[1]; De Diego Rodríguez, A.[2]; Camacho Moral, E.[1]. - [1]*Hospital General Universitario de Segovia, España;* [2]*Hospital Universitario Infantil Niño Jesús, Madrid, España;* [3]*Hospital Universitari Son Espases, Islas Baleares, España;* [4]*CS Segovia II, Segovia, España.*

Anamnesis: Lactante de 5 meses que acude a Urgencias por episodios de un mes de evolución consistentes en movimientos de extensión de ambos miembros superiores, apertura ocular y llanto posterior, acompañados de irritabilidad, y posible regresión del desarrollo psicomotor. No presenta antecedentes personales de interés. Como antecedente familiar destaca historia de epilepsia en la abuela y prima materna. **Exploración clínica:** En la exploración física presenta buen estado general, constantes vitales estables, adecuada hidratación y nutrición, sin focalidad neurológica. Durante el ingreso se observa crisis caracterizadas por desviación de la mirada, midriasis bilateral, rigidez, movimientos rítmicos de miembros superiores y desconexión del entorno, recuperándose progresivamente tras el episodio. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza electroencefalograma, resonancia magnética craneal, analítica, estudio metabólico y electrocardiograma. El electroencefalograma evidencia actividad epileptiforme compatible con hipsarritmia, confirmando el diagnóstico de síndrome de West. Inicialmente recibe un tratamiento con ácido valproico y hormona adrenocorticotrópica, posteriormente, se modifica a prednisolona, vigabatrina y piridoxina. Desde el punto de vista enfermero se realiza una valoración según los patrones funcionales de Marjory Gordon, y se elabora un plan de cuidados. Se seleccionan los diagnósticos de riesgo de deterioro de la organización del neurodesarrollo infantil, riesgo de retraso del desarrollo motor del lactante, temor y ansiedad excesivos. Los principales resultados esperados se centran en favorecer el desarrollo neurológico y motor, mejorar el afrontamiento familiar y disminuir el nivel de ansiedad. Las intervenciones incluyen vigilancia neurológica, cuidados del neurodesarrollo, estimulación precoz, educación sanitaria, apoyo emocional y participación activa de los padres en los cuidados. **Conclusiones:** El diagnóstico y tratamiento precoces del síndrome de West son fundamentales para mejorar el pronóstico neurológico y minimizar las secuelas del desarrollo. El papel de Enfermería resulta esencial en la detección precoz de complicaciones, la promoción del neurodesarrollo y el acompañamiento integral de la familia, favoreciendo la adherencia terapéutica y el afrontamiento del proceso de enfermedad.

PD-160 — ASTENIA EN UN ADOLESCENTE CON CRECIMIENTO NORMAL: FERROPENIA SIN ANEMIA Y DÉFICIT GRAVE DE VITAMINA D COMO CAUSA POTENCIALMENTE TRATABLE

Echasabal Vila, M.M.; Gruber, F.; Callicó Boix, B.; Serra Molist, I.; Calabia Martínez, M.; Calaf Moya, G.; Balboa Ros, O.; Vázquez Abarca, C.A.; Díaz, J.; Tamayo Naharro, A. -
Can Bou, Castelldefels, Barcelona, España.

Anamnesis: Varón de 13 años que consulta por cansancio progresivo, disminución de la tolerancia al ejercicio y desmotivación de dos meses de evolución. Antecedentes personales destaca asma y dermatitis atópica, con vacunación actualizada. Sin antecedentes familiares relevantes. Presentaba crecimiento y ganancia pondoestatural normales. **Exploración clínica:** La exploración física se observa un buen estado general, consciente y orientado, normohidratado y normocoloreado. Peso 52,8 kg, talla 157 cm, IMC 21,4 kg/m² (adecuado para la edad). Constantes vitales dentro de la

normalidad. Auscultación cardíaca y pulmonar sin alteraciones. Abdomen blando y depresible, sin organomegalias ni masas palpables. Exploración neurológica básica sin déficits focales. Sin signos clínicos de anemia ni otros hallazgos patológicos relevantes. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Pruebas complementarias El estudio analítico evidenció funciones tiroideas, renales y hepáticas normales. Hemoglobina: 14,6 g/dL, destacaban ferritina de 14,9 ng/mL y vitamina D (25-OH) de 8,82 ng/mL. Estos resultados fueron compatibles con ferropenia sin anemia y déficit grave de vitamina D. **Tratamiento y evolución:** Se inició tratamiento sustitutivo con hierro y vitamina D. En la revisión a los dos meses, la astenia despareció por completo gracias a una mejoría clínica significativa. El paciente recuperó su energía habitual, mostrándose más motivado en el ámbito escolar y retomando el deporte con normalidad **Conclusiones:** La ferropenia puede producir fatiga, disminución del rendimiento y alteraciones neurocognitivas antes de la aparición de anemia. El déficit grave de vitamina D puede contribuir a la fatiga y a la disminución del rendimiento físico. Un crecimiento normal y una exploración física anodina no excluyen déficits nutricionales clínicamente relevantes. La determinación de ferritina y vitamina D debe considerarse en adolescentes con astenia persistente sin causa aparente. La corrección conjunta de estos déficits se asocia a una mejoría significativa de la calidad de vida, el rendimiento escolar y la actividad física.

PD-161 — TALLERES COMUNITARIOS DE INTRODUCCIÓN A LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON *BABY-LED WEANING* DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Rodríguez Bailón, N.[1]; Cuevas Marsa, M.D.C.[2]; Ruiz Mariscal, E.[2]; Lloveras Viñals, M.[2]; Domínguez Rovira, S.[2]. -
[1]*CAP 17 de setembre, Barcelona, España;*
[2]*EAP Disset de Setembre, Sant Adrià de Besòs, Barcelona, España.*

Objetivo: Describir una experiencia comunitaria de promoción de la alimentación complementaria mediante el método *Baby-Led Weaning* (BLW), liderada conjuntamente por enfermería pediátrica de Atención Primaria y una dietista-nutricionista comunitaria dirigida a familias con lactantes en torno a los 6 meses de edad. **Material y métodos:** Talleres grupales presenciales de 2 horas de duración, con periodicidad bimestral, dirigidos a familias con lactantes próximos al inicio de la alimentación complementaria. Los contenidos siguen las recomendaciones del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y el protocolo Créixer amb Salut, abordando el método BLW, la seguridad alimentaria, la prevención de la asfixia y el acompañamiento emocional de la familia durante esta transición. Las sesiones se desarrollan en un espacio municipal cedido por el ayuntamiento, en el marco de una colaboración intersectorial entre Atención Primaria y la administración local. **Resultados:** Desde su puesta en marcha, se han realizado 12 sesiones a lo largo de los dos últimos años, manteniendo una periodicidad bimestral estable, la implicación continuada de enfermería pediátrica y nutrición como responsables del contenido, y la cesión municipal del espacio en todas las ediciones. **Conclusiones:** La colaboración entre enfermería pediátrica, una dietista-nutricionista y la administración local permite ofrecer, desde Atención Primaria, una intervención comunitaria sostenida en el tiempo para acompañar a las familias en la introducción de la alimentación complementaria conforme a las recomendaciones vigentes. Este modelo, de bajo coste y replicable en otros municipios, refuerza el papel de la enfermería como agente de educación para la salud.

PD-162 — DEL INTERÉS AL VAPEO: FACTORES QUE MARCAN LA DIFERENCIA PARA LA PREVENCIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Martínez Fernández, M.[1]; De Diego Rodríguez, A.[2]; Buenache López, A.[1]; Moneva Vicente, R.[3]. - [1]*Unidad Docente Multiprofesional Este, Madrid, España;* [2]*Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid, España;* [3]*Punto de Atención Continuada Torres de la Alameda, Madrid, España.*

Introducción: Los vapers son un tipo de cigarrillo electrónico que diariamente va adquiriendo más popularidad. El 49 % de los adolescentes lo han consumido alguna vez en su vida y el 27 % lo ha utilizado en el último mes. Además, estos dispositivos no están exentos de efectos perjudiciales o adicción al contener nicotina. **Objeto del trabajo:** Conocer los factores que intervienen en la intención de vapear en los adolescentes para llevar a cabo medidas de prevención en Atención Primaria. **Material y métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cochrane Library y Scielo utilizando términos controlados como "adolescente", "vapear", "cigarrillo electrónico" y "atención primaria". Se unieron estos con los operadores booleanos AND y OR y se filtraron los artículos en español e inglés entre 2021 y 2026 que incluían a adolescentes. Del total de 78 artículos encontrados se seleccionaron siguiendo el cribado PRISMA y la guía CASPe un total de 11 artículos. **Resultados:** La literatura indica que los adolescentes recurren al vapeo al identificarlo como menos perjudicial, por los mensajes de inocuidad que difunden las redes sociales y videojuegos. Además, les resulta atractivo por los saborizantes, colores, ser sencillo de esconder y un olor más suave. También refieren que, si en el ámbito educativo o familiar hay personas que lo consumen, disminuye su percepción de riesgo. Comentan que las charlas educativas impartidas suelen tener un enfoque de control, no de fomento de toma de decisiones informadas y autónomas. **Conclusiones:** Como se ha observado, múltiples factores influyen en la intención de vapear en los adolescentes. Para poder prevenir el comienzo, se podrían implantar medidas desde Atención Primaria como difundir información de los efectos nocivos a los adolescentes y familias fomentando la autonomía, incluso en videojuegos; así como realizar grupos donde adquieran habilidades de comunicación para afrontar presiones sociales.

PD-163 — MÁS ENERGÍA, MÁS RIESGO: BEBIDAS ENERGÉTICAS, DEPORTE Y REDES SOCIALES EN LA ADOLESCENCIA. IMPLICACIONES PARA ENFERMERÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

de Diego Rodríguez, A. -
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.

Introducción: El consumo de bebidas energéticas en adolescentes constituye un problema emergente de salud pública. Su creciente popularidad se relaciona con falsas creencias sobre la mejora del rendimiento deportivo y con la normalización de consumo a través del marketing digital. **Objetivo:** Identificar los riesgos asociados al consumo de bebidas energéticas, papel del deporte y redes sociales y las implicaciones para enfermería desde Atención Primaria. Material y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos de PubMed, Scopus, CINAHL y SciELO, utilizando los términos controlados adolescente, bebidas energéticas, redes sociales y deportes. Se unieron mediante el operador booleano AND. Se encontraron 21 artículos que cumplieron los criterios de selección y de ellos, formaron parte de la revisión 7 artículos con el cribado PRISMA y la guía CASPe. **Resultados:** Las bebidas energéticas contienen elevadas concentraciones de cafeína junto con taurina, guaraná y azúcares, cuya combinación puede potenciar sus efectos fisiológicos. Su consumo se asocia con alteraciones cardiovasculares (taquicardia, hipertensión, extrasístoles, arritmias...) y neurocognitivas (alteraciones del sueño, salud mental, rendimiento cognitivo...). Además, existe una frecuente confusión entre bebidas energéticas e isotónicas, favoreciendo su consumo antes/durante la práctica deportiva, lo que puede incrementar el riesgo de deshidratación y sobrecarga cardiovascular. Las redes sociales, especialmente, TikTok e Instagram, contribuyen a su normalización mediante estrategias de marketing, patrocinio deportivo y cultura del *influencer*, reforzando una percepción errónea de seguridad. El perfil del consumidor habitual incluye ser varón, práctica deportiva intensa, privación del sueño y elevada exposición a pantallas. **Conclusiones:** El consumo de bebidas energéticas expone a los adolescentes a riesgos cardiovasculares, neurocognitivos y conductuales potencialmente prevenibles. Las enfermeras son un agente clave en la prevención mediante cribado sistemático, valoración, educación sanitaria, promoción de hábitos saludables, asesoramiento familiar, desarrollo del pensamiento crítico frente a publicidad y contenidos de redes sociales, y programas comunitarios.

PD-164 — EQUIPO PEDIÁTRICO COMO LÍDER EN LA CREACIÓN Y GESTIÓN DE UNA UNIDAD DE ANQUILOGLOSIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Rodríguez Bailón, N.[1]; Ruiz Mariscal, E.[2]; Lloveras Viñals, M.[2]; Fuenmayor Ramírez, Y.D.V.[2]; Sanz Cano, M.Á.[2]; Ruiz Guzmán, L.[3]. - [1]*CAP 17 de setembre, Barcelona, España;* [2]*EAP Disset de Setembre, Sant Adrià de Besòs, Barcelona, España;* [3]*El Pilar, Barcelona, España.*

Objetivo: Describir el proceso de creación, implementación y gestión de una unidad de intervención ambulatoria de anquiloglosia (frenectomía) en un equipo de atención primaria, liderada por el equipo pediátrico, y analizar su impacto en la accesibilidad y continuidad de la lactancia materna. **Material y métodos:** Estudio descriptivo del diseño organizativo y la actividad de la unidad, puesta en marcha tras detectar una demora significativa en la derivación hospitalaria de lactantes con sospecha de anquiloglosia, causa frecuente de abandono precoz de la lactancia por dolor materno, mastitis y escaso aumento ponderal. Se implantó un circuito específico con cribado sistemático mediante la escala de Hazelbaker en la primera visita, agenda semanal dedicada y vía de derivación preferente. El liderazgo del equipo se ejerció en cuatro ámbitos: vinculación con direcciones y otros niveles asistenciales, visión transversal entre profesionales y disciplinas, presencia accesible como referente para las familias, y atención a las necesidades emocionales de las madres. **Resultados:** Tras la fase de pilotaje, formación interna y difusión externa (sesiones clínicas, formación a profesionales de otros centros y disciplinas, y publicación científica), se realizaron 148 frenectomías en un año, con 7 reintervenciones. Se ha consolidado una base de datos para agilizar derivaciones, seguimiento postquirúrgico de proximidad y protocolo de reducción de reintervenciones. **Conclusiones:** El liderazgo pediátrico en la creación de unidades específicas en atención primaria permite resolver patologías prevalentes sin demoras hospitalarias, mejora la continuidad de la lactancia materna y posiciona al equipo como referente territorial, integrando capital político, simbólico y emocional en su modelo de gestión.

PD-165 — UNA REVISIÓN, TRES HALLAZGOS POTENCIALMENTE PATOLÓGICOS

Angulo Sánchez, V.[1]; Rodríguez Miguélez, M.[2]; Gallego Ausin, N.[2]; Pérez Ortiz, D.[1]; García Terrazas, A.[1]; Dios Puebla, M.E.[1]; Bujedo Muñoz, A.[1]; Clavijo Izquierdo, M.E.[1]; Recalde Tabar, A.[1]; Portillo Sanz, L.[1]. - [1]*Hospital Universitario, Burgos, España;* [2]*CS Los Comuneros, Burgos, España.*

Introducción: La consulta de revisión del niño sano es uno de los pilares de la Atención Primaria pediátrica. Reducirlo a la actualización vacunal y a comprobación de percentiles de crecimiento sería infrautilizar su potencial como herramienta diagnóstica activa, ya que mediante una exploración física sistemática y una anamnesis dirigida se pueden encontrar hallazgos patológicos que la familia no haya percibido. Presentamos un caso que ilustra este potencial. **Caso clínico:** Niña de 12 años, procedente de Colombia residiendo en España desde hace 18 meses. Realizan la primera visita médica por síndrome gripal a los 14 meses de su llegada al país. Se aprovecha esa consulta para gestionar cita para realizar una primera revisión exhaustiva. No aportan informes médicos previos. En dicha revisión, tras exploración física completa y anamnesis estructurada se identifican tres hallazgos no conocidos: escoliosis secundaria a dismetría de miembros inferiores, actualmente en estudio etiológico, déficit visual con agudeza visual disminuida unilateral (ojo derecho 1/3, Ojo izquierdo 1, *cover test* positivo), la cual la paciente no había verbalizado pero al detectarlo en la exploración física sí refiere dificultades en clase para observar la pizarra, y uso problemático del teléfono móvil detectado al incorporar preguntas sobre hábitos de pantalla con escala CIUS 31 puntos. Ninguno de los tres problemas había sido previamente identificado ni consultado. **Conclusiones:** Este caso ejemplifica la importancia de realziar un adecuado uso de la revisión del niño sano, ya que con exploración física completa y anamnesis dirigida, va mucho más allá de la actualización vacunal. En una única visita fue posible detectar patología musculoesquelética, orgánica y psicosocial con impacto funcional real y abordaje terapéutico iniciado. Reivindicar el tiempo y la estructura necesarios para realizar estas revisiones de forma completa es una responsabilidad compartida por pediatras, gestores y sistemas de salud.

PD-166 — A PROPÓSITO DE UN CASO. OBESIDAD PEDIÁTRICA E HIPERINSULINEMIA EN UNA NIÑA DE 10 AÑOS: DETECCIÓN PRECOZ DE RESISTENCIA A LA INSULINA

Echasabal Vila, M.M.; Montané Kukin, P.L.; Serra Molist, I.; Raventós Jurado, P.; Calabia Martínez, M.; Giner Piqueras, A.; Mateu Sanz, C.; Gruber, F. - *Can Bou, Castelldefels, Barcelona, España.*

Anamnesis: Niña de 10 años derivada para valoración metabólica en contexto de obesidad persistente. Como antecedentes personales destacaban síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) con episodios de apneas nocturnas y dermatitis atópica. Los familiares referían dificultades de atención y concentración en el ámbito escolar, sin otros síntomas neurológicos asociados. No presentaba poliuria, polidipsia, pérdida ponderal ni clínica sugestiva de alteraciones endocrino-metabólicas. Sin antecedentes familiares de *diabetes mellitus* tipo 2, obesidad mórbida o enfermedad cardiovascular precoz. **Exploración clínica:** Buen estado general. Peso 48 kg, talla 145 cm, IMC 22,8 kg/m² (>p95) y perímetro de cintura de 77 cm, compatible con adiposidad central. Presión arterial 110/70 mmHg. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, sin visceromegalias. Sin *acantosis nigricans* ni otros signos de insulinorresistencia. Exploración neurológica básica normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** El estudio analítico mostró hemograma, perfil lipídico y funciones tiroidea, hepática y renal normales. HbA1c normal. Destacaban ferritina de 135 ng/L e insulina basal en ayunas de 134 pmol/L. Ecografía hepática normal. **Conclusiones:** La paciente presenta obesidad de distribución abdominal e hiperinsulinemia basal, hallazgos compatibles con una fase inicial de resistencia a la insulina, pese a mantener parámetros glucémicos dentro de la normalidad. La hiperinsulinemia puede constituir una manifestación precoz de resistencia a la insulina en niños con obesidad. El síndrome de apnea obstructiva del sueño es una comorbilidad frecuente de la obesidad pediátrica y puede asociarse a dificultades de atención, rendimiento académico y calidad de vida. La coexistencia de obesidad, SAOS e hiperinsulinemia identifica a pacientes con mayor riesgo cardiometabólico, por lo que se recomienda una evaluación integral y un seguimiento estrecho. La detección precoz de estas alteraciones ofrece una oportunidad para implementar medidas higiénico-dietéticas y de estilo de vida dirigidas a mejorar el perfil metabólico y prevenir la progresión hacia diabetes mellitus tipo 2 y otras complicaciones cardiovasculares.

PD-167 — COJERA EN EL NIÑO

Artigas Rodríguez, S.; Salvà, R.; Szalaty, P.Z.; Moreno, I.; Blázquez, M.; Pérez, I.L.; Esquivel, E.; Ortín, L.W.; García, M.; Laffitte, J. - *ETAP Sagrada Familia, Barcelona, España.*

Anamnesis: Introducción: Las lesiones meniscales en la edad pediátrica son infrecuentes y suelen asociarse a traumatismos o anomalías meniscales. Su presentación insidiosa puede dificultar el diagnóstico y retrasar el tratamiento. Caso clínico: Niña de 6 años, sin antecedentes personales de interés, que consultó en atención primaria por cojera de varias semanas de evolución. No relataban antecedente traumático claro, fiebre, ni sintomatología alguna asociada (tos, diarrea, mucosidad, picaduras...) **Exploración clínica:** En la exploración física destacaba actitud en flexo de la rodilla derecha y claudicación evidente, sin aumento de partes blandas ni **signos** inflamatorios locales. Presentaba cojera en la exploración de la marcha. Las caderas, tobillos, y el resto de articulaciones estaban libres. El resto de la exploración fue anodina. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La radiografía simple no mostró hallazgos patológicos. Se decide remitir inicialmente a Urgencias, orientándose allí como posible contusión, pese a la ausencia de antecedente traumático claro referido. Ante la persistencia de la clínica en controles posteriores en nuestro centro, se solicitó una resonancia magnética urgente, que evidenció una rotura meniscal derecha. Se refirió de nuevo a traumatología donde se realizó tratamiento mediante artroscopia, con evolución clínica favorable y desaparición progresiva de la cojera. **Conclusiones:**

Discusión: Las roturas meniscales son excepcionales en niños pequeños y pueden cursar de forma paucisintomática, con radiografías normales y sin antecedente traumático evidente. La persistencia de la cojera y la limitación de la movilidad articular deben hacer sospechar patología intraarticular y justifica la realización precoz de resonancia magnética. El diagnóstico temprano permite instaurar un tratamiento adecuado y mejorar el pronóstico funcional.

PD-168 — CUANDO EL SILENCIO HABLA: DETECCIÓN PRECOZ Y ABORDAJE DEL MUTISMO SELECTIVO EN EDAD PREESCOLAR DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

de Diego Rodríguez, A.[1]; Martínez Fernández, M.[2]; Gómez Gómez, E.[1]; Tejada Paredes, S.[3]. - [1]*Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España;* [2]*UDM AFyC Este, Madrid, España;* [3]*Hospital General Universitario de Segovia, España.*

Anamnesis: Presentación del caso: Niña de 4 años que acude a consulta de enfermería pediátrica acompañada de su madre para revisión del niño sano. Se trataba de la primera revisión en España tras emigrar desde Argentina hacía año y medio. No presenta antecedentes ni alteraciones previas del desarrollo neurológico, psicomotor o psicosocial. Anamnesis: Se realizó valoración enfermera mediante entrevista focalizada tras una valoración por patrones, en la que la madre refirió que su hija no participaba en actividades escolares, no respondía a preguntas si no las realizaba ella en solitario y apenas interactuaba verbalmente con sus compañeros, salvo con un amigo de referencia. En el ámbito familiar, la comunicación era normal, mostrando un lenguaje fluido y adecuado para la edad. Sin embargo, evitaba comunicarse con otros y cuando necesitaba algo en presencia de terceros, recurría a susurros a su madre para que hablara por ella o realizaba gestos. **Exploración clínica:** Exploración clínica: En consulta, la paciente mantuvo contacto visual, jugó y colaboró parcialmente. Comprendía indicaciones y participaba en actividades, pero no emitió palabras ni mantuvo conversación con su enfermera, pese a los intentos de motivación y apoyo. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Ante la sospecha clínica, se avisó a su pediatra y en conjunto con enfermería se realizó un cribado mediante la Escala de Mutismo Selectivo (SMQ), obteniendo un resultado positivo. Tras informar a la madre sobre la posible orientación diagnóstica, se propuso la derivación a Salud Mental para evaluación, seguimiento e inicio del tratamiento. Además, se decidió mantener seguimiento y proporcionar pautas y recomendaciones hasta la valoración. **Conclusiones:** La detección precoz del mutismo selectivo desde Atención Primaria resulta fundamental para evitar repercusiones en el desarrollo social y académico. La observación clínica, colaboración multidisciplinar y las herramientas de cribado permiten identificar de forma temprana este trastorno de ansiedad y facilitar una intervención especializada adecuada.

PD-169 — PUBARQUIA PRECOZ Y EXPOSICIÓN A ACEITE DE ÁRBOL DE TÉ: IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS AMBIENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Echasabal Vila, M.M.; Gruber, F.; Montané Kukin, P.L.; Callicó Boix, B.; Calaf Moya, G.; Giner Piqueras, A.; Mateu Sanz, C.; Díaz, J. - *Can Bou, Castelldefels, Barcelona, España.*

Anamnesis: Paciente de sexo femenino de 7 años que consulta por la aparición de vello púbico de un mes de evolución. Los progenitores niegan telarquia, axilarquia, sudoración con olor apocrino o cambios del comportamiento. Como antecedente de interés, refieren la aplicación tópica frecuente de aceite de árbol de té (*Melaleuca alternifolia*) en la zona genital durante los últimos meses debido a prurito local. **Exploración clínica:** Buen estado general. Peso, talla y velocidad de crecimiento en percentiles adecuados para la edad cronológica. En la exploración física resalta la presencia de vello pubiano en labios mayores (Tanner II). No se evidencia botón mamario, axilarquia ni signos de virilización. El resto de la exploración física es normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante el hallazgo de pubarquia precoz aislada, se solicita una radiografía de mano izquierda, reportando una edad ósea acorde a su edad cronológica. Tras una revisión bibliográfica orientada por la anamnesis, se plantea como hipótesis diagnóstica una posible exposición exógena con actividad disruptora endocrina relacionada con el uso tópico de aceite de árbol de té. Como medida terapéutica, se indica la suspensión inmediata de la aplicación del aceite y se pauta seguimiento clínico evolutivo. A los cuatro meses de la retirada del producto, se objetiva la detención de la progresión clínica y la regresión parcial del vello pubiano. **Conclusiones:** La exposición a aceites esenciales con potencial actividad disruptora endocrina debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la pubarquia precoz aislada. Aunque no puede establecerse una relación causal definitiva, la evolución favorable tras la retirada del aceite de árbol de té refuerza la sospecha de una asociación clínica. Este caso destaca el valor de una anamnesis ambiental exhaustiva en Atención Primaria, incluyendo la exposición a productos cosméticos y fitoterapéuticos, para orientar el diagnóstico y optimizar el abordaje de los signos puberales precoces.

PD-170 — LA AUTOMATIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES RARAS: DETECTAR ERRORES CONGÉNITOS DE LA INMUNIDAD DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Fernández Roca, J.; Rivière, J.; Martín Nalda, A.; Jiménez Natal, A.; Soler Palacín, P. - *Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.*

Anamnesis: Paciente de sexo femenino de 10 años detectada con riesgo de padecer un error congénito de la inmunidad (ECI) mediante el proyecto PIDCAP. Este proyecto consiste en un algoritmo que analiza las historias clínicas en atención primaria buscando signos de alarma de ECI, previamente consensuados entre grupos de expertos. En este caso presentaba 8 neumonías, hipotiroidismo autoinmune, aftosis recurrente y dermatitis atópica. Pese a seguimiento por múltiples especialistas, no se había sospechado un ECI. **Exploración clínica:** A la exploración destacaban dismorfias faciales (pliegues epicánticos, nariz ancha, implantación baja del cabello), malformaciones dentarias, microtia derecha, hiperlaxitud y dermatitis atópica grave, así como retraso del neurodesarrollo. **Procedimientos diagnósticos y terpéuticos:** Las neumonías de repetición se consideran manifestación de varios ECI, especialmente humorales. La analítica mostraba IgG elevada (policlonal), con complemento y poblaciones linfocitarias normales y respuesta vacunal adecuada. La evaluación del parénquima pulmonar resulto sin alteraciones. Se inició profilaxis antibiótica con buena respuesta clínica. El hipotiroidismo es uno de los fenómenos autoinmunes más frecuentes. Durante la evolución del seguimiento se detectó un microcarcinoma papilar de tiroides. Tanto la autoinmunidad como las neoplasias se asocian a desregulación inmune de los ECI. La dermatitis atópica se relaciona con los ECI, particularmente en casos graves y refractarios, y requirió en la paciente terapia biológica. Aunque el panel genético de ECI no encontró ninguna variante de interés, el array mostró trisomía 8q24.13-q24.3 y 22q11.1-q11.21 destacando la duplicación 22q11, un ECI habitualmente más leve que la deleción 22q11, que puede presentar infecciones y fenómenos autoinmunes. **Conclusiones:** Los ECI son enfermedades raras con una gran diversidad clínica. En un sistema de atención primaria sobrecargado, un cribado semi-automatizado como el del proyecto PIDCAP permite una pronta detección y derivación a centros de referencia, permitiendo un enfoque multidisciplinar y multinivel para abordar patologías tan complejas como los ECI.

DERMATOLOGÍA

PC-169 — LIQUEN ESCLEROSO VULVAR: LA IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO PRECOZ DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Haupt Arabia, V.[1]; Carrasco Villanueva, M.J.[1]; Sierra Águila, M.[1]; Martínez Fernández, M.M.[2]; Gutiérrez Zamorano, M.[1]; García Barbero, E.[3]; Macías Panedas, A.[1]; Izquierdo Herrero, E.[1]; Carpintero Fernández, I.[2]; Fernández Alonso, J.E.[1]. - [1]*Complejo Asistencial Universitario de Palencia, España;* [2]*CS La Puebla, Palencia, España;* [3]*CS Eras del bosque, Palencia, España.*

Anamnesis: Niña de 8 años que acude por prurito vulvar de varios meses de evolución, con aparición de erosiones dolorosas durante la última semana. No presentaba leucorrea ni disuria. Como antecedente personal relevante, fue diagnosticada de Alopecia Areata a los 5 años. **Exploración clínica:** Mostró placas hipopigmentadas nacaradas, bien delimitadas, con distribución en forma de "8", afectando labios mayores, vulva y región perianal, asociadas a erosiones superficiales, sin signos de sobreinfección ni alteraciones anatómicas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó cultivo de la lesión con resultado negativo. El diagnóstico se realizó en base a la clínica, la morfología y distribución característica de las lesiones. Se inició tratamiento con mometasona furoato 0,1 % tópica diaria hasta ser valorado a las 6 semanas en Dermatología, donde pautan mometasona fuorato 0,1 % tópico semanal y tacrolimus 0,1 % tópico diario durante 1 mes y posteriormente tratamiento con Tacrolimus 2 días a la semana durante 6 meses. **Conclusiones:** El liquen escleroso vulvar es una dermatosis inflamatoria crónica cuyo diagnóstico continúa retrasándose en la infancia por confundirse con vulvovaginitis, dermatitis irritativa, infecciones o, en ocasiones, lesiones traumáticas. Su etiología es desconocida, y probablemente multifactorial, y se asocia a varias enfermedades autoinmunes, como la alopecia areata y la tiroidis. El pediatra de Atención Primaria desempeña un papel fundamental en su identificación mediante el reconocimiento del patrón clínico característico, en la instauración precoz del tratamiento y en la prevención de secuelas como cicatrices, sinequias y distorsión anatómica vulvar. La evidencia científica respalda los corticoides tópicos de potencia alta-moderada como tratamiento de primera línea, reservando los inhibidores de la calcineurina para el mantenimiento. El seguimiento a largo plazo conjunto con Dermatología es esencial para reducir recaídas, evitar complicaciones y preservar la calidad de vida de estas pacientes.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

PC-170 — EL REFLEJO QUE ALERTÓ AL PADRE: DIAGNÓSTICO PRECOZ DE RETINOBLASTOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Torre Francisco, R.; De la Calle Poyato, A.; Valle Echevarría, M.; Pardo Herreros, A.; Yáñez Granados, P.; Porras López, E.; Karasek De Dios, E.; Thomson Gil, L.; Rubio Alcocer, A.; León Jiménez, J.P. - *Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España.*

Anamnesis: Niña de 3 años, sin antecedentes personales de interés, consultan por disminución de la agudeza visual en el ojo derecho. Los padres refieren además la aparición de una coloración blanquecina en la pupila derecha al incidir la luz, lo han apreciado con el reflejo de la niña en el espejo y en la propia televisión de casa. **Exploración clínica:** La exploración oftalmológica inicial mostró pupilas isocóricas y normorreactivas, movimientos oculares normales, objetivándose leucocoria en el ojo derecho al reflejo luminoso. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicitó valoración urgente por Oftalmología. El fondo de ojo reveló: OD desprendimiento de retina exudativo asociado a tejido fibrovascular temporal y anomalías vasculares en las arcadas temporales. La tomografía de coherencia óptica (OCT) confirmó el desprendimiento retiniano. Inicialmente se planteó como diagnóstico diferencial: enfermedad de Coats, tumor vasoproliferativo o un hemangioma racemoso. Dada la sospecha clínica, la paciente fue derivada a centro de referencia, donde se completó el estudio mediante resonancia magnética orbito-craneal. La prueba evidenció una masa intraocular en el globo ocular derecho compatible con retinoblastoma, con infiltración coroidea, sin signos de extensión extraocular ni afectación del nervio óptico. Se realizó además estudio genético del gen RB1. Tras la confirmación diagnóstica, se inició tratamiento mediante quimioterapia intraarterial. Durante el seguimiento oftalmológico se observó una respuesta favorable, con calcificación completa de la lesión tumoral, vasos adyacentes hialinizados y ausencia de exudación o signos de progresión tumoral **Conclusiones:** La leucocoria constituye un signo de alarma oftalmológico que requiere valoración urgente. El retinoblastoma debe considerarse siempre dentro del diagnóstico diferencial de la leucocoria unilateral. Algunas patologías, como la enfermedad de Coats, pueden simular inicialmente su presentación clínica. La resonancia magnética es fundamental para la caracterización tumoral y la valoración de la extensión. El diagnóstico y la derivación precoz a centros especializados permiten instaurar tratamientos eficaces, mejorando el pronóstico visual y vital de los pacientes.

PC-171 — DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE FRACTURAS ESTERNALES POCO FRECUENTES EN PEDIATRÍA

García Calvo, E.; Caballero Ramos, J.; González Prieto, A.; Arroyo Ruiz, R.; Domínguez Sevillano, B.; Seijo Rodríguez, J.; García Ugarte, B.; Montejo Marcos, B.; Andrés Blanco, L.; Ureña Buch, E. - *Hospital Universitario Salamanca, España.*

Anamnesis: Las fracturas esternales son lesiones poco habituales en la edad pediátrica y pueden pasar desapercibidas debido a la baja energía del traumatismo y a la estabilidad clínica del paciente. Presentamos un caso clínico con el objetivo de destacar la importancia de una adecuada anamnesis y exploración física ante traumatismos torácicos aparentemente leves. **Exploración clínica:** Escolar de 13 años que consulta tras traumatismo dorsal durante la práctica deportiva. Durante un salto para golpear un balón con la cabeza presenta caída en posición horizontal, con percepción de "chasquido" inmediato y dolor torácico que aumenta con la inspiración y determinados movimientos. No refiere traumatismo craneoencefálico ni pérdida de conocimiento. A la exploración se encuentra estable, con constantes dentro de la normalidad, sin signos de distrés respiratorio. Presenta dolor localizado desde región media esternal hasta apófisis xifoides, sin deformidad ni escalón óseo palpable. Se realiza radiografía de tórax en proyección anteroposterior y lateral. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La imagen radiológica evidencia fractura esternal en tercio medio distal. Ante el diagnóstico diferencial de traumatismo torácico se valoraron contusión torácica, neumotórax y hemotórax. La ausencia de alteraciones pulmonares, la estabilidad respiratoria y la localización del dolor orientaron hacia la lesión ósea. El manejo fue conservador mediante analgesia y antiinflamatorios, con evolución favorable. Las series publicadas describen que las fracturas esternales pediátricas pueden aparecer tras traumatismos de baja energía y suelen presentar buen pronóstico con tratamiento conservador, con resolución habitual en varias semanas. **Conclusiones:** Aunque infrecuentes, las fracturas esternales deben considerarse en pacientes pediátricos con traumatismo torácico y dolor localizado que aumenta con los movimientos respiratorios. La exploración clínica dirigida y la radiografía lateral pueden ser herramientas útiles para confirmar el diagnóstico y diferenciarlo de otras lesiones potencialmente graves. Un diagnóstico adecuado permite realizar un manejo conservador y evitar pruebas o tratamientos innecesarios.

PC-172 — DIAGNÓSTICO INESPERADO EN URGENCIAS: MASA INTRACRANEAL SILENTE DESCUBIERTA TRAS UN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Agüera Nevado, C.; Martín Espín, I.; San José Alonso, M.; García Cuenca, A.; Fernández Martínez, I.; Gutiérrez Segovia, I.; Ruiz Moreno, M.; Plata Gallardo, M. - *Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España.*

Anamnesis: Paciente de 13 años, sin antecedentes de interés, que acude tras sufrir un traumatismo craneoencefálico (TCE) de alta energía al caer de un patinete eléctrico. Refiere amnesia postraumática y cefalea. Niega vómitos, convulsiones o focalidad neurológica. **Exploración clínica:** Triángulo de evaluación pediátrica estable. Constantes vitales en rango normal para su edad. Destaca un cefalohematoma blando de 8 x 8 cm en región parietal posterior derecha, sin crepitación ni escalón óseo. Exploración neurológica normal. Resto de exploración por aparatos sin alteraciones **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante el mecanismo de alta energía y la magnitud del cefalohematoma, se solicita analítica sanguínea (normal) y TAC cerebral urgente. El TAC descarta sangrado intracraneal, pero identifica incidentalmente una Lesión Ocupante de Espacio (LOE) intraaxial frontal izquierda de 36 x 20 x 18 mm con calcificaciones y edema, sugerente de oligodendroglioma. Ante dichos resultados se realizó traslado a Neurocirugía de hospital de referencia para completar estudio. Posteriormente, realizaron una RM cerebral donde como primera sospecha refieren probable tumor mixto neuroglial (ganglioglioma o PLNTY), en espera de tratamiento quirúrgico tras presentarlo en comité de tumores. **Conclusiones:** Este caso resalta la importancia de aplicar los criterios de riesgo en el TCE para decidir cuándo está indicada una prueba de imagen urgente frente a una actitud de observación clínica. El cumplimiento de estos protocolos permitió, de forma casual, el diagnóstico precoz de una neoplasia intracraneal en un paciente completamente asintomático. En población pediátrica, los tumores gliales de bajo grado suelen cursar de forma silente o insidiosa. El hallazgo incidental de esta lesión permite un abordaje terapéutico precoz antes de la aparición de complicaciones neurológicas.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS, INMUNIZACIONES

PC-173 — LINFANGITIS AGUDA, ¿QUÉ TRATAMIENTO ELIJO? A PROPÓSITO DE UN CASO

Boadella de Arriba, M.; Revoltós Escrigas, S.; Albiciuc, I.A. - *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.*

Anamnesis: Paciente de 3 años, consulta en Atención Primaria por lesión cutánea de 24 horas de evolución tras picadura de insecto. Inicialmente presentó placa eritematosa en dorso de la mano, añadiéndose en las últimas 12 horas una lesión progresiva en el antebrazo. **Exploración clínica:** La exploración mostró placa eritematosa, edematosa y caliente en el dorso de la mano derecha con punto costroso central, junto a eritema lineal discontinuo ascendente por el antebrazo, siguiendo el trayecto linfático. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se orientó como linfangitis aguda infecciosa asociada a celulitis cutánea y, ante la ausencia de signos de afectación sistémica, se inició tratamiento ambulatorio con cefadroxilo oral. En el control posterior destaco la resolución prácticamente completa de la linfangitis en las primeras 24 horas, mientras que la celulitis siguió un curso más prolongado y progresivo. **Conclusiones:** La linfangitis aguda pediátrica es una entidad poco frecuente, generalmente asociada a picaduras de insecto y causada principalmente por *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*. Se caracteriza por una lesión lineal eritematosa ascendente hacia ganglios regionales. La diferenciación entre linfangitis infecciosa y reactiva puede ser difícil, especialmente de cara al tratamiento. La disociación evolutiva entre linfangitis y celulitis constituye un hallazgo de interés clínico y refleja la distinta respuesta del tejido linfático y del tejido celular subcutáneo al antibiótico. Este caso refleja cómo una correcta estratificación clínica es clave para evitar tanto el infratratamiento como el uso innecesario de antibióticos de amplio espectro. En cuadros leves-moderados sin factores de riesgo, las cefalosporinas de primera generación ofrecen cobertura óptima frente a cocos grampositivos y *S. aureus* sensible a meticilina. La cobertura de mayor espectro (amoxicilina-clavulánico) o frente a *S. aureus meticilin* resistente debe reservarse para situaciones específicas, así como la vía intravenosa, indicada ante sospecha de afectación sistémica o mala evolución.

PC-174 — ¿DOCTOR, POR QUÉ SE LE INFLAMAN DE FORMA RECURRENTE LAS PARÓTIDAS A MI HIJO?

Molina Molina, M.D.C.[1]; Rubio Guzmán, J.[1]; González Fernández, A.M.[2]; Moriano León, S.[3]. - [1]*Hospital Príncipe de Asturias, Oviedo, Asturias, España;* [2]*CS Collado Villalba. La Estación, Madrid, España;* [3]*CS Juan de Austria, Madrid, España.*

Anamnesis: Niño de 4 años, correctamente vacunado (en seguimiento previo en consulta de ORL por otitis medias de repetición y retraso del lenguaje), derivado a consulta de Pediatría Hospitalaria por haber presentado hasta 6 episodios de tumefacción en zona submandibular izquierda. El primer episodio se sucede con 3 años y precisa hospitalización por la evolución tórpida, asociando otalgia ipsilateral y fiebre de 7 días sin responder a tratamiento antibiótico ambulatorio, con elevación de reactantes de fase aguda. Tras este episodio continúa con episodios repetidos de predominio en lado izquierdo, resueltos espontáneamente o con antiinflamatorios en días. Los episodios se suceden a intervalos de 4-6 meses, estando asintomático entre ellos. Ante la ausencia de otros hallazgos, se orienta como Parotiditis Recurrente Juvenil (PRJ). **Exploración clínica:** En la exploración al ingreso presentaba tumefacción dolorosa, de bordes difusos preauricular y retroauricular, con calor, rubor y edema local. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Realizada analítica de urgencias y ecografía con aumento de tamaño de la parótida izquierda, aumento del flujo Doppler y dilatación de los conductos ductales. Adenopatías ipsilaterales de hasta 12 mm de eje corto. Glándula contralateral normal. Durante el seguimiento se completa estudio: hemograma y bioquímica, con PCR/VSG y amilasa, Inmunoglobulinas (IgG, IgM, IgA), subclases IgG, Autoanticuerpos: ANA, anti-La/SSb, anti-Ro/SSA, factor reumatoide, Serología VIH, VEB, CMV, Anticuerpos anti-transglutaminasa, Mantoux y radiografía de tórax, ecografía abdominal, complemento subpoblaciones linfocitarias y anticuerpos antitiroideos con resultados normales. **Conclusiones:** La parotiditis recurrente pediátrica, es un proceso inflamatorio no obstructivo, de origen multifactorial de las glándulas parótidas que se presenta de forma repetida, siendo la parotiditis recurrente juvenil (PRJ) la causa más frecuente. Se han propuesto diversos factores etiológicos: malformaciones ductales, factores hereditarios, infecciones retrógradas, alergias, procesos autoinmunes e inmunodeficiencias. Ante una parotiditis recurrente debe realizarse un estudio inmunológico, y se deben descartar por ecografía malformaciones ductales o vasculares, cálculos o tumores.

PC-175 — FIEBRE SIN FOCO EN UN PACIENTE CARDIÓPATA COMPLEJO: CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Pérez García, P.; Álvarez Smith, C.I.; Meijide Maroño, P.; Sala Utrilla, I.; Moldes País, B.; Louzao Fernández, E.; Allueva Ballestero, M.; López Franco, M.M.; Rey García, S.M.; Berrocal Castañeda, M.M. - *Hospital Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña, España.*

Anamnesis: La endocarditis infecciosa es una infección grave del endocardio y de las estructuras cardíacas asociadas, generalmente causada por bacterias capaces de adherirse a válvulas o material protésico, originando inflamación y daño tisular. Aunque es más frecuente en pacientes cardiópatas o portadores de dispositivos intracardiacos, constituye una entidad poco frecuente en pediatría, con elevada morbimortalidad y complicaciones graves. **Exploración clínica:** Varón de 10 años con antecedente de cardiopatía congénita compleja intervenida en la primera infancia y portador de dos stents intracardiacos. Entre sus antecedentes destacan discapacidad intelectual, epilepsia e hipotiroidismo. Ingresó derivado de un hospital comarcal por fiebre persistente y citopenias. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Al ingreso presentaba fiebre de tres días de evolución sin foco aparente, trombopenia grave (18.000 plaquetas/µL), linfopenia (680/mm³), petequias generalizadas y hematomas espontáneos. Los hemocultivos iniciales resultaron negativos, por lo que se mantuvo actitud expectante ante la sospecha de infección vírica. Sin embargo, ante la persistencia de la fiebre a las 72 horas y la ausencia de mejoría analítica, se extrajeron nuevos hemocultivos, iniciando antibioterapia empírica con Ceftriaxona y Vancomicina. Posteriormente se aisló *Streptococcus parasanguinis*, desescalando a monoterapia con Ceftriaxona según antibiograma.

Ante la sospecha de endocarditis infecciosa, se realizó una ecocardiografía, sin poder descartar vegetaciones por limitaciones técnicas derivadas del material protésico. Completándose el estudio mediante PET-TC, objetivándose un foco hipermetabólico compatible con endocarditis sobre dicho material. En la anamnesis destaca un cateterismo cardíaco en los dos meses previos y una intervención odontológica semanas antes. Tras seis semanas de antibioterapia, presentó evolución favorable, con resolución clínica y normalización analítica. **Conclusiones:** - La endocarditis infecciosa debe considerarse ante fiebre persistente en pacientes con cardiopatía y material protésico, incluso con hemocultivos iniciales negativos. - El PET-TC constituye una herramienta diagnóstica de gran utilidad cuando la ecocardiografía es limitada. - La profilaxis antibiótica en procedimientos odontológicos sigue siendo esencial en pacientes de alto riesgo.

PC-176 — SÍNDROME DE PIEL ESCALDADA ESTAFILOCÓCICA: CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

Núñez López, S.; Sánchez Miranda, M.D.; Ballano Pérez, C.; González Caballero, O.; Domínguez García, A.; Cancio Dávila, L.; Guerra Cordero, F.; Trinidad Acedo, M.; Rayego Sánchez, E.D.L.Á.; Mora Matilla, M. - *Hospital Materno Infantil, Badajoz, España.*

Anamnesis: Se presentan tres casos pediátricos de síndrome de piel escaldada estafilocócica en pacientes de 2 y 3 años, previamente sanos. Consultaron por exantema doloroso de instauración aguda y progresión rápida, con predominio en región peribucal y pliegues. Dos pacientes asociaron fiebre, mientras que uno permaneció afebril. En dos casos, el diagnóstico inicial fue impétigo y dermatitis respectivamente, con escasa respuesta al tratamiento ambulatorio inicial. Como antecedentes epidemiológicos destacaban infección concomitante por SARS-CoV-2 en un caso y contacto escolar con impétigo en otro. Una de las pacientes presentaba además ausencia completa de vacunación. **Exploración clínica:** Afectación del estado general con descamación peribucal y eritrodermia dolorosa de predominio en cuello, axilas, ingle y región periorificial, constituyendo un hallazgo clínico común en todos ellos. Dos pacientes desarrollaron ampollas, erosiones cutáneas y lesiones exudativas en tronco y pliegues. Se observaron además lesiones costrosas, afectación perineal y secreción ocular y ótica en algunos casos. Ninguno presentó compromiso hemodinámico ni respiratorio durante el ingreso. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica mostró parámetros inflamatorios discretamente elevados, sin datos de sepsis y los hemocultivos resultaron negativos. Los frotis microbiológicos identificaron *Staphylococcus aureus* en dos casos en muestra nasal, faríngea y ótica. Todos precisaron ingreso hospitalario, fluidoterapia intravenosa, analgesia y cuidados cutáneos con clorhexidina y vaselina. El tratamiento antibiótico administrado fue cloxacilina intravenosa, asociando clindamicina en dos casos por progresión clínica inicial. La duración total del tratamiento antibiótico fue de aproximadamente 7-10 días, con transición posterior a antibioterapia oral con cefadroxilo 30 mg/kg/día. **Conclusiones:** Ante un exantema doloroso de rápida progresión con predominio periorificial y en pliegues, el síndrome de piel escaldada estafilocócica debe incluirse en el diagnóstico diferencial de forma temprana. El reconocimiento precoz de las lesiones y el inicio de antibioterapia sistémica, junto con soporte hídrico y cuidados cutáneos intensivos, son fundamentales para prevenir complicaciones y garantizar una evolución clínica favorable.

PC-177 — MAMÁ, ME HA MORDIDO UN PERRO PERO… ¿Y ESTO?

Portillo Sanz, L.; Fernández de Valderrama Rodríguez, A.; Prieto Domínguez, C.; Marrón Alonso, M.; García Terrazas, A.; Bujedo Muñoz, A.; Clavijo Izquierdo, M.E.; Pérez Ortiz, D.; Dios Puebla, M.E.; Recalde Tabar, A. - *Hospital Universitario, Burgos, España.*

Anamnesis: Niña de 7 años sin antecedentes de interés que consulta por aparición en las últimas 24 horas de lesión eritematosa lineal en antebrazo izquierdo tras mordedura de perro doméstico en eminencia hipotenar de dicha mano hacía dos días. Afebril, sin otra sintomatología. En el momento de la consulta había recibido 6 dosis de antibioterapia oral con Amoxicilina-Clavulánico pautado en Urgencias el día de la mordedura. **Exploración clínica:** A la exploración física destaca herida incisa en eminencia hipotenar de mano izquierda con costra superficial y exudado purulento escaso, presentando región eritematosa, caliente y edematosa perilesional. Asocia eritema lineal con calor local hasta tercio superior de antebrazo. No se palpan adenopatías. Ante sospecha de mordedura de perro complicada con celulitis y linfangitis infecciosa a pesar de tratamiento antibiótico oral, se deriva a Urgencias para valorar pruebas complementarias y tratamiento intravenoso. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En Urgencias se extrae analítica sanguínea (neutrofilia y ligera elevación de reactantes de fase aguda); y hemocultivo (negativo). Se recoge cultivo del exudado purulento en el que se observa crecimiento de Neisseria Dumasiana, bacteria perteneciente a la microbiota oral canina. Ingresa en Planta de Pediatría donde recibe tratamiento intravenoso empírico con Amoxicilina-Clavulánico con buena evolución clínica. Permanece afebril durante el ingreso, con mejoría de signos inflamatorios hasta su desaparición, permitiendo el alta a domicilio con antibioterapia oral. **Conclusiones:** La linfangitis aguda es la inflamación de los vasos linfáticos del tejido celular subcutáneo. Su diagnóstico es clínico: trayecto eritematoso lineal asociado a puerta de entrada cutánea. En pediatría la causa más frecuente es infecciosa por *S.Pyogenes* y *S.Aureus*, aunque el antecedente de mordedura de perro debe orientar hacia gérmenes menos habituales como Pasteurella Multocida. Es importante la identificación precoz de los signos de progresión linfática y el inicio temprano del tratamiento para limitar la extensión de la infección, prevenir complicaciones y asegurar una evolución clínica favorable.

GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN

PC-178 — PATOLOGÍA TIROIDEA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DISFAGIA PEDIÁTRICA

Sola Aparicio, A.[1]; Armañac Cadenas, C.[2]; Vizmanos Larrayoz, M.[2]; Fernández de Quincoces, M.[2]. - [1]*CS de Sarriguren, Navarra, España;* [2]*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.*

Anamnesis: Niña de 8 años, sin antecedentes personales de interés, consulta por dificultad para la deglución desde hace dos semanas. La sintomatología había progresado, precisando en las últimas 24 horas triturar los alimentos para facilitar la ingesta. No disfagia para líquidos, sensación de impactación alimentaria, fiebre, clínica respiratoria, dolor cervical ni otra sintomatología digestiva asociada. No presentaba pérdida ponderal ni alteración del estado general. **Exploración clínica:** Buen estado general. Discreto aumento de volumen en región cervical lateral izquierda, sin signos inflamatorios, adenopatías significativas ni dolor a la palpación. No alteraciones respiratorias ni hallazgos sugestivos de compromiso de la vía aérea. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicitó radiografía de tórax, sin alteraciones, y ecografía cervical, que mostró hallazgos compatibles con tiroidopatía difusa. A partir de estos resultados se amplió el estudio mediante determinación de función tiroidea (TSH y T4 libre) y autoinmunidad tiroidea (anticuerpos antiperoxidasa y antitiroglobulina). Asimismo, se realizó tránsito esofágico para descartar alteraciones anatómicas o estructurales. El tránsito esofágico resultó normal. Analítica con función tiroidea conservada y elevación de anticuerpos antiperoxidasa y antitiroglobulina, compatibles con tiroiditis autoinmune de Hashimoto en fase eutiroidea. La paciente fue derivada a Endocrinología Pediátrica para seguimiento. Dada la función tiroidea normal, no se indicó tratamiento hormonal sustitutivo, recomendándose vigilancia clínica y analíticas periódicas. Como medida inicial para mejorar la tolerancia alimentaria se aconsejó adaptación temporal de la consistencia de la dieta, con progresión según evolución. **Conclusiones:** · La disfagia en la edad pediátrica es un síntoma poco frecuente que puede obedecer a causas funcionales o a patología orgánica potencialmente relevante. · Aunque las causas digestivas suelen ser las primeras consideradas, es importante incluir en el diagnóstico diferencial patologías extrínsecas capaces de producir compresión esofágica, entre ellas la enfermedad tiroidea. · Una anamnesis detallada

y una exploración física minuciosa, especialmente de la región cervical, continúan siendo herramientas fundamentales en Atención Primaria para orientar el estudio diagnóstico.

PC-179 — DOLOR ABDOMINAL: ¿PUEDE JUSTIFICARLO UN PÓLIPO VESICULAR?

Cañaveras Anegas, M.; Ruiz Roig, L.; Díaz Sánchez, E.M.; Moro Plaza, A.B.; Algar Fernández, M.C.; Benéitez García, T.; Torres Del Nuevo, A.; Jiménez Carrascoso, R.; Sánchez Mendoza, R. -
Complejo Hospitalario Universitario, Toledo, España.

Anamnesis: Adolescente varón de 13 años que ingresa desde urgencias por epigastralgia y hematemesis. Sin antecedentes personales de interés, no alergias conocidas. Refiere episodios de epigastralgia y pirosis tras las comidas de unas 2 semanas de evolución, en alguna ocasión con hematemesis asociada. Había presentado cuadro diarreico la semana previa. Afebril. Pérdida de 2 kg en dos semanas. En seguimiento desde atención primaria por sospecha de reflujo gastroesofágico, en tratamiento con IBP (inhibidor de la bomba de protones) desde hace una semana. Niega otra sintomatología. **Exploración clínica:** Peso: 40.5 kg; frecuencia cardiaca: 77 lpm; presión arterial: 96/57 mmHg; temperatura: 36.6ºC. Buen estado general, normohidratado y perfundido. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal, dolor a la palpación de epigastrio e hipocondrio derecho, no se palpan masas ni megalias. Resto de exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica sanguínea y urinaria sin alteraciones. Ecografía abdominal: imagen compatible con pólipo vesicular de 5 mm que impresiona de hallazgo casual, siendo el resto anodino. **Conclusiones:** Desde un punto de vista clínico, las lesiones polipoideas de la vesícula biliar pueden cursar de modo asintomático, si bien pueden dar sintomatología de cólico biliar, dolor abdominal inespecífico, náuseas, vómitos, sensación de plenitud, ictericia, acolia o hipocolia y coluria. De los casos pediátricos publicados, el 70 % fueron advertidos en pacientes con dolor abdominal (combinado con fiebre, vómitos y/o plenitud posprandial), y el 30 % fueron diagnosticados en pacientes asintomáticos. El problema resulta en atribuir las manifestaciones clínicas, en especial el dolor abdominal, al pólipo. Posiblemente en los pacientes con dolor abdominal se solicitan más pruebas diagnósticas, por lo que se advierte con más frecuencia su presencia. El manejo suele estar basado en las guías de adultos, considerándose la cirugía o actitud expectante. En pacientes asintomáticos, se podría realizar control clínico por pediatría de Atención Primaria.

PC-180 — UN PÓLIPO ENTRE LAS HECES: HALLAZGO INESPERADO EN UNA RECTORRAGIA INFANTIL

Bacardit Guardiola, M.[1]; Robert Gil, E.[1]; Mesonero Cavia, S.[2]; Mercadal Orfila, P.[1]; García Puig, R.[1]. -
[1]*Hospital Universitari Mútua, Terrassa, Barcelona, España;*
[2]*Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España.*

Anamnesis: Se presenta el caso de una paciente de 3 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta en urgencias tras visualizar en las heces un fragmento de mucosa colónica mezclado con sangre fresca. Refieren una deposición con pequeños hilos de sangre tres días antes, siendo el resto de las deposiciones normales y sin productos patológicos hasta el episodio actual. La madre aporta el fragmento expulsado. **Exploración clínica:** Hemodinámicamente estable, con buen estado general. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. Región anal sin fisuras ni hemorroides, con esfínter anal externo conservado. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** El fragmento se remite para estudio anatomopatológico, que revela mucosa colónica con áreas de ulceración e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, sin patrón adenomatoso ni criterios de malignidad; hallazgos compatibles con pólipo inflamatorio. Se deriva a la paciente a Gastroenterología Infantil donde se indica colonoscopia, que pone de manifiesto un pólipo sésil único de 2 cm a 5 cm del margen anal, con mucosa restante de aspecto normal. Se extirpa para estudio histológico, confirmando un pólipo hiperplásico. Al tratarse de una lesión única y benigna, no se consideran necesarios controles endoscópicos posteriores. **Conclusiones:** Los pólipos rectales deben considerarse en el diagnóstico diferencial de la rectorragia infantil. Su desprendimiento espontáneo, aunque infrecuente, es un fenómeno real: al ser habitualmente pediculados, se puede producir torsión del pedículo con isquemia y necrosis que provoca su desprendimiento natural. Aun así, no exime de completar el estudio mediante colonoscopia, dada la posibilidad de lesiones adicionales no evidenciadas clínicamente. El pronóstico suele ser bueno, tratándose mayoritariamente de pólipos únicos benignos. Sin embargo, algunos, como los de los síndromes polipósicos, conllevan mayor riesgo de cáncer colorrectal en la edad adulta, por lo que el diagnóstico histológico resulta clave para orientar el seguimiento.

HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA

PC-181 — DETRÁS DE UNA ADENOPATÍA

Pulido Díaz, I.[1]; Sánchez González, S.[2]; Sánchez Gutiérrez, I.[1]; Domínguez Pereira, A.[1]; Cruz Velasco, L.[1]; González Delgado, M.I.[1]. -
[1]*Hospital de Mérida, Badajoz, España;* [2]*CS Mérida Norte, Badajoz, España.*

Anamnesis: Niño de 3 años sin antecedentes de interés que consulta por adenopatía submandibular izquierda de 2 meses de evolución, con dificultad para movilizar el cuello hacia la derecha. Se acompaña de dolor en esa zona de reciente aparición. Fiebre de 48 horas. A lo largo de la evolución del cuadro, se ha realizado analítica, sin hallazgos significativos, ecografía donde se visualiza conglomerado adenopático y prueba terapéutica con ciclo de antiinflamatorios y antibioterapia con augmentine y cefixima, sin apenas apreciar cambios. No refieren sudoración nocturna, ni pérdida de apetito o peso. No infecciones de repetición. No tiene animales ni han realizado viajes recientes. **Exploración clínica:** Buen estado general. Auscultación sin hallazgos. Se palpa adenopatía submandibular izquierda de aproximadamente 2.5 x 3.5 cm, blanda, móvil, no adherida a planos profundos, molesta a la palpación, sin signos de inflamación. Posteriormente, se palpan otras 2 adenopatías submandibulares izquierdas y otras dos inguinales similares pero de menor tamaño (< 0.5-1 cm). No hepatoesplenomegalia. Resto de exploración sin hallazgos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica, observándose una neutropenia de 330, con reactantes de fase aguda negativos y un frotis sin presencia de blastos, resto normal. Analíticas previas normales, ecografías sin datos de alarma. Mantoux, serologías virales, frotis faríngeo, radiografía de tórax sin hallazgos. En TAC se observan conglomerados adenopáticos en ambos lados del cuello, en mediastino y en zona paratraqueal alta. Se realiza biopsia ganglionar dando en el diagnóstico anatomopatológico resultados compatibles con Leucemia Aguda linfoblástica B. **Conclusiones:** El caso muestra cómo una adenopatía persistente, especialmente cuando no responde a tratamientos convencionales y se acompaña de hallazgos sistémicos, debe hacer sospechar una etiología no infecciosa. La ampliación del estudio y, finalmente, la biopsia ganglionar permitió establecer el diagnóstico definitivo. Este caso subraya la importancia de una evaluación escalonada y la necesidad de seguir persistiendo en la etiología ante evolución tórpida.

PC-182 — SOSPECHA DE SÍNDROME PHACES EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Portillo Sanz, L.[1]; Rámila De La Torre, E.[2]; Pérez Ortiz, D.[1]; Angulo Sánchez, V.[1]; Bujedo Muñoz, A.[1]; Recalde Tabar, A.[1]; Clavijo Izquierdo, M.E.[1]; Prieto Domínguez, C.[1]; Dios Puebla, M.E.[1]; Marrón Alonso, M.[1].-
[1]*Hospital Universitario, Burgos, España;* [2]*CS Santa Clara, Burgos, España.*

Anamnesis: Recién nacida de 21 días de vida que acude a revisión programada. Como antecedentes perinatales presenta embarazo controlado sin incidencias salvo anemia materna que precisó transfusión de concentrado de hematíes, parto a término mediante cesárea electiva a las 39 semanas de edad gestacional con Apgar 9/10, y cultivo materno de *S.Agalactiae* positivo que no recibió profilaxis antibiótica intraparto,

sin datos clínicos neonatales de sepsis precoz. Adaptación a la vida extrauterina y estancia en la maternidad sin alteraciones. **Exploración clínica:** A la exploración física destacan lesiones vasculares cutáneas color rojo intenso en hemicara izquierda afectando a región periocular, filtrum nasal, mentón y áreas retroauricular y parotídea compatibles con hemangioma segmentario superficial que han aumentado progresivamente de tamaño desde el nacimiento. No lesiones cutáneas a otros niveles. Resto de exploración física sin alteraciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Los hemangiomas segmentarios de cabeza y cuello pueden asociar alteraciones estructurales subyacentes conocidas como síndrome PHACES: malformaciones cerebrales, anomalías vasculares, defectos cardiacos y alteraciones oculares, entre otras. Por tanto, se deriva a la paciente a consultas de Hematología Infantil para seguimiento y se amplía estudio con ecocardiograma (sin alteraciones), ecografía abdominal (quistes ováricos anecoicos avasculares en localización de ovario derecho), valoración oftalmológica (sin alteraciones), y resonancia magnética cerebral y de columna, a fecha actual pendientes de realizar. Se decide tratamiento con Propranolol en pauta ascendente con práctica resolución de las lesiones cutáneas a los 3 meses de iniciarlo. **Conclusiones:** El hemangioma infantil es el tumor más frecuente en la infancia. Ante un hemangioma cervicofacial segmentario es necesario realizar estudio diagnóstico completo para descartar la presencia de alteraciones asociadas al síndrome PHACES. Saber sospecharlo desde Atención Primaria resulta fundamental, pues la identificación temprana permite iniciar un estudio multidisciplinar dirigido, detectar complicaciones potencialmente graves y establecer un tratamiento oportuno, mejorando el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

MISCELÁNEA

PC-183 — BULTOMA CERVICAL ¿ME PREOCUPO?

Domínguez García, A.[1]; Descalzo Casado, A.[1]; Cancio Dávila, L.[1]; Núñez López, S.[1]; González Caballero, O.[1]; Sánchez Miranda, M.D.[1]; Rayego Sánchez, E.D.L.A.[1]; Trinidad Acedo, M.[1]; López Rodríguez, A.[1]; Roco Rosa, M.[2]. - [1]*Hospital Materno Infantil de Badajoz, España;* [2]*CS de Almendralejo, Badajoz, España.*

Anamnesis: Se presenta el caso de un paciente de 2 años, sin antecedentes de interés, que consulta por bultoma cervical de 2 días de evolución. Se encontraba afebril, sin dolor, ni aumento del calor local, ingesta conservada sin otra clínica acompañante. Tampoco refería estar en contacto con mascotas ni viajes al extranjero. Se diagnosticó de probable adenopatía en contexto de inicio de viriasis. **Exploración clínica:** Ante la presencia de signos de alarma, por crecimiento abrupto a los 5 días, es valorado nuevamente, objetivando crecimiento de la tumoración de unos 4 cm, siendo ésta de consistencia gomosa, no dolorosa, sin aumento del calor local, no adherida a planos profundo, con ligero borramiento del ángulo mandibular derecho y sin otros hallazgos en el resto de exploración **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se inicia protocolo de adenopatías realizando ecografía cervical junto con extracción de analítica sanguínea y serologías (CMV y VEB). Ante evolución tórpida y con el principal diagnóstico de sospecha de adenitis submandibular, se pauta Amoxicilina- Clavulánico hasta resultado definitivo de pruebas complementarias. La analítica sanguínea no presentó alteraciones significativas y las serologías fueron negativas. Finalmente, informan ecográficamente como parótidas de tamaño normal, formación anecogénica de 4,1 cm de longitud y 1,1 cm de grosor, quística, septada, adoptando aspecto muy polilobulado de localización en glándula submandibular derecha. Se solicita RM que confirma principal diagnóstico de linfangioma. Ante estos hallazgos, inicia el seguimiento Cirugía pediátrica, precisando en dos ocasiones aspirado de contenido de linfangioma y esclerosis con doxiciclina. **Conclusiones:** Cuando nos encontramos ante un paciente que presenta un bultoma cervical nos enfrentamos a un amplio diagnóstico diferencial. Uno de los pilares fundamentales es el tiempo de instauración, ya que podemos estar ante una adenopatía aguda, subaguda o crónica. Además, debemos tener en mente tumoraciones tanto benignas como malignas, así como malformaciones, entre ellas el linfangioma.

PC-184 — GRANULOMA PIÓGENO DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez Miranda, M.D.; Núñez López, S.; Ballano Pérez, C.; González Caballero, O.; Cancio Dávila, L.; Descalzo Casado, A.; Domínguez García, A.; Trinidad Acedo, M.; Rayego Sánchez, E.D.L.Á.; Raya Tejero, C. - *Hospital Materno Infantil de Badajoz, España.*

Anamnesis: Niño de 9 años sin antecedentes de interés que consulta en urgencias por lesión en conjuntiva tarsal inferior del ojo derecho de varias semanas de evolución, inicialmente del mismo color que la conjuntiva tornándose hemática en las 24 horas previas a consultar. Refiere molestias al pestañear, sin fiebre ni alteración de la agudeza visual. Recibe previamente tratamiento antibiótico por sospecha de chalazion, sin mejoría. **Exploración clínica:** A la exploración física se objetiva lesión sacular dependiente de la conjuntiva tarsal inferior, móvil, con contenido hemático, sin hiperemia conjuntival, secreciones ni edema palpebral, movilidad ocular y apertura conservadas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se contacta con Oftalmología de guardia para valoración, siendo diagnosticado de granuloma conjuntival en párpado inferior derecho. Se procede a la extirpación quirúrgica del mismo, sin incidencias. Tras el procedimiento se pauta tratamiento tópico antibiótico y corticoideo durante siete días, con resolución del mismo sin complicaciones y evolución favorable. **Conclusiones:** - El granuloma piógeno típicamente afecta a la piel, siendo la ocular una localización rara. - El diagnóstico de esta lesión es clínico en base a las características del mismo. - Puede tratarse con corticoide tópico inicialmente, aunque por el riesgo de recidiva, el tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica.

PC-185 — EL "YIN Y YANG" DE LA VITAMINA D

Pasqués Gandía, M.J.[1]; Tomás Aguirre, B.[2]; Mesas Vila, N.[1]; Esteban García, M.[1]; Santos Hevia-Aza, A.[1]; Roca Sánchez, M.[1]; Busquets Frigola, À.[1]; Sala Lluch, S.[1]; Roda Huerta, E.[1]; Centelles Oria, P.[1]. - [1]*Hospital Clínico Universitario, Valencia, España;* [2]*Universitat de València - Facultat de Medicina i Odontologia, Valencia, España.*

Anamnesis: Se presentan tres casos pediátricos que reflejan las dos caras de la vitamina D y la influencia de los determinantes sociales. El "yin" corresponde a dos niñas de 11 y 13 años, de origen pakistaní y residentes en España desde hacía menos de un año, que consultaron por astenia intensa asociada a dolor óseo y dolor abdominal, respectivamente. En el estudio inicial, hemograma, bioquímica, coagulación, serologías, cribado de celiaquía y perfil tiroideo fueron normales, salvo ferropenia sin anemia. Ambas pertenecían a familias con bajos recursos económicos y utilizaban vestimenta larga con velo. El "yang" corresponde a una lactante de 11 meses, de progenitores procedentes de India, derivada por sospecha de error en la profilaxis con vitamina D. La familia había administrado dos goteros en lugar de dos gotas de vitamina D, probablemente por barrera idiomática. **Exploración clínica:** En los tres casos la exploración clínica fue anodina, con adecuado desarrollo pondoestatural y ausencia de signos clínicos de raquitismo, deshidratación, afectación neurológica o compromiso sistémico. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En las dos adolescentes se amplió el estudio con 25-hidroxivitamina D, objetivándose valores inferiores a 5 ng/ml. El estudio de orina fue normal. Se inició suplementación y seguimiento clínico, con mejoría progresiva. En la lactante se solicitó analítica sanguínea y estudio urinario, obteniéndose una concentración de vitamina D de 144 ng/ml, sin hipercalcemia asociada. Se suspendió la administración, se reforzaron las instrucciones terapéuticas y se programó controles analíticos con disminución progresiva de los niveles de vitamina D. **Conclusiones:** El déficit y el exceso de vitamina D pueden comprometer la salud infantil. Estos casos muestran cómo la baja exposición solar, la vestimenta, la situación socioeconómica, la dieta y las barreras idiomáticas pueden condicionar tanto la hipovitaminosis como la intoxicación iatrogénica. La prevención exige indicación individualizada, educación sanitaria y supervisión médica.

PC-186 — TALLA BAJA COMO SIGNO GUÍA DE SÍNDROME DE NOONAN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Rueda Trigo, L.[1]; Jiménez Algarra, I.[1]; De Santiago García-Caro, E.[2]; Guerrero Romero, A.B.[1]; Ángeles Rodríguez, R.[1]; Sánchez Salgado, J.[1]; Ruiz Castillo, A.[1]; Molina Prado, A.[1]. - [1]*Hospital Regional Universitario, Málaga, España;* [2]*CS Puerta Blanca, Málaga, España.*

Anamnesis: Niña de cuatro años derivada por talla baja. Embarazo, parto y periodo neonatal normales, salvo atragantamientos frecuentes. Desarrollo psicomotor adecuado. Antecedentes familiares: hermanos sanos y madre con enfermedad celíaca; talla diana en percentil 74. **Exploración clínica:** Peso 16 kg (percentil 38); talla 97 cm (percentil 7; -1,55 desviaciones estándar). Rasgos faciales toscos (facies en triángulo invertido, implantación baja de orejas, hipertelorismo y macroglosia), pelo muy rizado sin componente familiar, piel redundante en cuello, hernia supraumbilical y seis manchas café con leche. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de enfermedad neurocutánea se completó estudio multidisciplinario. La ecocardiografía mostró hipertrofia mediosteptal leve del ventrículo izquierdo y válvula mitral con velos engrosados mixomatosos. El estudio genético identificó una variante en heterocigosis del gen PTPN11. Aplicando los criterios de Van der Burgt (dos mayores: dismorfia facial típica y miocardiopatía hipertrófica; uno menor: talla inferior al percentil 10) se estableció el diagnóstico de síndrome de Noonan. Se ofreció seguimiento multidisciplinario, consejo genético y valoración de tratamiento con hormona de crecimiento. **Conclusiones:** El síndrome de Noonan es una rasopatía frecuente (1 por cada 1.000-2.500 recién nacidos). Como en las series publicadas, hasta el 20 % carece de causa genética identificable, prevaleciendo el diagnóstico clínico. A diferencia de los casos con diagnóstico neonatal por cardiopatía grave, en nuestra paciente la talla baja fue el motivo de consulta, en concordancia con las series que señalan el fenotipo facial y la talla baja como principales signos guía en la edad preescolar. La tríada de fenotipo facial, cardiopatía y talla baja permite la sospecha precoz en Atención Primaria. Es imprescindible el diagnóstico diferencial con otras rasopatías, como la neurofibromatosis tipo 1. Un abordaje multidisciplinario precoz mejora el pronóstico.

NEFROLOGÍA, INFECCIÓN URINARIA

PC-188 — EL VALOR DE LA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO DE UNA POLIDIPSIA PRIMARIA

González Caballero, O.; Descalzo Casado, A.; Ballano Pérez, C.; Domínguez García, A.; Sánchez Miranda, M.D.; Núñez López, S.; Rayego Sánchez, E.D.L.Á.; Cancio Dávila, L.; López Rodríguez, A.; Expósito Expósito, M.D.L.Á. - *Hospital Materno Infantil, Badajoz, España.*

Anamnesis: Presentamos a un varón de 10 años derivado a consultas de nefrología pediátrica para estudio de poliuria y polidipsia de varios meses de evolución. No antecedentes personales ni familiares de interés. Refiere orinas normales con frecuencia miccional normal-alta (8 micciones/día), no enuresis, escapes ni otra sintomatología miccional. No tratamientos habituales. A la madre le impresiona que bebe en exceso. **Exploración clínica:** En la exploración física no hallazgos de interés. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Su pediatra realizó analítica de orina normal (no proteinuria, hematuria ni hipercalciuria). Analítica de sangre sin alteraciones (no hiperglucemia, función renal normal (Creatinina 0,48 mg/dl), Sodio (Na) 140 mEq/L y Potasio (K) 4,3 mEq/L, osmolalidad plasmática (280 mOsm/kg) y ecografía reno-vesical normal. Ante sospecha de poliuria y polidipsia solicitamos diario miccional y nueva analítica de orina con osmolalidad. Se confirma poliuria con diuresis de 3.2 ml/kg/h. Osmolalidad urinaria 150 mOsm/kg e ingesta de líquidos superior de 2 litros al día. Al presentar osmolalidad urinaria < 800 mOsm/kg, realizamos prueba de concentración urinaria mixta con los siguientes resultados de osmolalidad: - Orina basal (tras 12 horas de restricción hídrica): 779 mOsm/kg. - Orina 90 minutos tras desmopresina: 855 mOsm/kg. Al ser altamente sugestivo de polidipsia primaria, iniciamos restricción ingesta hídrica a 1,5 litros/día, desapareciendo la poliuria con control analítico normal. **Conclusiones:** La orientación diagnóstica de la poliuria-polidipsia debe apoyarse en una anamnesis detallada, que recoga hábito miccional e ingesta. El primer paso siempre será realizar un diario miccional para confirmarla. La indicación de pruebas básicas y funcionales dependerán de nuestra sospecha clínica inicial. En nuestro caso, la correlación entre la clínica y la evolución fue determinante para el diagnóstico de polidipsia primaria, permitiendo resolver la patología sin la necesidad de otros estudios o tratamientos más invasivos.

PC-189 — "DOCTORA, MI HIJO ORINA "COCA-COLA"... DESPUÉS DEL PARTIDO"

Valencia Morejón, J.P.; González Herrero, M.; Lojo Pons, M.P.; Sànchez Mateo, A.; Company Ardilla, L. -
CAP Josep Masdevall, Figueres, Girona, España.

Anamnesis: Consulta varón de 13 años por presentar orinas oscuras en 2 ocasiones, ambas tras finalizar un partido de fútbol. No asocia dolor, fiebre ni otra sintomatología. El aspecto de la orina se normaliza entre episodios. No refiere antecedentes personales de interés. Como antecedentes familiares, destaca nefrolitiasis en madre y abuelo materno. **Exploración clínica:** Normal. Tensión arterial sistólica y diastólica normales. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La tira de orina, sedimento urinario e índices de calcio/creatinina y proteína/creatinina de chorro medio resultan normales. Se solicitan tras ejercicio, constatándose hematuria macroscópica y proteinuria leve. En analítica sanguínea se comprueba una correcta función renal, sin otros hallazgos. La ecografía renovesical tampoco evidencia de alteraciones. Tras aconsejar correcta hidratación y reposo, ante sospecha de "síndrome del Cascanueces", se deriva a Nefrología Pediátrica. Se practican nuevamente analíticas sanguínea y de orina tras ejercicio y en reposo, que junto con ecografía vascular renovesical y angioresonancia, apoyan dicho síndrome, al objetivar pinza aortomesentérica de vena renal izquierda, con ángulo de 31 grados. Se mantiene tratamiento conservador (hidratación, aumentar ingesta calórica y limitar ejercicio intenso), presentando una buena evolución y resolución de los episodios al año de seguimiento. **Conclusiones:** La hematuria, coluria u orina oscura constituye un motivo de consulta relativamente frecuente en Pediatría de Atención Primaria. Puede suponer un signo de enfermedad renal grave, que es importante saber reconocer y abordar para no retrasar el diagnóstico y tratamiento adecuados. El síndrome del Cascanueces es una anomalía vascular ocasionada por la compresión de la vena renal izquierda en su paso entre la Aorta y la arteria mesentérica superior. Puede causar dolor en flanco izquierdo, hematuria y proteinuria, principalmente tras esfuerzo. La ecografía Doppler y la angioresonancia confirman el diagnóstico. El tratamiento suele ser conservador, dada la habitual resolución espontánea.

NEUROLOGÍA

PC-190 — LA IMPORTANCIA DE MEDIR Y EXPLORAR: SÍNDROME ZTTK TRAS MACROCEFALIA PROGRESIVA, HIPOTONÍA Y ESTRABISMO

Gascón García, M. -
Centro Integral Cervantes, Centro Pequeños Cuidados, Cuenca, España.

Anamnesis: El síndrome ZTTK es una enfermedad genética rara causada por variantes patogénicas en el gen SON. Caracterizada por retraso del desarrollo, hipotonía, alteraciones neurológicas, anomalías cerebrales y rasgos dismórficos variables. Su presentación en los primeros meses de vida puede ser inespecífica, por lo que la vigilancia del crecimiento y la exploración neurológica son fundamentales para orientar el diagnóstico precoz. Lactante mujer nacida a término tras embarazo con polihidramnios. En las revisiones periódicas de salud (RPS) presentó aumento progresivo del perímetro craneal superando el percentil 99 desde los 4 meses, con exploración neurológica inicialmente normal. **Exploración clínica:** A los 6 meses: hipotonía axial, dificultades para mantener la sedestación, actitud en hiperextensión corporal y estrabismo intermitente. La asociación de macrocefalia progresiva y alteraciones neurológicas

motivó derivación a Neuropediatría. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La ecografía transfontanelar y la analítica básica fueron normales. La resonancia magnética cerebral evidenció ventriculomegalia. El estudio oftalmológico confirmó estrabismo alternante y la valoración cardiológica resultó normal. Ante la asociación de macrocefalia, ventriculomegalia, retraso global del desarrollo, hipotonía y rasgos faciales peculiares se completó estudio genético, identificándose una variante patogénica heterocigota en el gen SON, c.86dupA (p.Asn29fs), compatible con síndrome ZTTK. Durante el seguimiento persistieron la hipotonía y el retraso en la adquisición de hitos motores, con mejoría parcial tras Atención Temprana; aparecieron rasgos faciales toscos y dificultades alimentarias. Actualmente continúa seguimiento por Neuropediatría, Oftalmología, Genética y Atención Temprana. **Conclusiones:** La macrocefalia progresiva no debe considerarse un hallazgo aislado cuando se asocia a alteraciones neurológicas o del desarrollo. Las RPS en Atención Primaria permiten detectar cambios antropométricos sutiles y signos neurológicos precoces, como hipotonía o retraso motor, que pueden ser la primera manifestación de enfermedades genéticas poco frecuentes. Este caso resalta la importancia de una exploración neurológica sistemática y de la reevaluación clínica continuada para favorecer el diagnóstico e intervención precoces.

PC-191 — HIPOTONÍA EN EL LACTANTE, ¿QUÉ SE ESCONDE DETRÁS?

Algar Fernández, M.C.; Cañaveras Anegas, M.; Calzada García-Mora, C.; García Campos, O.; Torres Del Nuevo, A. -
Hospital Universitario, Toledo, España.

Anamnesis: Lactante de 3 meses que acude a su centro de salud por escasa ganancia ponderal y dificultades en la alimentación. Refieren mal agarre en las tomas, escasa succión y episodios de tos y atragantamientos durante las tomas. No fiebre ni otros síntomas asociados. Entre los antecedentes familiares destacan consanguinidad parental (son primos hermanos entre ellos) y una hija fallecida con 5 meses en Marruecos, por patología cardíaca sin clara etiología. **Exploración clínica:** Peso: 4.5 kg (<P1, -2,68DE), Talla: 61 cm (P40, -0,25DE) PC: 41.3 cm (P78, 0,77DE) IMC: 12,09 kg/m^2 (<P1, -3,45DE). Presenta escaso panículo adiposo y palidez cutáneo-mucosa. A la exploración neurológica presenta hipotonía axial generalizada, sin sostén cefálico, con movilidad de los cuatro miembros conservada sobre plano, pero escasa contra gravedad. Los reflejos osteotendinosos y primitivos son normales. Asocia macroglosia y hepatomegalia a 2-3 traveses, sin esplenomegalia. Ante dichos hallazgos, se sospecha etiología metabólica/genética y se deriva a urgencias. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En analítica destaca leve hipetransaminasemia (GOT 226 U/l, GPT 98 U/L), CK 579 U/L, niveles de amonio y gasometría venosa normales. El ECG muestra intervalo PR acortado y voltajes elevados en cavidades izquierdas, sugestivos de hipertrofia ventricular y radiografía de tórax con cardiomegalia. Ante sospecha de enfermedad de Pompe por la afectación cardiaca, hepática y muscular; se solicita estudio de actividad enzimática alfa-glucosidasa con niveles muy bajos y se confirma posteriormente el diagnóstico con estudio genético positivo. **Conclusiones:** La hipotonía en el lactante constituye un signo de alarma cuya identificación precoz desde Atención Primaria es fundamental. - El pediatra de Atención Primaria desempeña un papel clave en el reconocimiento temprano de enfermedades neuromusculares y metabólicas graves, como la enfermedad de Pompe, en las que el diagnóstico precoz y el inicio temprano del tratamiento pueden modificar significativamente la evolución natural de la enfermedad, mejorando pronóstico y supervivencia del paciente.

PC-192 — ESPASMO CARPOPEDAL COMO MANIFESTACIÓN DE DÉFICIT GRAVE DE VITAMINA D EN UN ADOLESCENTE

Ibáñez Rubio, S.; Altuzarra Foncea, Y.; Brizuela Delgado, J.; García De La Cruz, M.; Jarauta Sánchez, I.; Alquézar Yus, P.; Antolín Villaverde, R.; De Prado Durante, C.; Puig Ortega, I.; Ortega Asensio, M. -
Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España.

Anamnesis: La hipocalcemia aguda sintomática constituye una urgencia metabólica infrecuente en Pediatría. El déficit grave de vitamina D es una causa relevante de alteración del metabolismo fosfocálcico en la adolescencia y puede debutar con manifestaciones neuromusculares potencialmente graves. Nuestro paciente es un varón de 13 años que acude a consulta por parestesias peribucales e infraorbitarias, con posterior aparición de rigidez dolorosa progresiva en ambas manos de tres horas de evolución. Niega fiebre, clínica digestiva, traumatismos, consumo farmacológico o antecedentes personales de interés. Refiere hábitos sedentarios, escasa exposición solar y baja ingesta de alimentos ricos en calcio. **Exploración clínica:** Presenta triángulo de evaluación pediátrica estable y constantes dentro de la normalidad. En la exploración destaca hiperexcitabilidad neuromuscular con signo de Chvostek positivo y espasmo carpopedal bilateral evidente durante la valoración. No se objetiva focalidad neurológica ni otros hallazgos patológicos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Dado contexto clínico, se deriva a urgencias. Se realiza analítica urgente que muestra: calcio total 6,2 mg/dL y calcio ionizado 3,2 mg/dL, fósforo 5,2 mg/dL, magnesio 1,9 mg/dL, PTH 213 pg/mL y 25-OH-vitamina D <5 ng/mL, con función renal normal. El electrocardiograma no presenta alteraciones. Se interpreta el cuadro como hipocalcemia aguda leve sintomática, secundaria a déficit grave de vitamina D con hiperparatiroidismo secundario. Se inicia tratamiento con gluconato cálcico intravenoso. Se decide ingreso, con mejoría clínica progresiva en las primeras horas, seguido de suplementación oral con calcio y colecalciferol, con resolución completa de la sintomatología. **Conclusiones:** La hipocalcemia aguda debe considerarse ante clínica neuromuscular en adolescentes, incluso en ausencia de antecedentes relevantes. La sospecha clínica precoz, junto con la determinación inmediata del metabolismo fosfocálcico, permite un diagnóstico rápido y un tratamiento adecuado. Este caso ha motivado el desarrollo de un protocolo asistencial para el abordaje sistemático de la hipocalcemia aguda en nuestro servicio de Pediatría.

PC-193 — LO VEO DOBLE, PERO EL DIAGNÓSTICO ES ÚNICO: PARESIA AISLADA DE VI PAR EN PEDIATRÍA

García Terrazas, A.; Barbadillo Mariscal, B.; Lacosta Asin, A.V.; Navarro Abia, V.; Portillo Sanz, L.; Pérez Ortiz, D.; Bujedo Muñoz, A.; Dios Puebla, M.E.; Recalde Tabar, A.; Prieto Domínguez, C. -
Hospital Universitario, Burgos, España.

Anamnesis: Niña de 11 años sin antecedentes de interés, consulta por diplopía horizontal de 24 horas de evolución, sin otros síntomas asociados. No refiere traumatismos, picaduras de insecto ni infecciones recientes. **Exploración clínica:** Exploración inicial destaca paresia de VI par izquierdo con tortícolis compensatoria. La agudeza visual, fondo de ojo, motilidad pupilar y resto de la exploración neurológica son normales. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** El test de Worth confirma diplopía horizontal. Se realizó estudio etiológico exhaustivo: analítica completa con perfil infeccioso (hemograma, bioquímica, PCR panel respiratorio y sistémico, serologías) y autoinmunidad en sangre y LCR, punción lumbar con cultivo, citoquímica y microbiologia del LCR, y RM cerebral y angioRM. Todos los resultados resultaron negativos o sin hallazgos. Se trató inicialmente con paracetamol y medidas no farmacológicas. Ante persistencia de diplopia se realiza inyección de toxina botulínica por parte de Oftalmología con buena evolución posterior, con resolución completa de la paresia y la tortícolis. **Conclusiones:** La paresia aislada del VI par craneal representa un tercio de las paresias de este nervio en pediatría (34 %). Heterogénea etiología, desde causas benignas como postvíricas, postvacunales e idiopática, hasta procesos graves como neoplasias, hipertensión intracraneal o enfermedad desmielinizante, pudiendo presentarse sin síntomas neurológicos acompañantes. Aunque suele ser benigna y con buen pronóstico, exige neuroimagen y analítica completa para descartar causas secundarias. Por ello, es un reto diagnóstico y precisa valoración multidisciplinar, siendo la paresia idiopática del VI par, un diagnóstico de exclusión. Importancia del diagnóstico diferencial. La toxina botulínica presenta buenos resultados cuando la diplopía persiste. El seguimiento es fundamental que sea multidisciplinar para la monitorización de la recuperación adecuada.

PC-194 — PARPADEO Y AVIDEZ POR EL SOL

Dopazo Ramos, N. - *CAP Vila Olímpica Barcelona, España.*

Anamnesis: Consulta por parpadeo intenso, sobre todo cuando le da la luz en la cara. Mientras lo hace habla con normalidad, contesta preguntas de manera coherente. La madre refiere que cuando hay luz solar, el parpadeo es casi constante por lo que ya no la dejan usar ni bicicleta, ni patinete. Impresiona desconexión de segundos de duración, si esta hablando la niña se queda trabada pero luego sigue. Le hace seguimiento equipo de atención psicopedagógica del colegio y tiene refuerzo escolar porque le cuesta escribir y se despista con facilidad. Sospecha TDA-H. **Exploración clínica:** Exploración neurológica, normal. Lo único que me llama la atención es que no es capaz de hacer marcha en tándem. Por lo demás, presenta buena coordinación dedo-nariz, dedo-dedo, pinza alterna con todos los dedos de ambas manos... Se comenta el caso con Neuropediatría, que recomienda derivación. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** test WISC-V puntuación baja en varios apartados, global 73: bajo. EEG: descargas a nivel de cuadrantes posteriores. Recomiendan por protocolo realizar RM con protocolo de epilepsia: normal. **Conclusiones:** Sospecha de epilepsia fotosensible en girasol (síndrome o epilepsia de Jeavons). Actualmente en tratamiento con Depakine, subiendo la dosis y pendiente de resultado estudio genético familiar.

PC-195 — FRACTURAS Y DETERIORO NEUROLÓGICO: LO QUE NO DEBEMOS OLVIDAR

Esparza Pérez, T.; Esquiva Soto, S.; Hernández Vera, M.J.; Saura Pérez, I.; Fernández Roca, M.; Cabrera Sevilla, J.E. - *Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España.*

Anamnesis: Adolescente de 13 años con diagnóstico de distrofia muscular de Duchenne (DMD), patología que cursa con degeneración muscular y fragilidad ósea severa secundaria a la inmovilidad y al tratamiento crónico con corticoides. El paciente consulta en el servicio de urgencias por dolor agudo en el miembro inferior izquierdo tras sufrir una caída accidental desde su silla de ruedas manual unas horas antes. **Exploración clínica:** 1. Inicial: Presenta dolor localizado e impotencia funcional en la extremidad inferior izquierda. 2. Evolución en urgencias: Horas después de su ingreso, manifiesta de forma súbita un deterioro clínico agudo caracterizado por hipoxemia severa y alteración neurológica fluctuante. Alterna un estado de somnolencia marcada con episodios de agitación psicomotriz y lenguaje incoherente, lo que determina una disminución del nivel de conciencia. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Radiología inicial: La radiografía de la extremidad confirma una epifisiolisis tipo II de tibia izquierda. - Pruebas de extensión básicas: El TC craneal, la radiografía de tórax, la analítica sanguínea y la punción lumbar resultaron completamente anodinos (sin hallazgos patológicos). - Estudio avanzado: Una resonancia magnética (RM) cerebral posterior revela focos de edema citotóxico, hallazgo compatible con embolismo graso. **Conclusiones:** El paciente sufrió un síndrome de embolia grasa (SEG), una complicación excepcionalmente rara en pediatría que se produce por la liberación de partículas grasas a la circulación tras la fractura de huesos largos, afectando a nivel pulmonar y cerebral. Tras ser trasladado a la UCI pediátrica para recibir medidas de soporte (oxigenoterapia y haloperidol para la agitación), el paciente mostró una evolución favorable con una recuperación completa a las 72 horas. Debido a la marcada osteopenia en la DMD, caídas de bajo impacto pueden provocar fracturas graves. Es fundamental mantener un alto índice de sospecha de SEG ante cualquier deterioro neurorespiratorio súbito postraumático, ya que el soporte precoz es determinante para el pronóstico.

ORTOPEDIA, APARATO LOCOMOTOR

PC-196 — EPIFISIOLISIS DE CABEZA FEMORAL. COJERA EN EL ADOLESCENTE

Blázquez, M.; Pérez, I.; Moreno, I.; Salvà Núñez, R.; Artigas, S.; Szalaty, P.; Esquivel, E.; Pérez, M.; Laffitte, J.; Ortín, L.W. - *CAP Sagrada Familia, Barcelona, España.*

Anamnesis: Presentamos el caso de una niña de 11 años, sin antecedentes patológicos ni familiares de interés, que consulta por cojera y dolor en cadera e ingle derechas de 4 días de evolución. No refería antecedente traumático ni otra sintomatología asociada. **Exploración clínica:** Normopeso. No signos inflamatorios locales. Cojera derecha con dolor y limitación a la rotación externa de la cadera. No otros hallazgos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza radiografía de cadera evidenciándose una epifisiolisis de cabeza femoral derecha. Se intervino quirúrgicamente realizándose una fijación con tornillos a través del cartílago de crecimiento. **Conclusiones:** La epifisiolisis femoral superior es el desplazamiento del cuello femoral superior y anteriormente sobre la epífisis femoral, suele ocurrir en la adolescencia temprana y su principal factor de riesgo es la obesidad. En la mayoría de los pacientes se desconoce la etiología. Las radiografías anteroposterior y axial de ambas caderas nos permitirán confirmar el diagnóstico. Los objetivos del tratamiento son prevenir la progresión del deslizamiento y evitar las posibles complicaciones. En el caso de nuestra paciente no pudimos detectar factores de riesgo ya que no tenia antecedentes familiares ni obesidad. Se practicó una cirugía precoz siendo la evolución de la paciente muy favorable. Actualmente deambula sin muleta y practica deportes sin impacto (natación y bicicleta).

PC-197 — DOLOR LATERAL DEL PIE EN UNA BAILARINA: MÁS ALLÁ DEL TRAUMATISMO

de la Calle Poyato, A.[1]; Elices Ríos, B.[1]; Laoufir, K.[1]; Karasek de Dios, E.[1]; Valle Echevarría, M.[1]; Yáñez Granados, P.[1]; Pardo Herrero, A.[1]; Torre Francisco, R.[1]; León Jiménez, P.[2]; Álvarez Gómez, J.[3]. - [1]*Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España;* [2]*CS La Princesa, Móstoles, Madrid, España;* [3]*CS Ramón y Cajal, Alcorcón, Madrid, España.*

Anamnesis: Adolescente mujer, de 12 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta en Atención Primaria por dolor en el borde externo del pie izquierdo de varias semanas de evolución. No refiere traumatismo previo ni otra sintomatología asociada, aunque presenta limitación para sus actividades extraescolares como el baile, además de dolor con la deambulación. **Exploración clínica:** Destaca prominencia ósea dolorosa a la palpación en la base del quinto metatarsiano izquierdo; sin alteraciones cutáneas asociadas ni tampoco alteración de la alineación de antepie u otras deformidades visibles. Movilidad, fuerza y sensibilidad conservadas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza radiografía de pie izquierdo (Imágenes 1 y 2) observándose una imagen compatible con fragmento óseo de aproximadamente 9 mm de largo dependiente de la cortical externa de la base del quinto metatarsiano, que sugiere posible osteocondrosis. Ante la sospecha de osteocondrosis de Iselin, por su localización e imagen radiológica, se deriva a consultas hospitalarias de Ortopedia Infantil, donde se confirma el diagnóstico y se instaura tratamiento conservador mediante reposo relativo, restricción de actividad física y analgesia con antiinflamatorios pautados, con evolución favorable y sin recaídas. **Conclusiones:** La enfermedad/Osteocondrosis de Iselin es una apofisitis por tracción frecuente, aunque probablemente infradiagnosticada en población pediátrica. Debe considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor lateral del pie, especialmente en adolescentes físicamente activos y en ausencia de traumatismo agudo. Su correcto diagnóstico a través de los hallazgos clínico-radiológicos permite diferenciarla de fracturas por avulsión o de estrés y evitar así tratamientos innecesarios. En la literatura se describe su buen pronóstico con tratamiento conservador basado en reposo relativo, restricción temporal de actividad y analgesia con antiinflamatorios, aunque la reincorporación precoz al deporte puede favorecer recaídas.

PC-198 — PERSITENCIA DEL DOLOR TRAS TRAUMATISMO DE CODO: "UNA LESIÓN DE MONTEGGIA INICIALMENTE INADVERTIDA"

Gómez Menduiña, J.[1]; *Redondo Aparicio, S.*[1]; *Morales Moreno, A.J.*[2]; *De Felipe Pérez, M.*[3]; *Moriana Río, N.*[1]; *Fraile Manzano, M.I*[1]; *Sánchez Mengíbar, H.*[1]; *Martín Pérez Barjola, J.*[1]; *García González, I.*[1]; *Galva Benítez, K.*[2]. - [1]*Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España;* [2]*CS Parquesol, Valladolid, España;* [3]*Hospital Medina del Campo, Valladolid, España.*

Anamnesis: Niña de 6 años remitida desde su pediatra de atención primaria a Urgencias tras caída sobre la extremidad superior izquierda en extensión mientras corría. Presentaba dolor e impotencia funcional de codo y antebrazo izquierdo, sin traumatismo craneoencefálico ni lesiones asociadas. La radiografía inicial fue interpretada como posible fractura supracondílea de húmero tipo Gartland I, instaurándose inmovilización con férula y seguimiento ambulatorio por Traumatología Infantil. **Exploración clínica:** En la valoración inicial no se apreciaban deformidades, edema ni hematomas. Existía dolor en el epicóndilo lateral y antebrazo distal con rango de movilidad completo, aunque dolor a la flexión de la extremidad. La exploración neurovascular distal era normal. En la revisión a los 14 días persistían dolor y limitación funcional, destacando el dolor intenso a la pronosupinación, derrame articular y restricción de la flexión del codo hasta 70°. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La reevaluación radiológica evidenció pérdida de la alineación radiocapitelar, sospechándose luxación de cabeza radial. La tomografía computarizada confirmó una luxación anterior de la cabeza radial asociada a fractura proximal cubital no desplazada, compatible con lesión de Monteggia. Se realizó intento de reducción cerrada, que resultó fallido. Posteriormente se practicó reducción abierta y estabilización temporal mediante aguja de Kirschner, consiguiéndose una adecuada congruencia articular. Los controles clínicos y radiológicos posteriores mostraron evolución favorable, permitiendo la retirada progresiva del material de fijación y de la inmovilización sin complicaciones **Conclusiones:** Las lesiones de Monteggia representan una entidad infrecuente pero potencialmente infradiagnosticada en la edad pediátrica. La evaluación sistemática de la línea radiocapitelar en cualquier traumatismo de codo es fundamental para evitar errores diagnósticos. La persistencia del dolor o de la limitación de la pronosupinación debe alertar sobre lesiones asociadas no identificadas inicialmente. El diagnóstico precoz condiciona el pronóstico funcional y reduce la necesidad de procedimientos quirúrgicos complejos.

PC-199 — EL GATILLO QUE NO DISPARABA: DIAGNÓSTICO DE UN NÓDULO DE NOTTA

Pérez Ortiz, D.; Mirás Veiga, A.; Angulo Sánchez, V.; Bujedo Muñoz, A.; Prieto Domínguez, C.; Portillo Sanz, L.; Recalde Tabar, A.; Marrón Alonso, M.; Clavijo Izquierdo, M.E.; Dios Puebla, M.E. - *Hospital Universitario, Burgos, España.*

Anamnesis: Niño de 3 años con tumoración en la cara palmar de la base del primer dedo de la mano izquierda, de aproximadamente un mes de evolución. La familia refería disminución progresiva de su tamaño desde el inicio. No presentaba dolor, limitación funcional, chasquidos ni episodios de bloqueo del dedo. Tampoco asociaba síntomas constitucionales ni lesiones en otras localizaciones. Como antecedente, destacaba un mordisco en la zona coincidiendo con el inicio del cuadro. **Exploración clínica:** A la exploración se objetivó un nódulo de consistencia dura en la región palmar de la articulación metacarpofalángica del pulgar izquierdo. La movilidad activa y pasiva era completa, sin dolor ni resaltes durante la flexoextensión. No se apreciaban alteraciones cutáneas ni signos inflamatorios locales. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la persistencia de la lesión se realizó ecografía de partes blandas, que mostró engrosamiento del tendón flexor largo del pulgar proximal a la polea A1, compatible con nódulo de Notta, asociado a discreto engrosamiento de la polea. El estudio dinámico evidenció un correcto deslizamiento tendinoso sin chasquidos. Los hallazgos fueron sugestivos de pulgar en gatillo pediátrico. Se solicitó valoración por Cirugía Plástica para seguimiento y valoración terapéutica, manteniéndose actitud expectante por el momento dada la ausencia de repercusión funcional. **Conclusiones:** El pulgar en gatillo pediátrico puede presentarse de forma atípica como una simple tumoración palmar, sin bloqueo ni limitación de la movilidad. Su conocimiento permite orientar el diagnóstico desde Atención Primaria y evitar pruebas innecesarias. La ecografía constituye una herramienta muy útil para confirmar el diagnóstico y planificar el seguimiento de manera multidisciplinar.

PC-200 — BULTOMA DE CONSISTENCIA ÓSEA: SOSPECHA DE OSTEOCONDROMA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Hernández Rupérez, M.B.[1]; Muñoz Logroño, M.F.[1]; Fernández Rodríguez, M.M.[1]; Verastegui Martínez, C.[1]; Rivera Pérez, M.[2]; Cano Maalouf, M.[2]; Carpinacci Cheng, L.L.[2]; Rodríguez Albarrán, A.[2]. - [1]*CS Potes, Madrid, España;* [2]*Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid, España.*

Anamnesis: Adolescente mujer de 13 años que consulta en Atención Primaria por un bultoma en la zona lateral del muslo derecho de un año de evolución. Refiere ausencia de dolor, signos inflamatorios, fiebre, sudoración nocturna, pérdida ponderal o antecedente traumático. La paciente no había comunicado previamente la existencia de la lesión a su familia ni refería crecimiento reciente. No había antecedentes personales de enfermedades o tratamientos crónicos. **Exploración clínica:** Buen estado general. Tumefacción bien delimitada de aproximadamente 5 cm, de consistencia dura, fija a planos profundos, localizada sobre la cara lateral del fémur distal derecho. Sin cambios cutáneos, dolor a la palpación ni limitación funcional. No adenopatías adyacentes. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de lesión ósea se solicita radiografía simple, que muestra una exóstosis en la metáfisis distal del fémur con continuidad córtico-medular, compatible con osteocondroma. Es derivada a Traumatología Infantil para seguimiento. En controles posteriores presenta dolor mecánico relacionado con la actividad física, atribuible al roce de la lesión con la fascia, sin cambios radiológicos ni signos de agresividad, indicándose tratamiento conservador y limitación temporal de la actividad deportiva. El diagnóstico diferencial de una masa de consistencia ósea en un adolescente incluye lesiones óseas benignas (osteocondroma, osteoma o miositis osificante), lesiones de partes blandas (lipomas, quistes o malformaciones vasculares) y, aunque menos frecuentes, tumores malignos como el sarcoma de Ewing o el osteosarcoma, especialmente si existe dolor persistente, crecimiento rápido, síntomas constitucionales o hallazgos radiológicos agresivos. **Conclusiones:** El osteocondroma debe considerarse ante una masa dura en pacientes en edad de crecimiento en la metáfisis de huesos largos. Una exploración física dirigida y la radiografía simple permiten orientar el diagnóstico desde Atención Primaria y realizar una derivación adecuada. La identificación de signos de alarma resulta esencial para descartar patología maligna y priorizar la atención especializada.

PEDIATRÍA PRENATAL, NEONATOLOGÍA

PC-202 — LO MÁS FRECUENTE NO SIEMPRE ES LO MÁS PROBABLE. ESTUDIO DE UNA LACTANTE CON IRRITABILIDAD PERSISTENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Miró i Fatás, G.; González Casals, M.; Araujo Salinas, P. - *Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona, España.*

Anamnesis: Lactante niña, sin antecedentes perinatológicos de interés, que desde los primeros días de vida presenta clínica de irritabilidad y regurgitaciones, motivo por el que consulta en múltiples ocasiones en el centro de salud y servicios de urgencias de varios hospitales. Se orienta como alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV) no IgE mediada y reflujo gastroesofágico (RGE), por lo que se realizan hasta dos cambios de leche y se inicia tratamiento con omeprazol sin mejoría de la sintomatología. A los 48 días de vida consultan a nuestro servicio de urgencias por persistencia de la irritabilidad, regurgitaciones y disminución de la ingesta. **Exploración clínica:** Exploración física dentro de la normalidad, excepto irritabilidad. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Dada la clínica y escasa ganancia ponderal, se decide ingresar para completar estudio. Durante el ingreso se realiza analítica que es normal y se solicita ecografía abdominal donde se objetiva una estenosis hipertrófica de píloro que se interviene quirúrgicamente. La evolución posterior es correcta con mejoría progresiva de la ingesta y de la irritabilidad. Se da de alta con una leche elemental antireflujo como tratamiento de la probable APLV no IgE mediada y RGE, omeprazol y antibioterapia por infección de la herida quirúrgica. **Conclusiones:** Este caso resalta la importancia de realizar un correcto y amplio diagnóstico diferencial ante un lactante que consulta por

irritabilidad persistente. Debemos pensar en las patologías más frecuentes, como la APLV no IgE mediada y el RGE, así como en otras causas no tan frecuentes. Destaca el diagnóstico de estenosis hipertrófica de píloro sin la edad de presentación ni clínica clásica sugestiva de esta patología.

PC-203 — ERITRODERMIA NEONATAL

Ávila Gimeno, A.; Gallego Meseguer, A. -
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta, Tortosa, Tarragona, España.

Anamnesis: Lactante de 12 días de vida, sin antecedentes perinatales. Presenta cuadro de 48h de evolución, de febrícula, mucosidad nasal y deposiciones pastosas, sin vómitos. Asocia irritabilidad y disminución de la ingesta, con diuresis conservada. El día previo en Atención Primaria se orienta episodio de infección viral de vías respiratorias altas, pero tras por empeoramiento clínico, se decide derivación a Urgencias. **Exploración clínica:** A su llegada, hemodinámicamente estable. A la exploración física aspecto pletórico, ruidos de vía aérea superior y lesiones peribucales eritematosas, descamativas y costras amarillentas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Debido a la edad y los hallazgos clínicos, se decide realizar pruebas complementarias y hospitalización. Se extrajo analítica sanguínea que mostró leucocitosis, sin elevación de reactantes de fase aguda. Se realizó PCR de virus respiratorios, positiva para RhinoEnterovirus, y estudio de heces, positivo para Astrovirus y coprocultivo negativo. El estudio de orina fue negativo. Ante la sospecha inicial de infección por virus del herpes simple (VHS), se inició estudio etiológico. La PCR para VHS-1 y VHS-2 en las lesiones fue negativa, mientras que la serología IgG fue positiva (anticuerpos maternos). Se inició mupirocina tópica para costras mielicércias. Durante las primeras horas de ingreso presentó empeoramiento clínico, con eritema cutáneo generalizado y extensión de la descamación a zonas perioral, perinasal, palpebral y vulvar, lo que hizo sospechar un síndrome de la piel escaldada estafilocócica. Se derivó a hospital de mayor nivel con fluidoterapia intensificada, analgesia y antibioterapia (cloxacilina y clindamicina). Se recogió cultivo de las lesiones que aisló *Staphylococcus aureus* sensible a oxacilina y resistente a clindamicina, que fue suspendida. La evolución fue favorable, con resolución progresiva de las lesiones cutáneas. **Conclusiones:** El síndrome de la piel escaldada estafilocócica debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la eritrodermia neonatal. La sospecha clínica y el tratamiento precoz son determinantes para prevenir complicaciones y conseguir una recuperación completa.

PEDIATRÍA SOCIAL

PC-204 — CUANDO LA HISTORIA NO ENCAJA: EL ENTORNO COMO CLAVE DIAGNÓSTICA

De Pablo García, M.[1]; Navarro Cáceres, A.[2]; Ferrín Ferrín, M.A.[3]; De La Fuente Echevarría, G.[1]. -
[1]*CS Ciudad Rodrigo, Salamanca, España;* [2]*CS San Juan, Salamanca, España;* [3]*Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, España.*

Anamnesis: Lactante de 16 meses que acudió a urgencias por distensión abdominal y sospecha paterna de dolor abdominal de una hora de evolución, asociando dermatitis del pañal, sin fiebre, vómitos, diarrea ni otra sintomatología referida. **Exploración clínica:** En la exploración inicial presentaba constantes estables, abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal ni hallazgos patológicos relevantes. Destacaba una dermatitis del pañal que impresionaba de mayor evolución que la referida, así como llanto continuo e irritabilidad persistente, sin consuelo en brazos del progenitor. Durante la anamnesis, el padre mostró dificultad para comprender las explicaciones, elevación del tono de voz e incoherencias en el relato. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la discordancia entre la clínica referida, la exploración y el contexto observado, se solicitó cribado de tóxicos en orina, con resultado positivo para cocaína, siendo el umbral de detección del laboratorio de 300 ng/mL. Se informó al médico forense, Policía Nacional y supervisores de guardia. Tras interrogar de nuevo a la familia, el padre reconoció consumo de estupefacientes por ambos progenitores esa tarde. Bajo supervisión forense se recogieron nuevas muestras de orina y sangre, cuya cuantificación se encuentra pendiente. En la reevaluación se objetivó dilatación pupilar. Se notificó a servicios sociales y, como medida de protección, el paciente fue apartado de sus progenitores. **Conclusiones:** Este caso subraya que la valoración pediátrica no debe limitarse a los hallazgos físicos. La observación de la interacción cuidador-paciente, la coherencia de la anamnesis y las condiciones del entorno pueden ser determinantes para identificar intoxicaciones no sospechadas y situaciones de desprotección infantil.

PC-205 — CUERPO EXTRAÑO VAGINAL: UNA OPORTUNIDAD PARA LA DETECCIÓN DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

Cidoncha Fuertes, M.D.L.N.[1]; Navarro Aragón, M.D.L.Á.[1]; Ruiz Ramos, S.[2]; Álvarez López, C.[1]; Belizón Bravo, N.[1]. - [1]*Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España;* [2]*CS Camposoto, Cádiz, España.*

Anamnesis: Niña de 8 años que consulta por mal olor genital y leucorrea de 7 días de evolución. Afebril en todo momento y sin otra clínica infecciosa. Al inicio del cuadro es diagnosticada de vulvovaginitis y realizan exudado vaginal con flora normal. **Exploración clínica:** A la exploración se observa el vestíbulo vaginal eritematoso con mucosa muy friable que sangra al contacto y se visualiza en introito vaginal cuerpo extraño blanquecino. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se contacta con Ginecología para la extracción del cuerpo extraño resultando ser un trozo de esponja que utilizaba para higiene íntima diaria. Realizan lavado con suero fisiológico abundante sin salida de otros cuerpos extraños y sin sangrado activo. No aprecian otras lesiones en la exploración. Se interroga sobre la situación familiar. Procedentes de Honduras, llegaron a España hacía 2 años y en domicilio convivían la paciente, su madre, tío, abuela materna y marido de la abuela. Niegan cambios en la actitud de la paciente y cuando se le pregunta no refiere que hayan abusado de ella. Niega haberse introducido algún objeto en la vagina. En la revisión con su Pediatra de Atención Primaria se solicita derivación a Salud Mental tras reconocer agresión sexual en país de origen hacía 2 años, describiendo algunas conductas sexualizadas, ideas autolíticas y otras alteraciones de la conducta. Actualmente no ha verbalizado nuevas ideas autolíticas, mantiene seguimiento por Salud Mental y vigilancia estrecha familiar. **Conclusiones:** Los cuerpos extraños vaginales son una causa infrecuente de vulvovaginitis correspondiendo a tan solo el 4 % de los casos en niñas prepuberales. Suele manifestarse con leucorrea maloliente y/o sangrado intermitente. Requiere investigación del entorno social y es fundamental interrogar sobre la conducta de la niña, ya que puede tratarse de una señal de haber sufrido abuso sexual.

NEUMOLOGÍA

PC-206 — INFLUENCIA DEL PESO EN EL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN LA EDAD PEDIÁTRICA

Villa Álvarez, M.; Martín Vélez, A.; Suárez Abella, M.; Muñoz Hernández, M.B.; García Guilabert, M.D.C.; Sánchez García, I.; Díaz Sierra, L.; Gutiérrez Martínez, J.R.; Fernández Miaja, M.; Rey Galán, C. - *Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España.*

Introducción y objetivo: El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) es una patología infradiagnosticada en la infancia, que puede asociarse a alteraciones neurocognitivas, cardiovasculares y del crecimiento. La identificación precoz de pacientes con mayor carga de enfermedad constituye un reto para Atención Primaria. El objetivo de este estudio fue describir las características de pacientes remitidos por sospecha de SAOS y analizar la influencia del sobrepeso u obesidad sobre la expresión clínica del SAOS. **Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, incluyendo pacientes menores de 14 años, remitidos por sospecha de SAOS a una Unidad de Neumología Pediátrica de un hospital de tercer nivel. El diagnóstico se estableció mediante pulsioximetría nocturna y/o polisomnografía. Se recogieron variables demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas. Se realizó análisis descriptivo y comparativo según presencia de sobrepeso u obesidad. **Resultados:** Se incluyeron 84 pacientes

(66,6 % varones) con una mediana de edad de 9,1 años (RIC:6,6-12,6); 33 presentaban sobrepeso u obesidad. El 78 % fueron derivados desde Atención Primaria. Las principales comorbilidades fueron hipertrofia amigdalar (55,2 %), alteraciones neurológicas (19,5 %) y prematuridad (16,1 %). Los síntomas predominantes fueron ronquido (91,9 %), apneas (68,8 %), posturas anómalas durante el sueño (65,4 %) y somnolencia diurna (45,5 %). Los pacientes con sobrepeso u obesidad presentaron una mayor edad al diagnóstico (10 vs. 7,4 años, p< 0,05) y un índice de apnea- hipopnea significativamente superior (34,7 vs. 6,8 eventos/hora; p < 0,001). El 71,4 % de los pacientes requirió tratamiento específico, siendo la adenoidectomía con reducción amigdalar la opción más utilizada (44,1 %), sin diferencias según la presencia de sobrepeso u obesidad. **Conclusiones:** Los pacientes con sobrepeso u obesidad presentan un índice de apnea-hipopnea significativamente superior al de aquellos sin exceso de peso. La valoración sistemática del ronquido en este grupo puede contribuir a mejorar la sospecha diagnóstica de SAOS desde Atención Primaria.

PEDIATRÍA SOCIAL

PC-207 — ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL Y SU APLICABILIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fajardo Jurado, L.; Bellido Gallego, C.; Finol Almarza, M.A.; Parrado Pérez, B. - *Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.*

Conclusiones: El maltrato infantil constituye un importante problema de salud pública. La Pediatría de Atención Primaria desempeña un papel clave en la detección de situaciones de riesgo y coordinación de recursos de protección. El objetivo de este estudio es describir los casos de maltrato infantil atendidos en un servicio de Urgencias Pediátricas y analizar sus características y las actuaciones realizadas. Estudio observacional descriptivo retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron menores de 14 años atendidos por sospecha de maltrato infantil en un servicio de Urgencias Pediátricas de un hospital segundo nivel en un periodo de 3 años. Se analizaron variables demográficas, antecedentes sociales, disrupción familiar, tipo de maltrato, identidad del acompañante y presunto agresor y adecuación de las actuaciones realizadas según protocolo. Se analizaron 31 casos. El abuso sexual fue el tipo de maltrato más frecuente (71 %), seguido de negligencia (16 %), maltrato físico (6,5 %) y maltrato emocional (6,5 %). El 68 % de los pacientes eran niñas y la edad media fue de 5,8 años. Presentaban antecedentes sociales el 45 % y disrupción familiar el 71 % de los casos. La aplicación del protocolo fue adecuada en la mayoría de los pacientes, con emisión correcta del parte de lesiones en el 74 % de los casos pertinentes, comunicación adecuada al juzgado de guardia en el 58 % y seguimiento por servicios sociales en el 68 %. Se garantizó la seguridad del menor en el 97 % de los casos. Los resultados son concordantes con otras series publicadas, como la mayor prevalencia de abuso sexual en niñas y una elevada carga de vulnerabilidad social. La alta prevalencia de antecedentes sociales y disrupción familiar refuerza el papel de la Atención Primaria en la detección precoz de situaciones de riesgo. La coordinación entre Atención Primaria, Urgencias, servicios sociales y recursos judiciales resulta fundamental para garantizar la protección del menor.

MISCELÁNEA

PC-208 — EFICACIA CLÍNICA DE LOS EMOLIENTES EN PACIENTES CON DERMATITIS ATÓPICA: EFICACIA DE LARGA DURACIÓN

Pelegrín López, B.[1]; Cestari, S.[2]; Correia, P.[3]; Feiges, M.[3]; Euzébio Junior, J.[3]; Le Dantec, G.[4]; Kerob, D.[4]; Prieto-Cabezas, L.[5]; Abarquero-Cerezo, M.[5]. - [1]*Centro Murciano de Salud, Murcia, España;* [2]*Hospital Sírio-Libanês, Brasil;* [3]*Active Cosmetic L'Oreal, Brasil;* [4]*La Roche-Posay Laboratoire Dermatologique, Francia;* [5]*L'Oréal España S.A.U, España.*

Conclusiones: Objeto del trabajo: la dermatitis atópica (DA) es un trastorno inflamatorio crónico que afecta la barrera cutánea, microbioma y sistema inmunitario, impactando la calidad de vida (QoL) de niños y adultos. Los emolientes son el tratamiento básico para la DA, mientras que los emolientes "plus" contienen activos que ayudan a mantener un microbioma saludable. Este estudio evaluó la eficacia de un emoliente "plus" con Aqua Posae filiformis, Microresyl, agua termal, manteca de karité y niacinamida, en la mejora de la DA tras un mes y mantenimiento durante cinco meses adicionales. **Material y métodos:** Estudio monocéntrico y abierto, realizado con 56 sujetos (45 % niños ≥ 3 años; 55 % adultos) con DA leve. Aplicaron emoliente "plus" como monoterapia, 2x/día durante 6 meses. Eficacia evaluada mediante la puntuación SCORAD (*SCORing Atopic Dermatitis*) durante la fase aguda (D28), y mantenimiento durante los 5 meses siguientes (D84 y D168). Se analizó el impacto en QoL mediante los cuestionarios DLQI y CDLQI. **Resultados:** A día 28 la puntuación media de SCORAD disminuyó un 40 % versus inicio (p<0,001). Durante la fase de mantenimiento, el SCORAD promedio a D84 y D168 continuó reduciéndose en 8 % y 17 %, respectivamente, frente a D28 (p<0,05). Durante los 6 meses de estudio, se observó una disminución en la frecuencia, intensidad y número de sujetos que reportaron brotes (-32 %, -21 % y -57 %, respectivamente), respaldando la eficacia a largo plazo del emoliente "plus". Su uso continuado mejoró la QoL en el 90 % de adultos y el 84 % de niños a D168, con puntuaciones significativamente reducidas en DLQI y CDLQI (adultos: D0 6,6; D168 0,7 – niños: D0 5,3; D168 0,8; p<0,001). **Conclusiones:** este estudio evidencia la eficacia a corto y largo plazo del emoliente "plus", con Aqua Posae filiformis, Microresyl, agua termal, manteca de karité y niacinamida, en el tratamiento de la DA leve.

DERMATOLOGÍA

PC-209 — LESIÓN LINEAL EN LA INFANCIA: LA IMPORTANCIA DE RECONOCER EL LÍQUEN ESTRIADO

Gascón García, M. -
Centro Integral Cervantes, Centro Pequeños Cuidados, Cuenca, España.

Introducción: El liquen estriado es una dermatosis inflamatoria benigna, infrecuente en la edad pediátrica, de etiología desconocida y curso autolimitado. Se caracteriza por la aparición de pápulas que pueden disponerse siguiendo las líneas de Blaschko, con una distribución habitualmente unilateral y predominio en extremidades. Suele ser asintomático o levemente pruriginoso y presenta una resolución espontánea en semanas o meses, pudiendo dejar hipopigmentación residual. En niños, la presentación lineal es característica, aunque se trata de una variante poco frecuente. **Exploración clínica:** Varón de 18 meses sin antecedentes personales de interés que consulta por lesión lineal en brazo izquierdo de 6 meses de evolución, sin prurito ni dolor asociado. Había recibido tratamiento previo con corticoide tópico de baja potencia durante 15 días, con mejoría parcial. A la exploración física se objetiva una lesión eritematodescamativa lineal de aproximadamente 5 cm de longitud en extremidad superior izquierda. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la duda diagnóstica, se deriva a dermatología, donde se establece el diagnóstico clínico de liquen estriado lineal. Se pauta tratamiento tópico no corticoideo con emoliente y se plantea la posibilidad de iniciar tacrólimus tópico. En revisión posterior en atención primaria, tras tres semanas de aplicación exclusiva del emoliente, se objetiva resolución completa de la lesión. **Conclusiones:** El liquen estriado es una entidad benigna y autolimitada, cuyo diagnóstico es fundamentalmente clínico. Debe realizarse diagnóstico diferencial, especialmente con el herpes zóster, que presenta una distribución metamérica, a diferencia del liquen estriado que sigue las líneas de Blaschko. Asimismo, el liquen plano puede plantear dudas diagnósticas, aunque suele manifestarse con lesiones más pruriginosas, de tonalidad violácea y con posible afectación mucosa. Dada su evolución espontánea hacia la resolución y su carácter habitualmente asintomático, el manejo debe ser conservador. La biopsia cutánea, aunque confirmatoria, no suele ser necesaria y debe evitarse en lesiones con curso clínico típico y favorable.

PC-210 — MANEJO DEL IMPÉTIGO RECURRENTE Y LA PORTACIÓN NASAL: EL RETO DE LA RESISTENCIA A LA MUPIROCINA

Barahona Rondón, L. – CS Arroyo de la Media Legua, Madrid, España.

Introducción: El impétigo es una de las infecciones cutáneas bacterianas más prevalentes en la edad pediátrica, causada principalmente por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*. En los últimos años, la aparición de cepas resistentes a la mupirocina ha condicionado fallos terapéuticos, especialmente en pacientes con colonización nasal crónica, quienes actúan como reservorio para recurrencias. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de impétigo resistente a mupirocina y analizar la importancia del manejo de la portación nasal y las nuevas alternativas terapéuticas. **Material y Métodos:** Varón de 13 años, antecedentes de cuatro episodios similares de lesiones cutáneas con respuesta parcial a tratamientos tópicos. Acudió por lesiones costrosas amarillentas con exudación en comisuras labiales, orificios nasales y zona periorbitaria derecha (fotografía 18/12/25). Tras el fracaso inicial con mupirocina tópica y la extensión de las lesiones, se realizó frotis nasal por sospecha de resistencia bacteriana. **Resultados:** Ante la sospecha de fracaso terapéutico, se inició: ozenoxacino tópico (cada 12h), antiséptico en spray y amoxicilina-clavulánico sistémico durante 10 días. A los 4 días (fotografía 22/12/25), se observó una remisión casi completa de las costras labiales, persistiendo una lesión mínima en la zona del lagrimal. El 04/02/26 se confirmó la ausencia total de lesiones. El cultivo nasal ratificó la presencia de *S. aureus* resistente a mupirocina, por ello iniciamos cefadroxilo oral 500 mg cada 12 horas por 7 días. **Discusión y conclusión:** La colonización nasal por S. aureus es un factor determinante en las recidivas del impétigo. Ante la falta de respuesta clínica, es imperativo considerar la resistencia a la mupirocina y evaluar el estado de portador nasal. El ozenoxacino se presenta como una alternativa eficaz y segura en pediatría debido a su alta actividad bactericida frente a cepas resistentes. Un abordaje combinado (nasal, cutáneo y por extensión: sistémico) es fundamental para erradicar el reservorio y garantizar la curación.

PC-211 — *ANIMAL-PRINT* EN PEDIATRIA

Pérez Moreno, J.; García Ron, G. - *CS Las Aguilas, Madrid, España.*

Anamnesis: Lactante de 4 meses que presenta lesiones en la piel no pruriginosas de inicio en abdomen y espalda con extensión a cuello, brazos y muslos. Asocia tos escasa sin fiebre ni otra sintomatología. Presenta antecedentes de alergia a proteínas de leche de vaca con fórmula hidrolizada, con estudio *PRICK-test* negativo. Ante la sospecha de dermatitis urticariforme se inicia tratamiento con corticoides tópicos. En las siguientes semanas presenta progresión de lesiones acudiendo a urgencias con diagnóstico de dermatitis atópica. Inicia tratamiento con pimecrolimus tópico. **Exploración clínica:** Las lesiones iniciales son máculas eritematosas no pruriginosas, algunas con leve descamación. No presenta lesiones habonosas ni petequiales. En las siguientes semanas presenta aumento de número de lesiones con nueva coloración marrón-violácea con aumento de pigmentación y leve engrosamiento de la piel. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la persistencia de la sintomatología durante 2 meses sin respuesta a tratamiento inmunomodulador tópico se deriva a la consulta de Dermatología. En la exploración por especialista presenta signo Darier positivo por lo que se sospecha mastocitosis cutánea difusa. Se realiza biopsia cutánea que confirma el diagnóstico mostrando denso infiltrado en dermis superficial por mastocitos. Se completa estudio con analítica, ecografía abdominal normal y triptasa de 13.5 µg/l. Se recomienda no administrar ningún tratamiento tópico. **Conclusiones:** La mastocitosis cutánea afecta hasta el 80 % de los casos a niños menores de 2 años. La mayoría de los casos se manifiesta como urticaria pigmentosa siendo la forma cutánea difusa más rara cursando con engrosamiento de la piel. El signo de Darier es patognomónico, aunque su ausencia no lo descarta. Es importante sospechar esta entidad ante lesiones con aumento de pigmentación marronácea dado que se debe evitar aplicar fármacos tópicos y otros agentes físicos que pueden activar la degranulación de mastocitos.

PC-212 — GRANULOMA PIÓGENO Y CUERPO EXTRAÑO: ¿CAUSA O COINCIDENCIA?

González Fernández, M.D.C.; Vázquez López, E. -
Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

Anamnesis: Niña de 11 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por lesión en pulpejo del segundo dedo de mano derecha de dos semanas de evolución, con crecimiento progresivo y sangrado activo la noche previa. Tres meses antes presentó una lesión similar que se resolvió espontáneamente. Refiere antecedente de traumatismo punzante por objeto no identificado. **Exploración clínica:** A la exploración se objetiva lesión polipoide, friable, con sangrado al mínimo roce en pulpejo del segundo dedo de mano derecha. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La radiografía muestra aumento de partes blandas, sin alteraciones óseas. Se realiza exéresis quirúrgica bajo anestesia local, identificándose un cuerpo extraño compatible con fragmento de piedra, lo que planteó inicialmente la posibilidad de un granuloma por cuerpo extraño. Se cauteriza la base con nitrato de plata y se envía muestra a anatomía patológica. El estudio histopatológico reveló un granuloma piógeno. **Conclusiones:** El granuloma piógeno es un tumor vascular benigno frecuente en pediatría que se presenta como un nódulo friable, de crecimiento rápido y con tendencia al sangrado. Las localizaciones más frecuentes son cabeza, cuello y extremidades. Los principales desencadenantes incluyen traumatismos, irritación crónica y cuerpos extraños, aunque en la mayoría de los casos no se identifica un factor predisponente claro. El diagnóstico es clínico y el tratamiento incluye excisión quirúrgica, electrofulguración, crioterapia o láser. Un mismo cuerpo extraño puede originar tanto un granuloma a cuerpo extraño como un granuloma piógeno, entidades histológicamente distintas. Por tanto, el hallazgo intraoperatorio de un cuerpo extraño no invalida el diagnóstico clínico de granuloma piógeno. En este caso, el cuerpo extraño actuó como desencadenante, explicando el episodio previo autolimitado y la recurrencia. La excisión quirúrgica con retirada del cuerpo extraño y cauterización permitió la resolución completa del cuadro.

PC-213 — MASA SUBCUTÁNEA DE APARICIÓN BRUSCA EN EL LACTANTE: ABORDAJE DIAGNÓSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Gámez Ledesma, A.; Ramos Noguera, G.; González Diego, D.; Borrero Girón, S.; Halcón González, L.; Ramos Sánchez, A. -
Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Anamnesis: Lactante de 9 meses, sin antecedentes personales de interés, que acude por una masa subcutánea infraescapular derecha de aparición brusca, en las últimas 24 horas. **Exploración clínica:** Lesión subcutánea infraescapular de aproximadamente 3 centímetros, blanda, móvil, no adherida a planos profundos, de consistencia elástica, no dolorosa a la palpación y que no se modifica con la maniobra de Valsalva. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó ecografía de partes blandas, que mostró una lesión ovalada de 26 milímetros, heterogénea, con dos adenopatías reactivas adyacentes; junto con una termografía hipocaptante, orientó el caso hacia una malformación linfática de bajo flujo. El linfangioma quístico es una malformación benigna hamartomatosa congénita del sistema linfático; el 80-90 % se detecta antes de los dos años y hasta el 90 % se localiza en cuello o axila. Aunque es una lesión de crecimiento lento, puede aumentar de forma brusca por hemorragia, traumatismo o infección. El diagnóstico diferencial incluye el hemangioma, el lipoma, el quiste epidérmico y otras malformaciones vasculares, sin olvidar las tumoraciones malignas (rabdomiosarcoma, fibrosarcoma infantil). Se deben vigilar signos de alarma: crecimiento rápido, tamaño superior a 3-5 centímetros, consistencia dura, fijación a planos profundos, ulceración o adenopatías patológicas, cuya presencia obliga a derivación urgente o biopsia. En nuestro caso, ante los hallazgos que sugieren benignidad, se optó por un manejo conservador con control ecográfico. **Conclusiones:** Ante una tumoración de partes blandas en el lactante, el pediatra de atención primaria debe realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial, buscando signos de alarma de malignidad y apoyándose en la ecografía como prueba de primer nivel por su accesibilidad e inocuidad.

Una exploración cuidadosa y una ecografía precoz permiten diagnosticar la mayoría de estas lesiones de forma no invasiva y seleccionar los casos que requieren actuación urgente.

PC-214 — QUISTES PILOSOS EN PEDIATRÍA: PILOMATRICOMA

Romero García, C.[1]; Ramos Carrillo, C.[2]; Gallego Calvo, B.[2]; Ordóñez García, A.[2]; Sanz Rueda, L.[3]; Marquina Cintora, S.[4]; Gallardo Padilla, M.[2]; Aparicio Fernández de Gatta, C.[5]; Benito Clap, E.[6]. - [1]*CS Los Jardinillos, Palencia, España;* [2]*Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España;* [3]*CS Villamuriel de Cerrato, Palencia, España;* [4]*CS Las Ciudades, Madrid, España;* [5]*CS Joaquín Rodrigo, Getafe, Madrid, España;* [6]*CS Maqueda, Toledo, España.*

Anamnesis: Niña de 4 años de edad que acude a consulta del Centro de Salud por referir lesión en forma de pústula con contenido purulento, de pequeño tamaño, en muslo izquierdo, doloroso a la palpación, de semanas de evolución. **Exploración clínica:** Se aprecia lesión pustulosa, sugerente de forúnculo, que tras un mes de tratamiento comenzón con apariencia quística, de un centímetro de diámetro, con hematoma y eritema superficial y leve calor a la palpación. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se inicia tratamiento con betametasona/gentamicina durante una semana, y posteriormente con ácido fusídico 2 % y Amoxicilina/clavulánico y calor local. Se realiza ecografía de partes blandas debido a la ausencia de mejoría, donde se objetiva tumoración sólida, isoecoica sin contenido quístico, redondeada, de 12 x 9,3 x 10,9 mm, moderadamente vascularizada, con vasos arteriales intralesionales. Se realiza interconsulta a Dermatología con el diagnóstico diferenial de quiste epidérmico/paniculitis traumática/tumor anexial/dermatofibrosarcoma. Se deriva a Cirugía Pediátrica de hospital de referencia, donde realizan exéresis de la lesión, apreciándose en la biopsia fragmentos de aspecto nodular con células "en sombra" o "en fantasma", con escasas células intermedias y células gigantes multinucleadas, con calcificaciones. **Conclusiones:** El matrixoma es un tumor anexial excepcional en la edad pediátrica. Su presentación clínica inespecífica puede simular lesiones cutáneas benignas más frecuentes, por lo que resulta fundamental mantener un adecuado diagnóstico diferencial ante nódulos cutáneos de crecimiento progresivo. La confirmación diagnóstica requiere el estudio histopatológico tras la exéresis de la lesión, procedimiento que además constituye el tratamiento de elección. Desde Atención Primaria, la correcta valoración inicial, el seguimiento evolutivo y la derivación oportuna a Dermatología o Cirugía Pediátrica permiten optimizar el manejo y evitar retrasos diagnósticos. Aunque el comportamiento del matrixoma suele ser benigno y el pronóstico es excelente tras la resección completa, su rareza justifica su inclusión dentro de las lesiones anexiales a considerar en la infancia.

PC-215 — RESPUESTA A DUPILUMAB EN UN LACTANTE CON DERMATITIS ATÓPICA GRAVE DE INICIO PRECOZ

Haupt Arabia, V.[1]; Sierra Águila, M.[1]; Carrasco Villanueva, M.J.[1]; Macías Panedas, A.[1]; Fernández Alonso, J.E.[1]; Izquierdo Herrero, E.[1]; Gutiérrez Zamorano, E.[2]; Gutiérrez Zamorano, M.[1]; Rodríguez Calleja, J.[1]; Andrés De Llano, J.M.[1]. - [1]*Complejo Asistencial Universitario, Palencia, España;* [2]*CS Eras del Bosque, Palencia, España.*

Anamnesis: Lactante de 10 meses con dermatitis atópica grave desde los 2 meses de vida, refractaria a tratamiento convencional. Como antecedente personal presentaba alergia a proteína de leche de vaca no mediada por IgE. La reintroducción de lácteos y el inicio de la alimentación complementaria desencadenaron brotes graves, con eccema persistente, prurito intenso, alteración del sueño y marcada repercusión en la calidad de vida, pese a corticoides tópicos, inhibidores de la calcineurina, antihistamínicos y medidas higiénico-dietéticas. **Exploración clínica:** Eccema generalizado con placas eritematodescamativas extensas, excoriaciones, costras y erosiones, predominando en cabeza y cuello, tronco, manos y pies, asociado a xerosis intensa y prurito incoercible. EASI (*Eczema Area and Severity Index*) basal: 32 puntos; SCORAD (*Scoring Atopic Dermatitis*): 75 puntos, compatibles con dermatitis atópica grave. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Prick test para proteína de leche de vaca negativo. IgE específica: 0,35kU/L frente a leche de vaca, clara de huevo y carne de ternera. Hemograma, inmunoglobulinas, complemento y subpoblaciones linfocitarias normales. Se solicitó estudio genético, aún pendiente. Ante la persistencia de enfermedad grave refractaria, se inició dupilumab a los 10 meses. Tras la primera dosis presentó gran mejoría de la afectación facial, disminución marcada del prurito, recuperación del sueño y descenso hasta EASI 6,3 (enfermedad leve), alcanzando una respuesta EASI-80. **Conclusiones:** La dermatitis atópica grave requiere descartar inmunodeficiencias primarias y enfermedades monogénicas. El ensayo fase III LIBERTY AD PRESCHOOL demostró que dupilumab mejora significativamente la gravedad de la enfermedad, el prurito, el sueño y la calidad de vida en niños de 6 meses a 5 años, con un perfil de seguridad favorable. Nuestro caso reproduce estos resultados y respalda el uso precoz de dupilumab como terapia modificadora de la enfermedad en lactantes cuidadosamente seleccionados, destacando la importancia de una intervención multidisciplinar temprana para reducir la carga inflamatoria y prevenir la progresión de la marcha atópica.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

PC-216 — PACIENTE CON COXALGIA, HAZ HUECO PARA LA ECO

Armañac Cadenas, C.[1]; Álvarez García, J.[2]; García Ayerra, M.[2]; Mujika Arranzona, M.[1]; Sola Aparicio, A.[1]; Chaverri Reparaz, C.[1]; Fernández de quincoces Gil, M.[1]; Vizmanos Larraoz, M.[1]; Martínez Ayarbide, N.[1]; Ibarzabal Arregui, M.[1]. - [1]*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España;* [2]*CS de Ansoain, Navarra, España.*

Anamnesis: Varón de 11 años que consulta por dolor de inicio brusco en extremidad inferior derecha, asociado a cojera y dolor con la bipedestación, con mejoría en reposo. No presenta fiebre ni otra sintomatología sistémica. Como antecedente refiere molestias musculares tras actividad deportiva una semana antes, sin traumatismo directo. **Exploración clínica:** En la exploración destaca dolor a la rotación interna de la cadera derecha. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza ecografía bilateral de caderas en la consulta de atención primaria. En la cadera derecha se objetiva distensión capsular con morfología convexa y contenido anecoico, con una separación cápsula-cuello femoral de 7,6 mm. La cadera contralateral presenta morfología capsular cóncava, sin derrame, observándose una diferencia superior a 2 mm entre ambas articulaciones. Los hallazgos fueron compatibles con derrame articular en el contexto de sinovitis transitoria. Se consideraron hemartros y artritis séptica. La ausencia de traumatismo significativo y el carácter anecoico del derrame hicieron improbable el primero. La ausencia de fiebre, síntomas sistémicos y ecos internos en el líquido articular redujo la probabilidad de artritis séptica. **Conclusiones:** La ecografía clínica aporta un elevado valor resolutivo en atención primaria ante la cojera aguda infantil, permitiendo detectar derrame articular de forma inmediata y orientar el diagnóstico diferencial. La correlación clínico-ecográfica facilita la identificación de cuadros benignos como la sinovitis transitoria y ayuda a seleccionar aquellos pacientes que precisan estudio o derivación urgente. La experiencia presentada refuerza las observaciones descritas en la literatura pediátrica y pone de manifiesto el potencial de la ecografía clínica para aumentar la capacidad resolutiva de la Atención Primaria ante la cojera aguda.

PC-217 — DOCTORA, ¿SERÁ UN GANGLIO?

Conde-Pumpido Velasco, M.; Castaño Torrijos, B.; Vaquero Sosa, E. - *CS Ciudades, Madrid, España.*

Anamnesis: Lactante de 5 meses, sin antecedentes personales patológicos, que es traído a consulta porque los padres detectan un bulto indoloro en la cabeza. No traumatismo local ni fiebre u otros síntomas asociados. **Exploración clínica:** En la exploración física se palpa una pequeña tumoración menor de 1 cm de consistencia intermedia, no móvil, en región occipital derecha. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza ecografía clínica en Atención Primaria con sonda lineal, visualizando una lesión ovalada de bordes bien delimitados con contenido hipoecogénico que hace leve impronta en periostio de aproximadamente 8 mm de diáme-

tro máximo (figuras 1 y 2). Con la sospecha diagnóstica de quiste epidermoide, se deriva para valoración a Cirugía Pediátrica, donde se confirma el diagnóstico. En ecografía con sonda de alta resolución a los tres meses, previo a la resección quirúrgica, se observa nódulo de 6x3 mm con paredes bien definidas y alta transmisión posterior, que presenta remodelado óseo, con contenido finamente ecogénico (figura 3). **Conclusiones:** Los quistes epidermoides son tumoraciones benignas cutáneas secundarias a un crecimiento anormal de las células epidérmicas, siendo hasta un 5 % de todas las lesiones cutáneas. La mayoría suelen ser asintomáticos, de pequeño tamaño y localizarse en cara, cuello y tronco. Aunque la sospecha inicial sea clínica, la ecografía en la consulta de Atención Primaria es muy útil para apoyar el diagnóstico. La importancia del diagnóstico diferencial del quiste epidermoide con una adenopatía radica en el manejo de ambas, pues el tratamiento definitivo del primero es la extirpación quirúrgica.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS, INMUNIZACIOES

PC-218 — DE UNA HERIDA LIMPIA A UN ABSCESO FACIAL EN 48 HORAS

Montejo Marcos, B.; Seijo Rodríguez, J.; Ureña Buch, E.; García Ugarte, B.; Andrés Blanco, L.; Domínguez Sevillano, B.; García Calvo, E. - *Hospital Universitario de Salamanca, España.*

Anamnesis: Niña de 5 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a Urgencias tras mordedura facial por perro doméstico correctamente vacunado. Presentaba una herida punzante de 0,5 cm en región maxilar derecha y una herida incisa transversa de 0,5 cm en el bermellón derecho del labio superior. **Exploración clínica:** A la valoración inicial se objetivaron lesiones de bordes irregulares y edematosos, sin sangrado activo ni signos de infección. El equipo de Otorrinolaringología realizó limpieza y curetaje de las heridas. Tras anestesia tópica con gel LAT, se efectuó cierre mediante sutura con Vicryl® 6/0 (3 puntos en mejilla y 8 en labio). Se pautó analgesia y antibioterapia oral con amoxicilina-clavulánico, siendo dada de alta. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** A las 48 horas consultó nuevamente por aumento de volumen de la mejilla derecha y supuración por la herida suturada. Se encontraba afebril. La exploración mostró eritema, edema, dolor local y salida de material purulento, compatible con celulitis facial. En la analítica destacaba leucocitosis (13.000/µL) con neutrofilia (7.000/µL), trombocitosis y PCR de 0,84 mg/dL, con procalcitonina negativa. Se decidió ingreso para antibioterapia intravenosa, inicialmente con amoxicilina-clavulánico y posteriormente piperacilina-tazobactam. Durante la hospitalización precisó drenaje de absceso bajo sedación en UCIP. El cultivo aisló *Pasteurella canis*, sensible a amoxicilina-clavulánico. Se realizaron curas locales diarias con suero fisiológico y mupirocina tópica, con evolución favorable. **Conclusiones:** Las mordeduras faciales por perro pueden desarrollar complicaciones infecciosas relevantes pese al tratamiento inicial adecuado. Este caso subraya la importancia de una vigilancia clínica estrecha durante las primeras 48-72 horas, permitiendo la detección precoz de celulitis y abscesificación, así como la instauración temprana de tratamiento dirigido para evitar complicaciones mayores.

PC-219 — DE LA UÑA AL SISTEMA LINFÁTICO: LINFANGITIS ASOCIADA A ONICOFAGIA

Andrés Blanco, L.; García Calvo, E.; Domínguez Sevillano, B.; Montejo Marcos, B.; Seijo Rodríguez, J.; García Ugarte, B.; Ureña Buch, E. - *Hospital Universitario de Salamanca, España.*

Anamnesis: Niño de 7 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor, eritema e inflamación progresiva palma y dorso de la mano izquierda de 24 horas de evolución. Refieren aparición de una estría eritematosa ascendente en ambas caras de la mano. No asociaba fiebre u otros síntomas sistémicos. Como antecedente de interés destacaba hábito de onicofagia. No refería traumatismos recientes, contacto con plantas o picaduras. **Exploración clínica:** Se observó tumefacción y eritema periungueal del tercer dedo de la mano derecha, con signos compatibles con paroniquia aguda. Desde la base del tercer dedo se identificaba una estría eritematosa triangular cuyo trayecto se limitaba a la mano, compatible con linfangitis. No se palparon adenopatías significativas. No presentaba fluctuación ni limitación funcional significativa. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de linfangitis bacteriana secundaria a paroniquia por onicofagia, se inició tratamiento antibiótico oral con amoxicilina-clavulánico y medidas locales de higiene. Dada la ausencia de síntomas sistémicos, no se realizaron otras pruebas complementarias. La evolución fue favorable, con desaparición progresiva del dolor y del trayecto linfangítico en las siguientes 72 horas. En la revisión a los 10 días se constató resolución completa del cuadro sin complicaciones. **Conclusiones:** La onicofagia constituye un factor de riesgo infravalorado para el desarrollo de infecciones cutáneas y de partes blandas. La aparición de un trayecto eritematoso ascendente desde una lesión distal debe hacer sospechar linfangitis aguda e indicar tratamiento precoz para evitar complicaciones sistémicas. La educación sanitaria dirigida al abandono de hábitos de mordedura de uñas es fundamental para prevenir recurrencias.

PC-220 — COJERA FEBRIL, NO TODO ES LA ARTICULACIÓN

López Rodríguez, A.; Trinidad Acedo, M.; Rayego Sánchez, E.D.L.Á.; Hormigo Sánchez, J.M.; García Diosdado, A.; Cancio Davila, L.; González Caballero, O.; Domínguez García, A.; Núñez López, S.; Del Castillo Navío, E. - *Hospital Materno Infantil de Badajoz, España.*

Anamnesis: Niña de 3 años que consultó por fiebre de 24 horas, dolor en miembro inferior derecho, cojera y rechazo de la marcha, sin antecedente traumático ni infecciones recientes. En la analítica presentaba neutrofilia, linfopenia y proteína C reactiva de 8,5 mg/dL. La ecografía de cadera fue compatible con sinovitis transitoria, estableciéndose dicho diagnóstico. A las 48 horas, reconsultó por persistencia clínica. **Exploración clínica:** En la reexploración destacaba dolor intenso a la movilización, rolling positivo y marcada limitación de las rotaciones de cadera. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La proteína C reactiva había aumentado a 99 mg/L. La radiografía y la ecografía fueron normales. Ante sospecha de artritis séptica, se realizó artrocentesis e inició tratamiento empírico con cefuroxima intravenosa (150 mg/kg/día) y clindamicina intravenosa (40 mg/kg/día). Durante el ingreso, presentó persistencia de la fiebre y elevación progresiva de la proteína C reactiva hasta 117 mg/L. El hemocultivo y el cultivo del líquido articular resultaron negativos. Se completó el estudio con resonancia magnética pélvica, que mostró edema muscular extenso con hiperintensidad en secuencias con supresión grasa e hipointensidad en secuencias T1, afectando a musculatura ilíaca, glútea, aductora y proximal del muslo, junto con distensión de la bursa trocantérea profunda y una colección de 10 x 5 mm compatible con pequeño absceso no drenable. Los hallazgos fueron sugestivos de miositis infecciosa. Ante la evolución favorable, se retiró la clindamicina a los 4 días dándole el alta con cefuroxima oral (70 mg/kg/día), completando 11 días de tratamiento. Permaneció afebril, con recuperación progresiva de la movilidad y la marcha. Tras un año de seguimiento por Traumatología, no presentó secuelas funcionales. **Conclusiones:** Como conclusión, aunque la causa más frecuente de cojera es intraarticular, una evolución tórpida debe motivar una reevaluación diagnóstica, siendo necesario considerar tanto complicaciones del cuadro como una causa posible causa extraarticular.

PC-221 — PERSISTENTE, CAMBIANTE Y ENGAÑOSA: EL RETO DE UNA ADENOPATÍA CERVICAL

Alcalde Deiro, L.[1]; Acuña, F.M.[2]; Valencia Santos, N.[1]; Martínez-Catena Gajate, M.E.[1]; González Presa, M.[1]. - [1]*HM Montepríncipe, Boadilla del Monte, Madrid, España;* [2]*HM Puerta del Sur, Móstoles, Madrid, España.*

Anamnesis: Paciente de 3 años en seguimiento por adenopatías laterocervicales subagudas, sin foco odontogénico ni otra sintomatología. Afebril. **Exploración clínica:** Adenopatías laterocervicales derechas, móviles, dolorosas, duroelásticas, la mayor submandibular de 1.5 cm. No adenopatías a otros niveles. Resto de la exploración física normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Estudio inicial con radiografía de tórax

normal, analítica sanguínea sin alteraciones y serologías negativas para citomegalovirus, virus Epstein-Barr, parotiditis y parvovirus. La ecografía describe una adenopatía de aspecto infeccioso de 16 mm. Recibe Amoxicilina-Clavulánico durante 15 días con mejoría clínica y ecográfica (11 mm). Tras una semana presenta empeoramiento clínico y ecográfico (17 mm, sin abscesificación). La analítica continúa sin alteraciones y las serologías negativas (también *mycoplasma*). Se indica Azitromicina durante 7 días, con rápida mejoría pero nuevo empeoramiento al finalizar el ciclo. En ese momento la bisabuela refiere diagnóstico reciente de tuberculosis, por lo que se decide ingreso para estudio de tuberculosis ganglionar, a pesar de no tener síntomas típicos acompañantes (sudoración nocturna, astenia, pérdida de peso…). El estudio resulta negativo y la paciente se mantiene estable. Se programa resonancia magnética ambulatoria y es dada de alta sin antibioterapia con actitud expectante. A la semana, se recibe serología positiva para *Bartonella Henselae* (IgM positiva). Se explican resultados a la familia, pero no se identifica posible causa de la infección. Paciente en seguimiento, con mejoría progresiva. **Conclusiones:** Las adenopatías son un motivo de consulta frecuente en pediatría, presentan un amplio diagnóstico diferencial y suelen requerir seguimiento estrecho, precisando realizar pruebas complementarias según la sospecha y evolución del cuadro. La bartonelosis (enfermedad por arañazo de gato), produce un cuadro típico con adenopatías cercanas a la lesión inicial, que se pueden acompañar de sintomatología general leve. Aunque la forma típica de infección es el arañazo de gato, también se transmite por su mordedura, saliva sobre piel no íntegra, o picadura de pulgas infectadas.

PC-222 — CELULITIS ORBITARIA EN PEDIATRÍA: REPORTE DE UN CASO

Domínguez Sevillano, B.; Andrés Blanco, L.; García Calvo, E.; Montejo Marcos, B.; Ureña Buch, E.; Seco Calvo, M.J. - *Hospital Universitario de Salamanca, España.*

Anamnesis: Escolar de 10 años que acude a Urgencias derivada por su pediatra de atención primaria por empeoramiento en las últimas 24 horas de edema ocular izquierdo de 48 horas de evolución, asociando actualmente dolor con la movilización del globo ocular, fotofobia y cefalea. **Exploración clínica:** A la exploración física destaca un edema palpebral izquierdo marcado con proptosis ocular y movimientos oculares conservados, aunque ligeramente dolorosos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En la analítica destaca leucocitosis de 16.850/µL con un 81 % de polimorfonucleares, proteína C reactiva de 3,5 mg/dL y procalcitonina negativa. Se realiza TC craneal, que revela una celulitis orbitaria secundaria a complicación de un proceso inflamatorio sinusal. Se decide ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico intravenoso con cefotaxima y clindamicina. A las 48 horas, ante la ausencia de mejoría clínica y la imposibilidad de apertura ocular, se solicita TC orbitario de control, evidenciándose progresión del proceso hacia el vértice orbitario con presencia de absceso subperióstico. Ante estos hallazgos, se decide intervención quirúrgica urgente para drenaje de la colección. Posteriormente, la paciente presenta una evolución clínica favorable, manteniéndose el mismo régimen antibiótico y asociando corticoterapia intravenosa e intranasal. Es dada de alta hospitalaria a los 8 días, sin secuelas. **Conclusiones:** La celulitis orbitaria en edad pediátrica es una urgencia infecciosa con potencial riesgo de complicaciones graves. Aunque el tratamiento antibiótico intravenoso constituye la primera línea terapéutica, la ausencia de respuesta clínica debe alertar sobre la posible presencia de complicaciones que requieran manejo quirúrgico. El caso presentado destaca la importancia de la monitorización estrecha, el apoyo en pruebas de imagen y la toma de decisiones tempranas para optimizar el pronóstico.

PC-223 — OSTEOMIELITIS POR GERMEN POCO HABITUAL

Meijide Maroño, P.[1]; Pérez García, P.[2]; Sala Utrilla, I.[2]; Moldes Pais, B.[2]; Allueva Ballestero, M.[2]; Louzao Fernández, E.[2]; Berrocal Castañeda, M.M.[2]; López Francos, M.M.[2]; Rey García, S.M.[2]. - [1]*Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña, España;* [2]*Hospital de Santiago de Compostela, A Coruña, España.*

Anamnesis: Escolar varón de 8 años que consulta por fiebre de hasta 39,3 °C y cojera izquierda de 12 horas de evolución, asociada a dolor en el muslo ipsilateral. El paciente no presenta antecedentes personales ni familiares de interés. **Exploración clínica:** En la exploración física destaca dolor localizado a la palpación del vasto externo del cuádriceps izquierdo, sin limitación de la movilidad de la cadera. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Las pruebas analíticas iniciales muestran 11.660 leucocitos/µL (neutrófilos 9.320/µL) y elevación moderada de reactantes de fase aguda (PCR 3,58 mg/dL; PCT 0,64 ng/mL). En el hemocultivo se aísla *Salmonella* enterica, sensible a cefalosporinas y trimetoprima-sulfametoxazol. El coprocultivo fue negativo. La RMN de la pierna izquierda evidencia hallazgos sugerentes de osteomielitis incipiente. El resto de las pruebas de imagen (radiografía, ecografía abdominal y ecocardiograma) no revelan alteraciones significativas. Se inició tratamiento antibiótico dirigido con cefotaxima con resolución progresiva de la fiebre y el dolor y la normalización de los parámetros inflamatorios. Al alta continúa tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol oral hasta completar 4 semanas. **Conclusiones:** 1. Se resalta la importancia del alto grado de sospecha clínica ante el dolor localizado persistente a punta de dedo y la confirmación mediante prueba diagnóstica. 2. En menos del 50 % de los casos de osteomielitis se aísla el agente etiológico. En este paciente permitió el tratamiento antibiótico dirigido con resolución completa del cuadro sin complicaciones. 3. El aislamiento de un germen atípico como agente causal motivó la ampliación de pruebas complementarias.

PC-224 — MÁS ALLÁ DE LA CADERA: SACROILEÍTIS INFECCIOSA COMO CAUSA DE RECHAZO DE LA MARCHA EN LACTANTE

del Olmo Kühleitner, C.; Anta Matos, A.; Silva García, T.; Belizón Bravo, N.; Delgado Viñán, M.; González Sánchez, M.D.C. - *Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.*

Anamnesis: Lactante de 21 meses, sin antecedentes de interés, que consulta por rechazo de la deambulación y la sedestación de 24 horas de evolución. Asocia fiebre de 2 días de evolución, con pico máximo 38.8ºC, junto con tos y rinorrea de 5 días. **Exploración clínica:** Destaca limitación de la flexión lumbar, sin dolor a la palpación de apófisis espinosas, junto con extensión del miembro inferior derecho. No se objetiva tumefacción, eritema, aumento de temperatura local ni puntos dolorosos en extremidades inferiores. Movilidad activa y pasiva conservada de ambas caderas, rodillas y tobillos. Exploración neurológica sin hallazgos patológicos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de infección osteoarticular, se realiza analítica sanguínea con PCR 30.9 mg/L y VSG 33 mm/h. Se solicitan ecografía y radiografía de caderas, así como radiografía dorsolumbar, sin hallazgos patológicos. Ingresa para tratamiento intravenoso con cefuroxima. La resonancia magnética de columna y articulación sacroilíaca objetiva edema óseo y derrame en la articulación sacroilíaca izquierda, cambios inflamatorios en psoas ilíaco y la musculatura glútea adyacente, así como 2 microabscesos (en margen ilíaco y en el músculo psoas ilíaco). Se amplía el estudio etiológico con hemocultivo, serologías (*Bartonella, Coxiella, Borrelia y Brucella*), Mantoux e IGRA, todos negativos. Se realiza secuenciación oral a los 10 días y completa 6 semanas de tratamiento antibiótico, con buena evolución clínica y recuperación de la sedestación y la marcha. **Conclusiones:** La sacroileítis infecciosa representa el 1–2 % de las infecciones osteoarticulares pediátricas. El rechazo de la sedestación, aunque inespecífico, puede aparecer en patología del anillo pélvico o región lumbosacra y dificultar el diagnóstico inicial. El caso destaca la importancia de una exploración física sistemática y anatómicamente dirigida, diferenciando cadera, columna lumbar y articulación sacroilíaca. La resonancia magnética es clave para el diagnóstico precoz, y el tratamiento antibiótico durante 6 semanas permitió una evolución favorable sin secuelas.

PC-225 — ENFERMEDAD DE KAWASAKI INCOMPLETA: LA IMPORTANCIA DE LOS CRITERIOS ANALÍTICOS PARA UN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

Muñoz Páez, R.; Molina Prado, A.; Gallego Muñoz, A.V.; Rueda Trigo, L. - *Hospital Materno-Infantil de Málaga, España.*

Anamnesis: Varón de 2 años que ingresa por fiebre de 9 días de evolución, asociada a síntomas catarrales y gastrointestinales, sin respuesta a antibioterapia. Presentaba irritabilidad, disminución de la ingesta, hiperemia labial, antecedente de hiperemia conjuntival unilateral y descamación perianal. Aunque no reunía criterios clínicos completos de enfermedad de Kawasaki, la persistencia de la fiebre junto con los resultados analíticos iniciales hicieron plantear el diagnóstico diferencial entre una infección viral y una enfermedad de Kawasaki incompleta. **Exploración clínica:** Aceptable estado general. Temperatura de 40 ºC. Cutis reticular, labios hiperémicos, faringe eritematosa y descamación perianal, sin exantema, adenopatías ni alteraciones en extremidades. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Se realizaron ecografía abdominal, radiografía de tórax, test rápido de *Streptococcus pyogenes* y estudio microbiológico (serologías y cultivos), sin hallazgos patológicos. - La analítica sanguínea mostró anemia y trombocitosis, así como leucocitosis con neutrofilia, hipoalbuminemia e hiponatremia. También se realizó sistemático de orina que fue positivo, con urocultivo negativo. - Ecocardiografía: Hiperrefingencia de paredes y ligera dilatación del tronco coronario izquierdo y de la arteria descendente anterior, compatible con enfermedad de Kawasaki incompleta El paciente recibió antibioterapia empírica que se suspendió tras resutado de cultivos. Ante hallazgos ecocardiográficos y sospecha clínica se inició inmunoglobulina intravenosa, corticoterapia intravenosa y ácido acetilsalicílico a dosis antiinflamatorias. Permaneció afebril tras la administración de inmunoglobulina, con descenso progresivo de los reactantes inflamatorios, siendo dado de alta con pauta descendente de corticoides y ácido acetilsalicílico durante 6 semanas. La ecocardiografía de control tras suspensión de ácido acetilsalicílico ya no mostraba afectación coronaria. **Conclusiones:** La enfermedad de Kawasaki incompleta requiere un elevado índice de sospecha. Este caso pone en manifiesto la importancia de la aplicación sistemática de los algoritmos diagnósticos recomendados en pacientes con fiebre prolongada y alteraciones analíticas compatibles, permitiendo identificar precozmente a los pacientes candidatos a ecocardiografía y tratamiento, mejorando así el pronóstico y reduciendo el riesgo de secuelas cardiovasculares.

GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN

PC-226 — PRESENTACIÓN CLÍNICA DE ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA MENOS FRECUENTE

de Miguel Cáceres, C.[1]; Fernández Leal, A.[2]; Millán Longo, C.[3]; Corral Roso, P.[4]; González Bertolín, I.[5]; García Sánchez, P.[5]. - [1]*CS Ibiza, Madrid, España;* [2]*CS García Noblejas, Hospital Niño Jesús, Madrid, España;* [3]*CS Las Tablas, Madrid, España;* [4]*. CS Orcasitas, Madrid, España;* [5]*Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.*

Anamnesis: Neonata de 15 días sin antecedentes de interés consulta por estreñimiento. Realizó meconiorrexis en las primeras 24 horas de vida. Toma fórmula de inicio desde el nacimiento, los primeros días una fórmula parcialmente hidrolizada realizando deposiciones diarias, pero en su domicilio cambia a una sin hidrólisis y realiza deposiciones caprinas cada 5 días. 48 horas antes de la consulta, acude a urgencias y le indican eupeptina 1 vez al día con lo que realiza una deposición caprina diaria. **Exploración clínica:** buen estado general. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias. Restablecer la normalidad. Adecuada ganancia de peso. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de alergia a las proteínas de leche de vaca no mediadas por IgE, inicie la alimentación con fórmula extensamente hidrolizada y realice deposiciones diarias con características adecuadas para su edad. A las 2 semanas se realiza provocación y vuelve a presentar deposiciones caprinas, por lo que reinicia exclusión de las proteínas de leche de vaca, al confirmarse el diagnóstico. **Conclusiones:** El ritmo deposicional en neonatos varía entre una deposición después de cada toma y una cada 3-5 días o más, pero deben tener consistencia blanda. El estreñimiento neonatal se debe considerar un síntoma de alarma que nos debe hacer investigar la causa para poder tratarla. Se debe realizar diagnóstico diferencial entre enfermedad de Hirschprung, APLV, malformación anorrectal, fibrosis química, alteraciones neurológicas. En el caso de APLV no IgE es obligatorio para el diagnóstico realizar una exclusión de las proteínas de leche de vaca durante 2-4 semanas, objetivando resolución de la clínica y al reintroducir la proteína de la leche de vaca observar de nueva la misma clínica de estreñimiento. Tras la confirmación, se debería realizar de nueva una exclusión de las proteínas de leche de vaca durante 6 meses antes de probar una nueva reintroinducción y comprobar la adquisición de tolerancia.

PC-227 — MÁS ALLÁ DE UNA GASTROENTERITIS

Varela Penas, J.; Uriarte Ortiz, A.; Martínez Aragón, J.; González Fernández, M.; Rumbo Vidal, A.; Vázquez López, M.E. - *Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.*

Anamnesis: Niño de 9 años que consultó en dos ocasiones por dolor abdominal cólico intenso que asociaba diarrea sanguinolenta y vómitos, sin fiebre. En la primera valoración fue diagnosticado de gastroenteritis aguda tras recogida de coprocultivo, con tratamiento sintomático. Reconsultó 15 horas después por persistencia de dolor abdominal que no respondía a analgesia oral, diarrea sanguinolenta cuantiosa y persistente, múltiples vómitos e intolerancia oral. **Exploración clínica:** A la exploración física presentaba regular estado general con palidez cutánea. Destacando únicamente abdomen doloroso a la palpación en región periumbilical y fosas ilíacas, sin signos de peritonismo ni masas palpables. El resto de la exploración física fue normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó una analítica sanguínea inicial que mostró leucocitosis con neutrofilia y función renal conservada, y un estudio molecular en heces que fue positivo para *Escherichia coli* productor de toxina Shiga (STEC). Ante mala evolución clínica y dolor refractario se decide ingreso para fluidoterapia y analgesia intravenosa. A las 48 horas de ingreso presenta anemia hemolítica microangiopática con presencia de esquistocitos en frotis, trombocitopenia, elevación de LDH, hematuria y deterioro de la función renal, estableciéndose el diagnóstico de síndrome hemolítico urémico asociado a STEC. Fue trasladado a UCI pediátrica de centro de referencia donde presentó fracaso renal agudo oligoanúrico que precisó hemodiafiltración venovenosa continua durante 14 días, transfusión de concentrados de hematíes, tratamiento antihipertensivo y soporte multidisciplinar. Evolucionó favorablemente hasta el alta, actualmente mantiene seguimiento en Nefrología Pediátrica con recuperación progresiva de la función renal **Conclusiones:** En pacientes pediátricos con diarrea sanguinolenta, la presencia de dolor abdominal intenso, persistente y refractario a analgesia oral debe hacer sospechar complicaciones evolutivas como el síndrome hemolítico urémico. La identificación precoz de estos signos de alarma permite una vigilancia estrecha y anticipación de complicaciones potencialmente graves.

PC-228 — HIPERTRANSAMINASEMIA PERSISTENTE: DE UN HALLAZGO CASUAL A UN DIAGNÓSTICO INUSUAL

Maciá Alarcón, L. - *Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, España.*

Anamnesis: La hipertransaminasemia es un hallazgo frecuente y a menudo incidental en pediatría, que habitualmente obedece a procesos benignos y autolimitados. No obstante, su persistencia en el tiempo exige un abordaje diagnóstico sistemático que permita identificar enfermedades hepáticas potencialmente tratables. **Exploración clínica:** Preescolar de 4 años, asintomático y sin antecedentes reseñables, con hallazgo de hipertransaminasemia en analítica solicitada en Atención Primaria por cuadros catarrales de repetición. La exploración física es anodina. Se confirma hipertransaminasemia en analítica a las 4 semanas. Las pruebas de primer nivel (serologías VHA, VHB, VHC, VEB, CMV; antitransglutaminasa IgA, alfa-1-antitripsina, CK y coagulación) y de segundo nivel (autoinmunidad ANA, AMA, ASMA, anti-LKM; complemento; HLA-DR3; ceruloplasmina y cobre libre sérico) son negativas. La ecografía abdominal muestra aumento difuso de la ecogenicidad hepática como único hallazgo. Finalmente, la ampliación del estudio con determinación de cobre en orina de 24 horas revela cupruria de 114 µg/24 h (VN <40 µg/24 h) que, junto a niveles de ceruloplasmina y cobre sérico libre normales, establece la sospecha diagnóstica de enfermedad de Wilson.

Se deriva a Gastroenterología Pediátrica, donde se confirma el diagnóstico mediante estudio genético, que identifica dos variantes patogénicas en heterocigosis del gen ATP7B. La valoración oftalmológica descarta el anillo de Kayser-Fleischer. Se inicia dieta baja en cobre y tratamiento con D-penicilamina y piridoxina. Se realiza seguimiento con cupruria/24h (objetivo terapéutico: 200–500 µg/24h), con evolución clínica favorable y normalización de las transaminasas. **Conclusiones:** La hipertransaminasemia persistente puede ser la única manifestación inicial de enfermedades hepáticas hereditarias, constituyendo en ocasiones un hallazgo incidental. Las cifras normales de ceruloplasmina y cobre sérico libre aparecen en el 5-10 % de los pacientes con enfermedad de Wilson, siendo fundamental la sospecha clínica en estos casos. La identificación precoz es determinante para iniciar el tratamiento quelante y prevenir el daño multisistémico irreversible.

HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA

PC-229 — TORTÍCOLIS DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS

Gutiérrez Sánchez, A.M.; Fernández Espinar, M. - *CS El Soto, Madrid, España.*

Anamnesis: Niño de 2 años que consulta por limitación de la movilidad cervical de 48h de evolución. Asocia clínica catarral leve y febrícula aislada 37,8ºC. Tras el inicio del cuadro presenta caída de tres escalones, con leve empeoramiento del dolor cervical y aparición de dolor costal, siendo la radiografía de tórax normal. **Exploración clínica:** Acude al centro de salud a las 48h por empeoramiento de la movilidad cervical pese a tratamiento antiinflamatorio, con aparición de tortícolis derecha. Presenta hiperemia faríngea y ante contacto con hermano con escarlatina se realiza test de estreptococo (positivo) e inicia tratamiento con fenoximetilpenicilina. A las 24h, ante empeoramiento progresivo de tortícolis e irritabilidad, ingresa para estudio. En la exploración destaca lateralización cervical izquierda, limitación de la rotación hacia la derecha y contractura cervical derecha. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica no muestra leucocitosis ni aumento de reactantes fase aguda y la radiografía cervical es normal. Dada la mala evolución, se completa estudio con resonancia magnética y tomografía computerizada cervical, identificándose una lesión lítica con masa de partes blandas en masa lateral izquierda de C1. Tras plantear diagnóstico diferencial entre infección osteoarticular y proceso tumoral, se inicia antibioterapia hasta realización de biopsia. El estudio de extensión (analítica sanguínea, serie ósea y ecografía abdominal) es normal. La biopsia de la lesión no es factible por dificultades técnicas por lo que se biopsia un ganglio cervical que permite hacer el diagnóstico de histiocitosis de células de Langerhans (HCL) ósea unifocal. Debido a la localización vertebral con importante repercusión funcional, se inicia tratamiento según protocolo LCH-IV con vinblastina y prednisona, observándose evolución clínica y radiológica favorable. **Conclusiones:** La tortícolis es un signo clínico que puede expresar gran variedad de trastornos subyacentes. La persistencia de los síntomas pese al tratamiento debe considerarse un signo de alarma. La HCL puede afectar a diferentes órganos o tejidos, simulando diversas enfermedades.

PC-230 — EDEMA PERSISTENTE, SISTEMA LINFÁTICO AUSENTE: CLAVES DIAGNÓSTICAS EN PEDIATRÍA

Núñez López, S.; Rubio Macarro, C.; Sánchez Miranda, M.D.; Ballano Pérez, C.; Cancio Dávila, L.; Descalzo Casado, A.; Trinidad Acedo, M.; Rayego Sánchez, E.D.L.Á.; López Rodríguez, A.; Del Castillo Navío, E. - *Hospital Materno Infantil de Badajoz, España.*

Anamnesis: Niña de 9 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés ni de patología venosa o linfática. Consulta por edema progresivo de miembro inferior izquierdo de 24 horas de evolución, inicialmente localizado en pie y tobillo con extensión proximal posterior. Asocia molestias difusas en la extremidad sin fiebre ni otra sintomatología acompañante. Como antecedente destaca tumoración inguinal izquierda persistente de aparición cinco meses previo a dicha consulta, inicialmente interpretada como posible celulitis y tratada con antibioterapia oral sin evidenciar mejoría. **Exploración clínica:** A la exploración presenta edema con fóvea que afecta a todo el miembro inferior izquierdo hasta región inguinal, incluyendo afectación genital, asociado a dolor difuso y discreta limitación para la deambulación. Destaca signo de Stemmer positivo, sin cambios de coloración cutánea; pulsos distales conservados y sin signos inflamatorios sistémicos. Durante la evolución desaparecieron las molestias iniciales, persistiendo el edema unilateral. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica sanguínea completa que no muestra alteraciones, análisis de orina sin signos de infección y ecografía Doppler donde se evidencia edema moderado del tejido celular subcutáneo, descartando trombosis venosa profunda. Durante el ingreso se realizó monitorización clínica, control evolutivo mediante mediciones seriadas del perímetro de la extremidad y tratamiento analgésico. Se amplia estudio con linfogammagrafía que muestra ausencia de migración del trazador en el miembro inferior izquierdo y ausencia de visualización ganglionar inguinal ipsilateral, hallazgos compatibles con linfedema primario y sugestivos de agenesia linfática; pendiente de estudio genético. **Conclusiones:** El linfedema primario es una entidad crónica que debe considerarse en el diagnóstico diferencial del edema unilateral persistente en la infancia, siendo la linfogammagrafía una herramienta fundamental para su diagnóstico. Aunque el manejo suele ser conservador, la identificación temprana permite orientar el estudio genético, establecer un abordaje multidisciplinar y prevenir complicaciones, ralentizando la progresión y reduciendo el impacto en su calidad de vida.

LACTANCIA MATERNA

PC-231 — CUANDO LA TÉCNICA DE ALIMENTACIÓN DEJA HUELLA: AFTAS DE BEDNAR

Escobar Hernaiz, B.; Montejo Marcos, B.; Escalona Gil, A.M.; Sus Usero, J.; Balbuena Mejías, Y.; Molano Acosta, M.; Rodríguez Morán, C.; Santos Ortega, A.; González Prieto, A.; Sánchez-Villares Lorenzo, C. - *Hospital Universitario de Salamanca, España.*

Anamnesis: Lactante mujer de dos meses que acude al servicio de urgencias pediátricas por irritabilidad e inquietud de tres días de evolución, asociando una peor tolerancia a las tomas de alimentación mixta. Los padres refieren una disminución reciente de la diuresis y una toma al pecho y biberón dificultosa, asegurando una adecuada temperatura de la fórmula. Afebril en todo momento, sin vómitos ni alteraciones en las deposiciones. Como antecedentes, se trata de una recién nacida a término mediante cesárea por falta de progresión, con un peso al nacimiento de 3365 g. **Exploración clínica:** A la exploración física, presenta un buen estado general, manteniéndose activa, reactiva y normohidratada. A la inspección de la cavidad oral, se objetivan dos úlceras blanquecinas y redondeadas de aproximadamente 0,5x0,5 cm, situadas de forma bilateral en el tercio posterior del paladar. El resto de la exploración por aparatos, incluyendo la auscultación y palpación abdominal, no presenta hallazgos patológicos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Tras la visualización de las lesiones, se establece el diagnóstico clínico de aftas de Bednar. Se realiza una observación de la toma de fórmula en urgencias, comprobándose una buena tolerancia. El tratamiento consiste en medidas de soporte: administración de analgesia oral en caso de dolor y recomendaciones sobre la técnica de alimentación, sugiriendo la posición semiincorporada y evitar la fricción excesiva de la tetina contra el paladar. **Conclusiones:** Las aftas de Bednar son lesiones generalmente benignas, causadas por un traumatismo mecánico durante la succión. Aunque su incidencia puede alcanzar el 15,8 % en neonatos, a menudo son infradiagnosticadas. El diagnóstico es eminentemente clínico y no requiere pruebas complementarias. El manejo debe centrarse en la corrección de la técnica alimentaria y la analgesia, logrando habitualmente una resolución espontánea sin secuelas en pocas semanas.

MISCELÁNEA

PC-232 — ESCLEROSIS SISTÉMICA JUVENIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Descalzo Casado, A.; Cancio Dávila, L.; Domínguez García, A.; Sánchez Miranda, M.D.; González Caballero, O.; Núñez López, S.; Ballano Pérez, C.; López Rodríguez, A.; Trinidad Acedo, M.; Zarallo Reales, C.V. - *Hospital Materno Infantil de Badajoz, España.*

Anamnesis: Niño de 13 años con antecedentes familiares de madre con enfermedad de Graves-Basedow, hermana celiaca y abuela materna con artritis reumatoide. Se presenta con una historia de dificultad para la prensión de ambas manos en el último año, con dificultades para realizar actividades diarias, sin dolor ni tumefacción. Notan la piel más engrosada desde hace 3 años. Lesiones cutáneas hipopigmentadas en articulaciones metacarpofalángicas (MCF) en los últimos meses diagnosticado de vitíligo. Fenómeno de raynaud en invierno. No síntomas digestivos ni pulmonares ni oculares. **Exploración clínica:** Presenta piel engrosada, dura y atrófica con pérdida de pliegues fisiológicos en cuello. Telangiectasias faciales y en tronco. Esclerosis-induración cutánea proximal a articulaciones MCF y metatarsofalángicas, con dificultad para la prensión palmar. Esclerodactilia. Máculas hipocrómicas delimitadas en dorso de articulaciones interfalángicas proximales de manos. No calcinosis. Cianosis leve en zona distal de primer dedo de ambos pies. Lesiones secas en comisura bucal y comisura interna de párpados. Microquilia. No alopecia. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Limitación a extensión de ambos codos, muñecas y rodillas con flexo bilateral en reposo. Marcha normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Analítica sanguínea con autoinmunidad positiva para anticuerpos antinucleares 1/1280, anticuerpos antifibrilarina y anti-Ku. Resonancia magnética de mano normal. Tomografía computarizada de alta resolución torácica con moderada dilatación de esófago torácico. Ecografía abdominal con moderada esplenomegalia. Capilaroscopia con densidad capilar disminuida. Estudios oftalmológicos y cardiológicos normales. Ante hallazgos compatibles con esclerosis sistémica sin afectación visceral, se inicia tratamiento con corticoide sistémico, micofenolato mofetilo e infusiones de gammaglobulinas intravenosas. **Conclusiones:** La esclerosis sistémica juvenil es una enfermedad del tejido conectivo, autoinmunitaria y se caracteriza por fibrosis de la piel y otros órganos. Su diagnóstico se basa en criterios clínicos y anticuerpos específicos, siendo importante realizar una buena exploración de la piel y el sistema musculoesquelético. Dependiendo de la afectación orgánica, el tratamiento incluye corticoides, inmunosupresores y biológicos.

PC-233 — EL MISTERIO DE LAS MANCHAS DENTALES

Pérez Ortiz, D.; Tejero Pastor, L.; García Terrazas, A.; Dios Puebla, M.E.; Angulo Sánchez, V.; Bujedo Muñoz, A.; Marrón Alonso, M.; Clavijo Izquierdo, M.E.; Portillo Sanz, L.; Recalde Tabar, A. - *Hospital Universitario, Burgos, España.*

Anamnesis: La *black stain* (BS) es una pigmentación extrínseca caracterizada por líneas o puntos negros adheridos al tercio cervical de los dientes, especialmente los dientes centrales inferiores y superiores. Aunque la etiología es incierta, se relaciona con la actividad de bacterias cromógenas, principalmente *Actinomyces* y otros microorganismos, que reaccionan con el hierro presente en la saliva formando sulfuro férrico. Diversos estudios han descrito una menor prevalencia de caries en niños con BS, posiblemente relacionada con diferencias en la composición del biofilm oral. Se presenta el caso de una niña de 5 años sin antecedentes de interés con higiene oral y dieta adecuadas y líneas de color negro bien definidas en su dentición central sin dolor ni sensibilidad asociados. **Exploración clínica:** Se observan depósitos oscuros, de color negro, firmemente adheridos al esmalte, con distribución lineal paralela al margen gingival. Asintomática y no se asocia inflamación gingival. No caries ni otras enfermedades odontológicas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** El diagnóstico es clínico y debe diferenciarse de otras pigmentaciones extrínsecas (hierro, clorhexidina, hábitos alimentarios) e intrínsecas (fluorosis, alteraciones del esmalte). No suelen requerirse pruebas complementarias. El tratamiento consiste en limpieza dental profesional mediante pulido mecánico o ultrasonidos. La recurrencia es frecuente, por lo que se recomienda seguimiento odontológico periódico y refuerzo de las medidas de higiene bucodental. No existe evidencia que justifique el uso rutinario de antibióticos ni otros tratamientos específicos. **Conclusiones:** La *black stain* es una alteración benigna y frecuente en la infancia que puede generar preocupación estética en las familias. Su reconocimiento en Atención Primaria permite realizar un adecuado diagnóstico diferencial, evitar exploraciones innecesarias y orientar precozmente al paciente hacia atención odontológica para su manejo y seguimiento.

PC-234 — OBSERVACIÓN Y ÉXITO: MANEJO CONSERVADOR DE UN CUERPO EXTRAÑO RECTAL

Navarro Aragón, M.Á.; Cidoncha Fuertes, M.D.L.N.; Borrero Girón, S.; González Diego, D.; González Sánchez, M.D.C. - *Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.*

Anamnesis: Niña de 12 años que acude a urgencias por introducción voluntaria de un cuerpo extraño rectal. Como antecedentes personales presenta estreñimiento crónico sin tratamiento activo asociado a dificultad evacuatoria, por lo que se introduce un salero de madera, de una sola pieza y sin elementos punzantes. A su llegada se encuentra asintomática, sin dolor abdominal ni rectorragia. **Exploración clínica:** La paciente presenta buen estado general y estabilidad hemodinámica. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal ni distensión. Se palpan masas fecales en marco cólico izquierdo. Ano normoconfigurado sin lesiones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza radiografía simple de abdomen y pelvis en proyecciones anteroposterior y lateral, observándose cuerpo extraño cilíndrico de aproximadamente 6 × 4 centímetros en recto, con imagen radioopaca central. Ante la ausencia de signos de perforación, obstrucción intestinal o compromiso sistémico, se contacta con Cirugía Pediátrica. Se decide ingreso en observación, dieta absoluta y analítica preoperatoria, planteándose extracción diferida si no se producía expulsión espontánea. Horas después, la paciente expulsa el objeto sin incidencias, permaneciendo asintomática, sin dolor ni sangrado. Se consensua alta domiciliaria con vigilancia clínica. **Conclusiones:** Los cuerpos extraños rectales constituyen una entidad infrecuente en la edad pediátrica y su manejo no está protocolizado debido a la escasez de casos publicados. La evaluación inicial debe orientarse a identificar signos de perforación, obstrucción intestinal o lesión mucosa significativa, siendo la radiografía simple una herramienta diagnóstica fundamental. En pacientes estables con objetos romos, distales y sin signos de alarma, puede considerarse una actitud conservadora, dado que la mayoría de los casos evolucionan favorablemente con expulsión espontánea. La literatura pediátrica publicada describe resultados favorables con estrategias mínimamente invasivas y reserva la cirugía para casos complicados o con fracaso de evacuación rectal. Este caso refuerza la importancia de individualizar el tratamiento y considerar la expulsión espontánea en situaciones seleccionadas.

PC-235 — OJO CON LAS PUPILAS, ANISOCORIA EN EDAD PEDIÁTRICA

Suárez San Martín, S.; Torres León, A.; Pérez Neila, V.; García De Oteyza, M.; De la Sen De la Cruz, L.; Amorós, S. - *Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.*

Anamnesis: Lactante de 1 mes y 19 días acude a Urgencias derivado de Atención Primaria por anisocoria. La madre refiere haber objetivado en su domicilio asimetría pupilar en los últimos 3 días. No refiere traumatismos, alteraciones en la neuroconducta u otras alteraciones. Como antecedentes personales destaca un ingreso en Neonatología por prematuridad de 32+6 semanas, realizándose una ecografía transfontanelar durante el ingreso sin alteraciones. **Exploración clínica:** A la exploración, destaca una asimetría con midriasis arreactiva en ojo izquierdo. En este contexto se contacta con Oftalmología quienes objetivan a la exploración una pupila izquierda midriática casi en tu totalidad arreactiva, con corectopia en segmento

nasal inferior que impresiona de segmento atrófico; sin alteraciones a nivel de cristalino, retina, papila o mácula. Ojo derecho sin alteraciones. Resto de exploración física (incluyendo neurológica completa), normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Dentro del diagnóstico diferencial de la anisocoria con midriasis unilateral en pediatría se consideran entidades como anisocoria fisiológica (causa más frecuente), parálisis del III par craneal, glaucoma congénito, alteraciones anatómicas, traumatismos o causas farmacológicas. La historia clínica junto con la exploración de este caso orientan el diagnóstico hacia atrofia parcial de iris. Se encuentra actualmente en seguimiento en consultas externas de Oftalmología, sin tratamiento, y con revisiones anuales. **Conclusiones:** La anisocoria en pediatría es una entidad infrecuente pero que requiere una evaluación cuidadosa puesto que dentro de su diagnóstico diferencial se engloban causas potencialmente graves. La atrofia parcial de iris es la pérdida de tejido del estroma del iris, que puede ser congénita o secundaria a uveítis herpética, glaucoma congénito, traumatismos o síndromes de disgenesia del segmento anterior. Su relevancia reside en que, aunque puede aparecer aislado, frecuentemente se asocia a enfermedades subyacentes. Requiere seguimiento puesto que puede asociarse a glaucoma secundario, fotofobia o reducción de la agudeza visual.

PC-236 — CASO CLÍNICO: TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EXTENSA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON AGENESIA INFRARRENAL DE VENA CAVA INFERIOR

Vidigal Dolabella, S.; Torres León, A.; García de Oteyza, M.; Olcese Tocre, S.G. -
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Anamnesis: Niño de 11 años con antecedente de agenesia de vena cava inferior, sin profilaxis anticoagulante, que acudió a Urgencias por edema, dolor e impotencia funcional de ambos miembros inferiores de 48 horas de evolución. Asociaba febrícula, sin otra clínica infecciosa ni antecedentes traumáticos recientes. **Exploración clínica:** Presentaba palidez, edema bilateral de miembros inferiores con aumento de temperatura local, reticulación cutánea y dolor a la palpación superficial, con pulsos pedios y tibiales anteriores conservados. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó ecografía Doppler que confirmó trombosis venosa bilateral desde las venas femorales comunes hasta las venas ilíacas externas y comunes, además de trombosis de una dilatación sacular venosa intraabdominal. En la analítica destacaban hemoglobina de 11 g/dL (previa 14 g/dL), fibrinógeno de 650 mg/dL, dímero D de 4300 ng/mL y proteína C reactiva de 156 mg/L, con plaquetas normales. Se inició tratamiento con enoxaparina subcutánea (1 mg/kg cada 12 horas) y cefazolina intravenosa ante la sospecha de tromboflebitis. Los hemocultivos fueron negativos. Evolucionó favorablemente con disminución del edema y del dolor, recuperando la deambulación. Fue dado de alta a los cinco días con cefadroxilo oral durante seis semanas y anticoagulación con enoxaparina. El estudio de trombofilia fue negativo. En el seguimiento desarrolló circulación colateral abdominal y fatiga con la marcha, por lo que se optimizó la dosis de enoxaparina y se planteó transición a rivaroxabán comoanticoagulación crónica. **Conclusiones:** La agenesia de vena cava inferior es un factor de riesgo de trombosis venosa profunda bilateral en pacientes jóvenes. La sospecha clínica, la confirmación precoz mediante ecografía Doppler y el inicio inmediato de anticoagulación son fundamentales para prevenir complicaciones y mejorar el pronóstico, siendo necesario un seguimiento a largo plazo para valorar la anticoagulación mantenida.

NEUMOLOGÍA

PC-237 — NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO EN UN ESCOLAR: LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Zurschmitten Juárez, I.G.; Maadi Ahmed, S.; Cristophe -, B.L. -
CS El Ejido Sur, Almería, España.

Anamnesis: Escolar de 7 años con antecedente de trastorno del espectro autista que consulta en Atención Primaria por tos y mucosidad de varias semanas de evolución, en tratamiento con budesonida inhalada y medicación sintomática. Acude nuevamente por aparición brusca de dolor en región axilar izquierda, sin fiebre, dificultad respiratoria ni otra sintomatología asociada. Inicialmente no refiere traumatismo, aunque posteriormente comenta haber sufrido un empujón leve en el colegio con impacto sobre el hombro izquierdo. **Exploración clínica:** Presentaba buen estado general, adecuada hidratación y constantes vitales normales. No mostraba trabajo respiratorio ni taquipnea. La auscultación cardiopulmonar era normal. Como hallazgo relevante destacaba discreto eritema infraclavicular izquierdo con dolor a la palpación y crepitación subcutánea palpable en la cara lateral del hemitórax izquierdo. No se objetivaron adenopatías, exantema, hematomas ni limitación funcional del miembro superior izquierdo. Ante la presencia de crepitación subcutánea y la ausencia de hallazgos musculoesqueléticos que justificaran la clínica, se sospechó enfisema subcutáneo torácico y se decidió derivación a Hospital de Poniente en Almería para ampliar estudio. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La radiografía de tórax mostró enfisema subcutáneo de predominio izquierdo asociado a neumomediastino, sin evidencia de neumotórax. El paciente ingresó en observación pediátrica para vigilancia clínica y tratamiento sintomático. Se realizó PCR respiratoria múltiple, con resultado positivo para Virus Respiratorio Sincitial, Rinovirus y Enterovirus. La evolución fue favorable, sin deterioro respiratorio ni aparición de complicaciones, permitiendo manejo conservador. **Conclusiones:** El neumomediastino espontáneo es una entidad poco frecuente en Pediatría, generalmente relacionada con aumento de la presión intratorácica secundario a tos intensa. La exploración física cuidadosa y la identificación de crepitación subcutánea permitieron la sospecha diagnóstica desde Atención Primaria y su adecuada derivación. Este caso destaca la importancia del examen clínico en cuadros respiratorios aparentemente banales y la posible asociación con coinfección viral respiratoria múltiple.

PC-238 — ¿ABDOMEN AGUDO U OTRA COSA?

Valencia Santos Santos, N.[1]; Acuña, F.[2]; Alcalde, L.[1]; Martínez-Catena, M.E.[1]; González, M.[1]; Jimeno, S.[2]; Labourt, A.[2]; Calle, A.[1]; Llana, I.[2]; Pérez-Piaya, M.R.[1]. - [1]*HM Montepríncipe, Boadilla del Monte, Madrid, España;* [2]*HM Puerta del Sur, Móstoles, Madrid, España.*

Anamnesis: Lactante de 11 meses, previamente sano, con antecedente de ingreso previo por ITU y vacunación completa, consulta en Urgencias por fiebre de 4 días de evolución, y vómitos recientes sin tolerancia oral posterior. Asocia mucosidad leve, sin tos ni dificultad respiratoria. La familia refiere mal olor de la orina. **Exploración clínica:** A su llegada presenta fiebre de 38,4 ºC, taquicardia de 186 lpm y saturación de oxígeno del 99 %. TEP estable, con buen estado general inicial, normoperfundido y normohidratado. Auscultación pulmonar y cardíaca normales, sin ruidos patológicos ni signos de dificultad respiratoria. Abdomen blando y depresible, aunque con impresión de doloroso generalizado, sin masas, megalias ni signos claros de irritación peritoneal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** El sistemático de orina fue normal. En la analítica destacaban leucocitosis con neutrofilia, PCR de 152 mg/L y procalcitonina de 0,54 ng/mL. Se dejó en observación en urgencias donde persistieron vómitos, decaimiento, palidez y taquicardia mantenida pese a antitérmicos, analgesia y fluidoterapia. Ante la sospecha de abdomen agudo se realizó ecografía abdominal por radiólogo de adultos, descartándose invaginación. Ante empeoramiento y taquicardia mantenida se inició ceftriaxona intravenosa. Previo al traslado para valoración por radiología pediátrica y pese a auscultación normal y saturación conservada, se completó el estudio con radiografía de tórax, evidenciándose neumonía derecha con derrame pleural. Fue trasladado a UCIP, donde precisó toracocentesis y drenaje pleural con evolución favorable posterior. **Conclusiones:** La clínica de una neumonía en lactantes puede ser inespecífica y, en ocasiones, incluir manifestaciones digestivas como vómitos o dolor abdominal, aun sin signos respiratorios iniciales claros. Ante un lactante febril con dolor abdominal, reactantes inflamatorios elevados y evolución tórpida, debe considerarse la patología respiratoria dentro del diagnóstico diferencial. La radiografía de tórax puede resultar decisiva cuando la exploración inicial no identifica un foco evidente.

PC-239 — NO TODA DISNEA CON EL EJERCICIO ES ASMA: EL VALOR DE LA ANAMNESIS

Carbonnier Pérez, B.; García García, R.M.; Salazar García, M.D.C.; Morales Cámara, I.; Ordóñez Caballero, M.D.L.C.; González Albalate, A.; Copado Mozos, C.M.; Fresneda Machado, M.D.C.; Anaya Barea, F.M.; García Cabezas, M.Á. - *Hospital General Universitario, Ciudad Real, España.*

Anamnesis: Niño de 13 años y niña de 12 años derivados a Neumología Infantil por síntomas respiratorios en relación al ejercicio. El niño refiere 5-6 episodios de disnea tras ejercicio intenso, que duran 1 hora, desde hace 2 meses; en una ocasión con opresión torácica, parestesias en piernas y mareo. La niña cuenta 3-4 episodios de sensación de falta de aire tras el ejercicio en el último año, de unos 20 minutos de duración; asociando en una hiperventilación con parestesias en manos y pies. Ninguno refiere estridor, palpitaciones, taquicardia ni síntomas respiratorios en reposo. **Exploración clínica:** Ambos presentan exploración física y constantes normales. **Procedimiento diagnóstico:** Ambos presentaron radiografía de tórax, analítica (hemograma, bioquímica, inmunoglobulinas, alfa-1-antitripsina, vitamina D), espirometría y estudio cardiológico normal. La inmunoglobulina E específica de la niña fue positiva a ciertos neumoalérgenos. Se realizó el test de broncoprovocación con ejercicio siendo positivo para el niño y negativo en la niña. Procedimiento terapéutico: Usar una bolsa para respirar si mareo o parestesias. Al niño también se le pautó budesonida-formoterol (160/4,5 mcg) 1 inhalación si clínica respiratoria, pudiendo utilizarlo previo al ejercicio. En la niña se pidió valoración por Psiquiatría Infantil por mayor componente ansioso. **Conclusiones:** Se diagnosticó a ambos de síndrome de hiperventilación, y al niño de asma inducido por el ejercicio. El síndrome de hiperventilación es un patrón respiratorio anormal en el cual el paciente presenta disnea, que puede asociar inquietud, entumecimiento de boca, manos y pies, desconcentración... sin alteraciones cardiopulmonares objetivables. Puede simular asma o coexistir con él, pudiendo reportarse un peor falso control del asma. No hay pruebas diagnósticas concluyentes, siendo fundamental una anamnesis exhaustiva, incidiendo en otros síntomas como parestesias, mareos, dolor torácico... No existe tratamiento específico. La fisioterapia respiratoria y la psicoterapia pueden ayudar. Se recomienda usar una bolsa para respirar, para acortar los episodios.

NEUROLOGÍA

PC-240 — UN MECHÓN DE PELO, UNA PISTA OCULTA

Recalde Tabar, A.[1]; Mañaricua Arnaiz, A.[2]; Pérez Ortiz, D.[1]; Clavijo Izquierdo, M.E.[1]; García Terrazas, A.[1]; Prieto Domínguez, C.[1]; Angulo Sánchez, V.[1]; Bujedo Muñoz, A.[1]; Portillo Sanz, L.[1]; Marrón Alonso, M.[1]. - [1]*Hospital Universitario, Burgos, España;* [2]*CS Aranda Sur, Aranda de Duero, Burgos, España.*

Anamnesis: Niño de 7 años sin antecedentes relevantes que consulta por hipertricosis localizada en región lumbosacra, motivo inicial de valoración por dermatología privada. Asintomático desde el punto de vista neurológico, urológico y digestivo. **Exploración clínica:** Se objetiva a la exploración física aumento de vellosidad localizado a nivel lumbosacro, sin otros estigmas cutáneos asociados. Exploración neurológica de extremidades inferiores, reflejos osteotendinosos y esfínteres normales. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza una primera radiografía lumbosacra que muestra hallazgos dudosos de espina bífica oculta y se completa estudio con ecografía de columna, en la que se evidencia falta de fusión de apófisis espinosas L5-S1, sin tumoraciones sólidas ni quísticas, ni fístulas ni meningocele asociadas. Dado que el paciente permanece asintomático y los estudios de imagen descartan afectación medular o de partes blandas se opta por manejo conservador con seguimiento clínico-evolutivo y se informa a la familia sobre signos de alarma a vigilar. **Conclusiones:** Los estigmas cutáneos lumbosacros deben alertarnos sobre la posible existencia de disrafismo espinal oculto, incluso en ausencia de sintomatología neutológica. Su reconocimiento precoz permite un abordaje diagnóstico dirigido y evita tanto el infradiagnóstico como la sobreactuación en pacientes asintomáticos. La hipertricosis localizada, aunque resulta infrecuente, constituye un signo cutáneo de alto valor predictivo que no debe pasarse por alto en la exploración física pediátrica de rutina.

PC-241 — MIELITIS TRANSVERSA EN LA INFANCIA: CLAVES PARA UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

Obando Pacheco, J.; Orozco Marín, M.; Muñoz Torres, M.; Montero Valladares, C. - *Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.*

Anamnesis: La mielitis transversa (MT) es un síndrome medular inflamatorio con manifestaciones motoras, sensitivas y disautonómicas agudas. Se diferenciará de otras desmielinizantes como el *Guillain-Barré*, por su clínica de primera motoneurona. Se denomina transversa por la afectación sensitiva en banda. Puede ser por causa infecciosa, tóxica, inmunomediada. Presentamos un caso: Paciente varón de 12 años que acudió a urgencias por impotencia funcional de miembros inferiores (MMII) de una hora de evolución, con inestabilidad y parestesias. Se encontraba afebril y negaba cuadro infeccioso en las semanas previas. Durante su estancia en urgencias presenta empeoramiento rápido, con mayor pérdida de fuerza, hipoestesia, dolor y desarrollo de globo vesical. Ante esta progresión se decidió ingreso en UCI. **Exploración clínica:** A la exploración presentaba déficit motor en varios grupos musculares de MID, más marcado en isquiotibiales y peroneos, con MMII mayormente conservado. Reflejos osteotendinosos de MMII vivos con clonus aquíleo derecho no agotable. Hipoalgesia e hipoestesia bilateral. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La resonancia magnética (RMN) de columna y el líquido cefalorraquídeo (LCR) fueron normales. En la RMN posterior a la semana, se observó aumento de la señal en T2 y STIR, desde T2 a T7, ocupando 2/3 de la sección transversal medular. Durante su ingreso recibió megabolos de corticoides intravenosos (1g/día) durante 5 días, con evolución rápidamente favorable. Posteriormente, siguió con corticoterapia oral, mantenida hasta el alta. **Conclusiones:** En resumen, la MT es una patología con clínica aguda severa, y rápidamente progresiva. Es fundamental un diagnóstico precoz basado en la exploración neurológica, y RMN para descartar patología compresiva inicialmente, y posteriormente confirmar diagnóstico y extensión. Para clasificarla, el estudio de bandas oligoclonales y anticuerpos específicos (antiacuaporina y antimielina de oligodendrocitos) en LCR es fundamental. Los pacientes requerirán habitualmente un seguimiento prolongado, ya que pueden incluso recidivar o no llegar a recuperar su función normal.

PC-242 — "DOCTOR, MI HIJO TIENE LA PUPILA DILATADA": CUANDO LA ALARMA NO SIEMPRE ES GRAVE

Sánchez Hernández, M.; Álvarez Martínez, E.; Ammari López, A.; Cobacho Pérez, C.; Carrillo Huertas, M.; Taleb Ngadi, Y.; Hernández Vera, M.J. - *Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España.*

Anamnesis: Caso 1: Adolescente varón de 12 años que acude a Urgencias por midriasis de inicio brusco de ojo izquierdo asociada a molestias oculares, sin cefalea ni otra sintomatología acompañante. Antecedente de episodio similar autolimitado una semana antes. Afebril y con buen estado general. La madre refiere cuadro catarral reciente tratado con broncodilatadores inhalados (propionato de fluticasona y bromuro de ipratropio). **Caso 2:** Escolar de 6 años que acude por pérdida de visión en ojo derecho y midriasis desde la mañana. Asocia cefalea frontal leve, fotofobia y sonofobia, sin fiebre ni otra focalidad neurológica. **Exploración clínica: Caso 1:** Anisocoria con midriasis izquierda arreactiva, movimientos oculares conservados y resto del examen neurológico normal. **Caso 2:** Anisocoria derecha con pupila midriática fija, reflejo consensuado derecho ausente e izquierdo conservado y movimientos oculares normales. Fondo de ojo sin alteraciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Caso 1:** TAC craneal y valoración oftalmológica sin hallazgos patológicos. Se decide ingreso para estudio, orientándose finalmente como midriasis unilateral beningna (MUBE) relacionada con exposición a fármacos anticolinérgicos inhalados. **Caso 2:** Analítica, tóxicos en orina y TC craneal normales. Oftalmología descarta patología estructural y

recomienda RM cerebral para ampliar estudio. La evolución es favorable, orientándose como un episodio autolimitado compatible con MUBE **Conclusiones:** La MUBE es una causa poco frecuente y habitualmente benigna de anisocoria transitoria, más prevalente en mujeres jóvenes, aunque puede presentarse también en edad pediátrica. Su diagnóstico es de exclusión, tras descartar causas graves como aneurisma de la arteria comunicante posterior, neuropatía del III par craneal, síndrome de Adie o exposición a fármacos midriáticos. La MUBE es una entidad cuyo mecanismo fisiopatológico no está claramente definido, proponiéndose como hipótesis una hiperactividad del sistema nervioso simpático o una hipoactividad del parasimpático Ambos casos subrayan la importancia de una correcta anamnesis y exploración neurológica y oftalmológica, permitiendo orientar el diagnóstico.

PC-243 — SÍNDROME DE RETT ATÍPICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Hernández Vera, M.J.; Saura Pérez, I.; Esparza Pérez, T.; Fernández Pérez, M.; Ruiz Casas, C.; Moreno Méndez, A.; Navarro Gómez, M.; Ammari López, A.; Sánchez Hernández, M.; Caballero Caballero, J.M. - *Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España.*

Anamnesis: Escolar mujer de 7 años remitida a consultas de neuropediatría por déficit cognitivo leve, problemas de sociabilidad y conducta. Desarrollo psicomotor percibido como normal por la familia hasta los 4 años, cuando empiezan a percibir retraso y dificultades en aprendizaje con respecto a sus iguales. También observan desde siempre torpeza a nivel motor grueso. **Exploración clínica:** Exploración física y neurológica normal. Marcha normal, pero no consigue realizar tándem ni monopodal. Actitud infantil. Lenguaje conservado adecuado para su edad. Realiza estereotipias de lavado de manos e hiperventilación cuando se encuentra más nerviosa. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - Analítica general con perfil hepático, renal, tiroideo y creatin cinasa: normales- CGH-Array: normal- Secuenciación gen MECP2: heterocigosis de la variante c.401C > G (p.Ser134Cys) en el gen MECP2 - Estudio progenitores gen MECP2: normal- Resonancia magnética cerebral: normal- Electroencefalograma estándar: normal **Conclusiones:** Existen formas atípicas del Síndrome de Rett que no cumplen todos los criterios clínicos mayores. Es importante sospechar estas formas atípicas en mujeres con trastornos del neurodesarrollo progresivos con el fin de establecer un diagnóstico precoz, hacer un seguimiento estrecho y vigilar las distintas comorbilidades tanto a nivel neurológico como de otros sistemas o aparatos que puedan aparecer evolutivamente. También es interesante de cara a las nuevas terapias en investigación dirigidas a mejorar la evolución y la calidad de vida de las niñas con Síndrome de Rett y sus familias.

PC-244 — ¿Y SI NO SON SOLO TICS?

Agüera Nevado, C.; Ruiz Moreno, M.; González de Zárate Lorente, A.; García Cuenca, A.; San José Alonso, M.; Gutiérrez Segovia, I.; Fernández Martínez, I.; Navarro López, I.J. - *Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España.*

Anamnesis: El síndrome neuropsiquiátrico pediátrico asociado a estreptococo (PANDAS) constituye una entidad poco frecuente caracterizada por la aparición brusca de tics o síntomas obsesivo-compulsivos tras una infección estreptocócica. Su diagnóstico es clínico y requiere excluir otras causas neurológicas. Niño de 7 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por movimientos repetitivos de desviación conjugada de la mirada y de la cabeza, de inicio brusco y evolución progresiva a lo largo de 24 horas. Asociaba prurito ocular y nasal en contexto de cuadro catarral reciente, sin fiebre ni otra sintomatología. **Exploración clínica:** En exploración física se objetivaron episodios breves de desviación de la mirada con inclinación cefálica hacia el mismo lado, junto con parpadeo repetitivo, con resto de exploración normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó estudio analítico con hemograma, bioquímica, proteína C reactiva, hormonas tiroideas, autoinmunidad, inmunoglobulinas, ferritina y serologías, sin hallazgos relevantes. El cribado de tóxicos en orina y el estudio de virus respiratorios fueron negativos. El test rápido para estreptococo fue negativo, aunque el título de anticuerpos antiestreptolisina O (ASLO) fue de 456 UI/ml (rango de normalidad < 200 UI/ml). Ante la clínica y la elevación de ASLO, se estableció la sospecha de PANDAS y se inició tratamiento con azitromicina. Seguimiento posterior por neuropediatría, donde se objetivó disminución progresiva de los síntomas hasta desaparición casi completa tras finalizar el tratamiento. **Conclusiones:** El diagnóstico diferencial del síndrome PANDAS incluye crisis epilépticas focales, distonías agudas, opsoclono, alteraciones oculomotoras, intoxicaciones y trastornos primarios por tics. El PANDAS es una entidad controvertida, cuyo diagnóstico se basa en criterios clínicos, relación temporal con infección estreptocócica y exclusión de otras etiologías. La aparición brusca de tics obliga a descartar patología neurológica urgente. Aunque es una entidad infrecuente, el PANDAS debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial cuando existe evidencia de infección estreptocócica reciente, permitiendo un abordaje y seguimiento adecuados.

PC-245 — LA EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DEL SUEÑO EN LA CEFALEA CRÓNICA DEL ADOLESCENTE: UNA HERRAMIENTA PARA EVITAR TRATAMIENTOS INNECESARIOS

Jarauta Sánchez, I.; Ibáñez Rubio, S.; Iglesias Rodríguez, M.; García De La Cruz, M.; Brizuela Delgado, J.; Altuzarra Foncea, Y.; Salva Arteaga, M. - *Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España.*

Anamnesis: Adolescente de 13 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, evaluada por cefalea frontal bilateral de carácter opresivo de varios meses de evolución. En los dos meses previos presentó incremento progresivo de la frecuencia hasta hacerse casi diaria, asociada a sonofobia, disminución del rendimiento académico y dificultades atencionales. Refería consumo de analgesia más de 15 días al mes. **Exploración clínica:** La exploración neurológica y oftalmológica, incluyendo fondo de ojo y determinación de la presión arterial, no mostró alteraciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Tras respuesta insuficiente a profilaxis con flunarizina, se realizó una valoración específica del sueño mediante la escala de Bruni, con puntuación total patológica de 45 puntos y afectación predominante de los subíndices de inicio y mantenimiento del sueño, así como de somnolencia diurna excesiva. La agenda de sueño evidenció latencia superior a dos horas, despertares nocturnos frecuentes y uso habitual del teléfono móvil antes de dormir y al despertar. Se identificaron además hábitos desfavorables, como cena tardía seguida de acostarse y escasa actividad física. Se indicó suspensión de analgesia salvo necesidad excepcional y se pautaron medidas higiénico-dietéticas, sin recomendar melatonina inicialmente. A los tres meses se constató mejoría clínica significativa, con reducción de la frecuencia e intensidad de las cefaleas, normalización subjetiva de la calidad del sueño y recuperación del rendimiento académico. **Conclusiones:** La evaluación sistemática del sueño en Atención Primaria constituye una herramienta relevante en el abordaje de la cefalea crónica en adolescentes. La detección y corrección de hábitos de sueño inadecuados puede mejorar la evolución clínica, reducir el riesgo de cronificación y evitar el uso excesivo de analgésicos. En este caso, la intervención higiénico-dietética fue suficiente, sin necesidad de tratamiento farmacológico adicional.

NEUROLOGÍA, MIOPATÍAS

PC-246 — LACTANTE CON HIPOTONÍA Y SOPLO, ¿QUÉ DEBEMOS SOSPECHAR?

Sánchez Salgado, J.; Jiménez Algarra, I.; Ruiz Castillo, A.; Ángeles Rodríguez, R.; Guerrero Romero, A.B. - *Hospital Regional Universitario de Málaga, España.*

Anamnesis: Lactante varón de 6 meses, sin antecedentes personales de interés ni consanguinidad en la familia. El resultado del cribado neonatal (Andalucía) era normal. Consulta por dificultad respiratoria en contexto de infección de vías altas, afebril. La madre refiere una disminución progresiva de la movilidad en los últimos dos meses, con pérdida de

adquisiciones motoras, cansancio con las tomas, escasa ingesta oral e incluso pérdida ponderal. **Exploración clínica:** En la exploración destaca un aspecto de desnutrición leve, dificultad respiratoria con tiraje, ritmo de galope, hipotonía global severa, debilidad muscular, actitud en libro abierto, ausencia de sostén cefálico, arreflexia y menor movilidad espontánea, más evidente en miembros inferiores. No se ven fasciculaciones linguales ni rasgos dismórficos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza una radiografía de tórax en la que destaca una cardiomegalia sin alteración del parénquima pulmonar. En la analítica se ve una elevación de las transaminasas y una creatina quinasa (CK) de 848 U/L. Se realiza un ECG con un intervalo PR corto y ondas T invertidas. En el ecocardiograma se visualizan datos compatibles con una miocardiopatía hipertrófica concéntrica severa con disfunción ventricular izquierda leve. Se solicita una muestra en sangre seca, donde se ve una actividad de AA deficiente. Se completa el estudio con una biopsia muscular con fibras con inclusiones sarcoplásmicas eosinófilas tipo cuerpos citoplasmáticos. Posteriormente, el estudio genético confirmó variantes patogénicas en heterocigosis compuesta en el gen GAA. **Conclusiones:** La enfermedad de Pompe, o glucogenosis tipo II, es una enfermedad lisosomal autosómica recesiva causada por déficit de alfa-glucosidasa ácida (GAA) en la que existe una acumulación de glucógeno principalmente en el músculo esquelético, respiratorio y cardiaco. En su forma infantil puede manifestarse con hipotonía, fallo de medro, dificultad respiratoria y miocardiopatía hipertrófica. Nuestro caso destaca la importancia de sospecharla, ya que el diagnóstico precoz permite iniciar terapia de sustitución enzimática y modificar el pronóstico.

ORTOPEDIA, APARATO LOCOMOTOR

PC-247 — NO TODO SÍNDROME CONSTITUCIONAL CONLLEVA MALIGNIDAD

Chaverri Repáraz, C.M.; Alonso Marín, A.; Carrera Abad, R.; Rubio Artiga, I.; armanac cadenas, C.; Fernández de quincoces Gil, M. - *Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.*

Anamnesis: Adolescente de 14 años valorada inicialmente en Atención Primaria por dolor progresivo de cadera derecha de 6 meses de evolución, con cojera, limitación funcional y empeoramiento nocturno del dolor, llegando a despertarle por la noche. Afebril en todo momento. Asociaba pérdida ponderal de 12 kilogramos en ese periodo, dolor abdominal intermitente y aumento de la frecuencia miccional. Ante la persistencia del dolor y deterioro funcional, fue derivada para estudio hospitalario. **Exploración clínica:** Buen aspecto general. Abdomen blando y depresible, sin masas ni hepatoesplenomegalia. No adenopatías. Dolor intenso a la palpación y movilización de cadera derecha, con limitación de la rotación, flexión y abducción, así como irradiación ocasional a rodilla derecha. Fuerza y sensibilidad conservadas, con leve cojera. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Analíticamente no presentaba leucocitosis ni elevación significativa de reactantes inflamatorios. Tras valoración conjunta con Traumatología, la resonancia magnética mostró una lesión inicialmente compatible con osteomielitis acetabular o artritis séptica, por lo que se decidió ingreso para completar estudio y tratamiento con antibioterapia intravenosa. Ante la ausencia de mejoría clínica, se realizó una valoración multidisciplinar con Traumatología, Radiología, Infectología y Reumatología Pediátrica, ampliándose el diagnóstico diferencial. La mejoría clínica tras iniciar indometacina orientó hacia patología tumoral benigna. Se realizó una tomografía por emisión de positrones que mostró una lesión lítica subcondral acetabular derecha bien delimitada. Finalmente, se realizó biopsia ósea guiada por tomografía computarizada con ablación simultánea. El estudio anatomopatológico confirmó osteoma osteoide acetabular. **Conclusiones:** El osteoma osteoide intraarticular es una causa infrecuente de dolor de cadera en la población pediátrica y puede simular procesos infecciosos o inflamatorios, retrasando el diagnóstico. La presencia de dolor nocturno y respuesta favorable a antiinflamatorios no esteroideos constituyen datos clínicos orientadores. Su presentación intraarticular suele asociar hallazgos radiológicos sutiles y retraso diagnóstico respecto a localizaciones extraarticulares, lo que refuerza la importancia de la derivación precoz desde Atención Primaria.

PC-248 — DOLOR CRÓNICO Y LIMITACIÓN FUNCIONAL EN CODO. MALFORMACIONES VASCULARES EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Marrón Alonso, M.; Urquiza Físico, J.L.; Pérez Ortiz, D.; Miras Veiga, A.; García Terrazas, A.; Prieto Domínguez, C.; Angulo Sánchez, V.; Recalde Tabar, A.; Bujedo Muñoz, A.; Clavijo Izquierdo, M.E. - *Hospital Universitario, Burgos, España.*

Introducción: Las malformaciones vasculares son anomalías congénitas del desarrollo vascular, siendo las venosas el tipo más frecuente. Cursan con dolor sordo y persistente, sensación de pesadez y tumefacción fluctuante. Aquellas que se localizan en planos profundos suelen carecer de afectación cutánea, dificultando y retrasando el diagnóstico. CASO CLÍNICO: Niño de 8 años, sin antecedentes personales de interés, con cuadro de dolor crónico intermitente en codo y antebrazo derecho que cede parcialmente con analgesia, tumefacción y limitación para la pronosupinación y la extensión. Las infecciones intercurrentes acentúan la sintomatología. Afebril. No eritema, edema ni calor local. No antecedente traumático previo. No afectación de otra articulación. **Exploración clínica:** A la exploración presenta tumefacción de región lateral de antebrazo derecho y limitación para la pronosupinación y la extensión en últimos grados. Flexión conservada no dolorosa. No dolor a la palpación de olecranon, epicóndilo, epitróclea ni cabeza del radio. No erosiones superficiales, lesiones cutáneas, hematomas ni deformidad. No alteraciones de fuerza ni sensibilidad. Neurovascular distal conservado. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizan radiografía anteroposterior y lateral de brazo y ecografía de codo sin hallazgos significativos. En la resonancia magnética se evidencia malformación vascular de bajo flujo (venosa vs combinada), braquial y en mayor medida antebraquial, de disposición intramuscular (donde predomina; afectando principalmente a supinador y extensores, siendo menor su extensión al compartimento flexor) y con extensión intraósea (radial y cubital). Se realiza interconsulta a cirugía plástica para valorar tratamiento con escleroterapia y se deriva a comité de malformaciones. **Conclusiones**: Las malformaciones venosas profundas deben incluirse en el diagnóstico diferencial del dolor musculoesquelético crónico pediátrico, especialmente si se acentúa con infecciones. La resonancia magnética es el *gold standard* para el diagnóstico y requieren un abordaje multidisciplinar, siendo la escleroterapia percutánea el tratamiento de elección.

PAIDOPSIQUIATRÍA

PC-249 — ALTERACIÓN CONDUCTUAL SUBAGUDA EN UN PREESCOLAR: UN RETO DIAGNÓSTICO MULTIDISCIPLINAR

Cruz Falceto, V.[1]; El Ars Jannah, M.[1]; Azuara Robles, M.[1]; Moreira Martínez, M.M.[1]; Colom Balaña, A.[2]; Méndez Hernández, M.[1]. - [1]*Hospital Germans Trias i Pujol, Barcelona, España;* [2]*Centro de Atención Primaria Sant Roc, Badalona, Barcelona, España.*

Anamnesis: Paciente de 5 años sin antecedentes relevantes que es derivado por su pediatra de atención primaria a urgencias hospitalarias por un cambio en la conducta con aparición de soliloquios, risa inapropiada, hiperalerta, miedo, agresividad e insomnio de un mes de evolución. Presentaba un desarrollo neuroconductual y social normal hasta el momento actual, sin alteraciones del sueño. Los padres habían consultado en repetidas ocasiones durante el último mes por la clínica progresiva, siendo el cambio conductual corroborado por el centro escolar. **Exploración clínica:** En urgencias presenta una exploración física y neurológica anodina, sin focalidades. A nivel psicopatológico se observa fluctuación de la clínica, con hiperalerta, ansiedad, miedo, baja tolerancia a la frustración y episodios de desregulación conductual. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza estudio toxicológico en orina, con resultado negativo. Asimismo, fondo de ojo, tomografía computarizada

craneal y analítica sanguínea que no muestran alteraciones significativas. Se consensúa ingreso dónde es valorado por neurología indicando electroencefalograma y resonancia magnética normales, y por psiquiatría observando una clínica similar a la descrita en urgencias. Además se detecta un patrón de abuso de pantallas y consumo de contenido audiovisual violento sin supervisión parental. Se orienta inicialmente como alteración conductual aguda de etiología no filiada, siendo las principales sospechas diagnósticas un trastorno psicótico atípico de inicio precoz o un trastorno del neurodesarrollo pendiente de caracterización. Se da de alta en tratamiento con risperidona y control estrecho por psiquiatría y neurología. **Conclusiones:** La aparición de alteraciones conductuales de inicio agudo o subagudo en la infancia requiere una evaluación diagnóstica exhaustiva para descartar patología neurológica o psiquiátrica grave. Debe destacarse el papel fundamental del pediatra de Atención Primaria en la detección precoz, así como su función de nexo con el ámbito hospitalario para garantizar un abordaje multidisciplinar y la adecuada realización de pruebas complementarias.

PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA

PC-250 — COLELITIASIS ASINTOMÁTICA EN EL LACTANTE: MANEJO YCONTROVERSIAS TERAPÉUTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Baeza Monedero, V.[1]; Vigara Calderón, R.[1]; Maco Vásquez, K.[2]. -
[1]*CS Villablanca, Madrid, España;* [2]*CS Ensanche de Vallecas, Madrid, España.*

Introducción: La colelitiasis pediátrica hace referencia a la formación de cálculos en el sistema biliar. Su prevalencia en la población pediátrica se sitúa entre el 0,1 % y 2 %. Aunque cada vez se diagnostica con mayor frecuencia, sigue estando poco estudiada y las estrategias terapéuticas empleadas no están completamente esclarecidas. Este trabajo describe, a partir de un caso clínico, los criterios de manejo en atención primaria, seguimiento y controversias sobre tratamiento o actitud expectante. **Anamnesis:** Lactante de 18 meses sin clínica digestiva, sin episodios de dolor abdominal, vómitos ni ictericia, con hallazgo incidental de colelitiasis en una ecografía realizada por seguimiento de patología renal. **Exploración clínica:** Buen estado general, abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni visceromegalias y sin signos de ictericia cutáneo-mucosa. **Diagnóstico:** Ecografía abdominal realizada a la lactante a los 12 meses de edad, en la que objetiva de forma incidental, en la vesícula biliar, la presencia de cinco imágenes hiperecogénicas con sombra acústica posterior, compatibles con cálculos biliares. Estos se localizan en el fondo vesicular, ocupando un área aproximada de 5mm. **Terapéutica y seguimiento:** Tras el diagnóstico, se inició un abordaje conservador, solicitando analítica completa (con perfil hepático y bilirrubina), resultando todos los parámetros dentro de la normalidad. Se descartaron otras causas. Se decidió una conducta expectante (frente al uso de ácido ursodesoxicólico), dada la ausencia de clínica. Se estableció seguimiento ecográfico semestral y educación a los progenitores para la identificación precoz de signos y síntomas clínicos. **Conclusión:** La colelitiasis pediátrica requiere más estudios específicos para su adecuado diagnóstico y tratamiento en lactantes. Literatura reciente afirma que, en ausencia de síntomas, los lactantes pueden ser monitorizados clínicamente, sin necesidad de emplear tratamientos farmacológicos como ácido ursodesoxicólico, más indicado en aquellos pacientes sintomáticos con contraindicación para la cirugía o para reducir los síntomas clínicos.

PC-251 — DEBUT DIABÉTICO DETECTADO EN UN LACTANTE

García Cuenca, A.[1]; Gómez Roca, P.[2]; Agüera Nevado, C.[1]; Ruiz Moreno, M.[1]; San José Alonso, M.[1]; Madrigal Terrazas, A.I.[2]. -
[1]*Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España;* [2]*CS Rosa de Luxemburgo, Fuenlabrada, Madrid, España.*

Anamnesis: Lactante varón de ocho meses que acudió a consulta de Atención Primaria por irritabilidad progresiva y despertares nocturnos frecuentes de varios días de evolución. Los padres referían además aumento llamativo de la ingesta de agua y poliuria. No presentaba fiebre, vómitos ni otra sintomatología asociada. **Exploración clínica:** El paciente presentaba buen estado general, con exploración física sin hallazgos patológicos relevantes. Ante la combinación de irritabilidad, polidipsia y poliuria se planteó la posibilidad de una alteración metabólica. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizó tira reactiva de orina en consulta, objetivándose glucosuria y cetonuria intensas. La determinación de glucemia capilar mostró cifras superiores a 400 mg/dL, por lo que se derivó de forma urgente al hospital. En Urgencias Pediátricas se confirmó hiperglucemia grave, con glucemias entre 559 y 569 mg/dL, cetonemia de 2,6 mmol/L y acidosis metabólica leve (pH 7,32; bicarbonato 18,5 mmol/L). Se diagnosticó debut de diabetes mellitus tipo 1 y se inició tratamiento con fluidoterapia e insulinoterapia, precisando ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos para monitorización y control metabólico. **Conclusiones:** La diabetes mellitus tipo 1 en menores de un año es una entidad poco frecuente cuyo diagnóstico puede retrasarse debido a la inespecificidad de los síntomas iniciales. Las series publicadas describen una elevada proporción de pacientes que debutan con cetoacidosis diabética. Este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha ante síntomas como polidipsia, poliuria o irritabilidad en lactantes. La realización de pruebas sencillas y accesibles en Atención Primaria, como la glucemia capilar y la tira reactiva de orina, puede permitir un diagnóstico precoz y disminuir las complicaciones asociadas al debut diabético

PC-252 — CUANDO LA UÑA ENGAÑA: RETO DIAGNÓSTICO EN LA ONICODISTROFIA PEDIÁTRICA

Paíno Román, M.[1]; Blanco Rodríguez, P.[1]; Martín Galán, E.[1]; García Sánchez, M.[1]; Cebrián Soria, P.[1]; González Fernández, I.[1]; Izquierdo García, I.[1]; Alonso Díaz, J.[2]. -
[1]*Hospital Universitario, Salamanca, España;*
[2]*CS Garrido Sur, Salamanca, España.*

Anamnesis: Varón de 13 años que consulta en su Centro de Salud por onicodistrofia bilateral en ambos pies de dos años de evolución, asociada a lesiones plantares de varios meses de evolución. No refería dolor, prurito, fragilidad ungueal, mal olor ni sintomatología sistémica. Presentaba adecuado cambio de calzado. Como antecedente relevante, practicaba artes marciales mixtas desde hacía tres años, con probable exposición a microtraumatismos repetidos. Refería antecedentes familiares de alteraciones ungueales similares en abuelo y bisabuela paternos. **Exploración clínica:** La exploración física evidenció uñas amarillentas e hiperqueratósicas en ambos pies, con afectación predominante del primer dedo del pie derecho, que presentaba marcada distrofia, engrosamiento irregular y destrucción extensa de la lámina ungueal. Asociaba placas eccematosas plantares bilaterales, con descamación, fisuración superficial y signos de impetiginización. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se estableció el diagnóstico de eccema dishidrótico plantar impetiginizado, iniciándose tratamiento con metilprednisolona tópica y ácido fusídico, con evolución favorable. Ante la onicodistrofia, se planteó inicialmente el diagnóstico de onicomicosis en coordinación con Dermatología. La exploración con luz de Wood fue negativa. El cultivo micológico de la uña del primer dedo del pie derecho aisló *Trichophyton rubrum*, confirmando infección dermatofítica. Se inició tratamiento tópico con ciclopirox. Tras seis meses de seguimiento, se observó resolución prácticamente completa de las lesiones ungueales del pie izquierdo, persistiendo afectación de los tres primeros dedos del pie derecho, motivo por el que se adopta una actitud expectante consensuada entre Atención Primaria y Dermatología. **Conclusiones:** La onicodistrofia pediátrica constituye un reto diagnóstico por la posible coexistencia de múltiples etiologías. El aislamiento microbiológico de *Trichophyton rubrum* no excluye la presencia de una distrofia traumática subyacente. La respuesta terapéutica parcial obliga a reconsiderar diagnósticos alternativos o etiologías mixtas y pone de manifiesto la importancia del seguimiento evolutivo y del abordaje multidisciplinar.

PEDIATRÍA PRENATAL, NEONATOLOGÍA

PC-253 — MIELOMENINGOCELE EN UN NEONATO CON ASOCIACIÓN VACTERL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mazo Correa, N.M.[1]; Giraldo Ospina, G.A.[2]; Rodríguez Banda, M.F.[2]; Murcia Ramos, M.J.[2]. - [1]*Amado Clínica Pediátrica, España;* [2]*Universidad Pontifica Bolivariana, Colombia.*

Anamnesis: Paciente femenina nacida en Medellín, Colombia, a las 35 semanas y 2 días mediante cesárea, con diagnóstico prenatal de un defecto del tubo neural tipo mielomeningocele, malformación de Chiari tipo II y displasia renal multiquística derecha. **Exploración clínica:** Peso 2585 gramos, talla de 44 cms. Apgar de 8 y 9 al minuto y a los cinco minutos. En región lumbosacra medial y paramediana derecha presenta masa blanda, fluctuante, de aproximadamente 13 × 14 cm, cubierta por piel íntegra y sin evidencia de fístula de líquido cefalorraquídeo ni sangrado. En extremidad inferior derecha, se evidenció hipoplasia de fémur, tibia y peroné, asociada a oligodactilia ipsilateral, compatible con focomelia. La exploración neurológica no evidenció déficit motor ni sensitivo. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La resonancia magnética de columna total evidenció escoliosis lumbar de convexidad izquierda, un defecto de los elementosposteriores desde L2 hasta S1 y protrusión medular a nivel de L2, compatible con mielomeningocele. Se identificaron también cambios displásicos en la unión sacroilíaca derecha, disgenesia de la musculatura glútea derecha y médula anclada. El Servicio de Neurocirugía realizó resección de extenso tejido cutáneo bilateral, corrección de médula anclada y mielotomía limitada en área no funcional derecha, lo cual se logró con éxito. Nefrología instauró cateterismo vesical por la disgenesia sacra. Genética Médica concluyó que, con base en los hallazgos clínicos, la paciente cumplía con los criterios diagnósticos de la asociación VACTERL. **Conclusiones:** Si bien, resonancia magnética es el estándar de oro, la ecografía de columna es una alternativa costo efectiva, con una sensibilidad y especificidad mayores al 95 %. La detección temprana es fundamental, ya que permite una planificación terapéutica multidisciplinaria oportuna y previene las complicaciones asociadas a diagnósticos tardíos, impactando en la práctica asistencial y en la calidad de vida de estos pacientes.

PC-254 — ¿QUÉ ESCONDE UN MECHÓN BLANCO EN EL RECIÉN NACIDO? IMPORTANCIA DEL ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR

García Blanco, C.; Gándara Samperio, C.; Pérez Fraga, P.; Cuesta González, R.; Gortázar Arias, P. - *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España.*

Anamnesis: Presentamos dos neonatos con poliosis en seguimiento en nuestro centro. La poliosis se define como una hipomelanosis localizada que se manifiesta como un mechón de pelo blanco debido a la ausencia o disminución congénita de melanocitos en los folículos pilosos afectados y que en ocasiones se asocia a síndromes polimalformativos. **Exploración clínica:** Varón prematuro de 32+5 semanas y peso adecuado que presenta al nacimiento mechón amelanocítico en área parieto-occipital sin asociar otras alteraciones cutáneas. Diagnósticos al alta de la U. Neonatal: enfermedad de membrana hialina, hemangioma congénito rápidamente involutivo, poliosis, ictericia de la prematuridad, dilatación del tracto urinario y FOP. Adecuada eliminación del meconio. Mujer a término 39+1 de peso adecuado con poliosis parietal derecha de 2 x 1 cm sin leucodermia. No se objetivaron otras lesiones cutáneas. Expulsa meconio en las primeras horas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En ambos casos, se realizó un estudio de despistaje de síndromes complejos neurocutáneos que incluía ecografía transfontanelar y abdominal, examen del fondo de ojo con lámpara de hendidura y potenciales evocados auditivos; siendo todos ellos normales, sin hallazgos patológicos. **Conclusiones:** Aunque la presencia de poliosis es un hallazgo clínico que puede presentarse de forma aislada, frecuentemente es la primera pista diagnóstica de síndromes neurocutáneos o genodermatosis complejas. Destacan entre ellos el síndrome de Waardenburg (rasgos faciales específicos con sordera neurosensorial, heterocromía del iris y en algunos casos puede asociar enfermedad de Hirschsprung) y la esclerosis tuberosa (epilepsia, manchas cutáneas hipopigmentadas y hamartomas cardíacos o renales). El diagnóstico más frecuente cuando las pruebas son normales es piebaldismo, una genodermatosis benigna que afecta principalmente a la región frontal. Estos casos nos recuerdan que es importante realizar una exploración física exhaustiva y una batería de pruebas complementarias dirigidas para el diagnóstico y tratamiento precoz de estas entidades.

PC-255 — PATOLOGÍA DEL CORDÓN UMBILICAL: PÓLIPO UMBILICAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ramos Noguera, G.; González Diego, D.; Del Olmo Kühleitner, C.; Halcón González, L.; Gámez Ledesma, A. - *Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.*

Anamnesis: Neonato varón de 24 días de vida, sin antecedentes perinatales de interés, que acude a Urgencias de Pediatría por lesión umbilical persistente. Refiere seguimiento estrecho por su Pediatra de Atención Primaria, en tratamiento con sal y hasta en dos ocasiones con nitrato de plata sin mejoría. Realiza de manera adecuada tomas de lactancia materna con adecuada ganancia ponderal. Afebril en todo momento. **Exploración clínica:** Afebril. Excelente estado general. No irritabilidad. A la exploración, se observa lesión redondeada, de 1 cm de diámetro, de superficie lisa, roja y brillante, con piel adyacente sin eritema. No presenta mal olor ni supuración purulenta, fecaloidea o urinaria. Manchado serohemático en el pañal. No impresiona doloroso. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de pólipo umbilical, se realizó ecografía abdominal que se informó como normal, no objetivándose comunicación con el tracto digestivo. Se derivó a consultas externas de Cirugía Pediátrica, solicitándose gammagrafía con tecnecio 99, siendo negativa la detección de mucosa gástrica ectópica. Ante la normalidad de las pruebas complementarias, se decidió escisión quirúrgica con anestesia local del pólipo, sin incidencias y con correcto control a las dos semanas. **Conclusiones:** Los pólipos umbilicales son lesiones umbilicales infrecuentes cuyo diagnóstico diferencial incluye el granuloma umbilical, la persistencia de restos del conducto onfalomesentérico, las anomalías del uraco y la onfalitis. La ausencia de signos inflamatorios, secreción purulenta, urinaria o fecaloidea, junto con la falta de respuesta al tratamiento convencional, debe orientar hacia una lesión no granulomatosa. Esto supone un reto diagnóstico para el Pediatra de Atención Primaria. La ecografía abdominal constituye una prueba inicial útil para descartar comunicación con estructuras intraabdominales. En casos seleccionados puede ser necesario completar el estudio con gammagrafía con TC-99 para valorar la presencia de mucosa gástrica ectópica. El tratamiento definitivo del pólipo umbilical es la escisión quirúrgica, que permite resolver la lesión y confirmar el diagnóstico histológico.

PC-256 — IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA MASTITIS NEONATAL

Altuzarra Foncea, Y.; García de la Cruz, M.; Brizuela Delgado, J.; Ibáñez Rubio, S.; Alquézar Yus, P.; Jarauta Sánchez, I.; Baeta Ruiz, Á.; Pasamón García, S.; Jiménez Escobar, V. - *Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España.*

Anamnesis: Lactante de 27 días que consulta a su pediatra de Atención Primaria por aumento de tamaño de la mama derecha de menos de 24 horas de evolución, acompañado de eritema y dolor local. Permanecía afebril, con buen estado general, alimentación con lactancia materna exclusiva adecuada y sin otra sintomatología asociada. **Exploración clínica:** A la exploración presentaba triángulo de evaluación pediátrica estable. Destacaba tumefacción de aproximadamente 4 cm en mama derecha, con eritema, aumento de temperatura, induración subareolar y sospecha de colección de 2 × 2 cm, sin necrosis ni secreción activa. El resto de la exploración física fue normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha de mastitis neonatal posiblemente complicada se decidió derivación hospitalaria. En Urgencias, se realizó una analítica sanguínea que no mostró elevación de reactantes de fase aguda, pero dada la edad y la sospecha de abscesificación, se decidió ingreso y se inició

tratamiento intravenoso con cloxacilina. Durante el ingreso evolucionó hacia clara abscesificación, precisando drenaje quirúrgico en dos ocasiones con evacuación de abundante material purulento. El cultivo del exudado aisló *Staphylococcus aureus*, siendo negativo el hemocultivo. Tras seis días de tratamiento antibiótico intravenoso y mejoría clínica, fue dada de alta con cefadroxilo oral hasta completar diez días de antibioterapia sistémica, tratamiento tópico con mupirocina y seguimiento por su pediatra. **Conclusiones:** La mastitis neonatal es una entidad poco frecuente que puede presentarse sin fiebre ni alteración de los parámetros analíticos. *Staphylococcus aureus* constituye el microorganismo aislado con mayor frecuencia y la formación de abscesos es una complicación descrita en un porcentaje significativo de los casos. El reconocimiento precoz desde Atención Primaria y la derivación hospitalaria temprana permiten instaurar un tratamiento adecuado y disminuir el riesgo de complicaciones.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS, INMUNIZACIONES

PC-257 — HERPES ZÓSTER DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA

Angulo Sánchez, V.[1]; Hortigüela Saeta, M.M.[2]; Urquiza Fisico, J.L.[2]; Conde Ruiz, M.J.[2]; Barbadillo Mariscal, B.[2]; Calvo Simal, S.[1]; Portillo Sanz, L.[1]; Marrón Alonso, M.[1]; Prieto Domínguez, C.[1]; Bujedo Muñoz, A.[1].- [1]*Hospital Universitario, Burgos, España;* [2]*CS José Luis Santamaría, Burgos, España.*

Introducción: El herpes zóster (HZ) es infrecuente en la infancia. Suele presentar múltiples vesículas agrupadas sobre una base eritematosa, que se disponen a lo largo de un dermatoma. Los dermatomas que se afectan con mayor frecuencia son los de localización torácica, seguidos por el trigémino, los lumbares, los cervicales y los sacros. Aunque poco frecuente, la afectación de dos dermatomas contiguos se encuentra dentro de la forma típica. El diagnóstico puede verse dificultado por localizaciones inusuales o por una evolución morfológica atípica de las lesiones. **Caso clínico:** Niño de 11 años, sin antecedentes patológicos de interés ni tratamientos inmunosupresores, que consulta por cojera en relación con dolor y eritema en zona plantar de 2 días de evolución. Asocia además cefalea y astenia. En los días siguientes aparecen vesículas hemorrágicas agrupadas sobre base eritematosa inicialmente entre 3º y 4º dedo de pie izquierdo que en los dos días siguientes avanzan de forma parcheada desde la planta de pie izquierdo hasta la región femoral externa izquierda. Destaca la evolución de las vesículas hemorrágicas a lesiones petequiales, morfología que planteó diagnóstico diferencial con vasculitis y otras dermatosis. Se realiza analítica sanguínea anodina y PCR de las lesiones cutáneas con resultado positivo para virus varicela-zóster (VVZ), confirmando el diagnóstico de herpes zóster típico con afectación de L5 y S1. Se realiza tratamiento sintomático y tras 7 días las lesiones comienzan a desaparecer junto con el dolor y la cojera inicial. **Discusión:** El herpes zóster diseminado debe considerarse en el diagnóstico diferencial de erupciones vesículo-petequiales en niños, incluso inmunocompetentes. Una localización de inicio inusual y una morfología atípica no deben excluir este diagnóstico. La PCR viral resulta fundamental para la confirmación etiológica y permite instaurar precozmente el tratamiento antiviral adecuado.

DERMATOLOGÍA

PC-258 — DISTROFIA UNGUEAL EN PEDIATRÍA

Iglesias, M.[1]; Rodrigo, A.[1]; Escudero, A.[1]; Fernández, L.[1]; Herreras, A.[1]; González García, E.[2]; Gómez Sorrigueta, P.[2]; Rodríguez, C.[3]. - [1]*Complejo Asistencial Universitario, León, España;* [2]*CS Antonio Gutiérrez, León, España;* [3]*EAP El Crucero GAP, León, España.*

Conclusiones: La distrofia canalicular de Heller o solenoniquia es una alteración ungueal poco frecuente en pediatría causada por traumatismos repetidos en la cutícula, sobre todo en los pulgares. Se manifiesta como un surco longitudinal por daño en la matriz ungueal. El diagnóstico es clínico, basado en exploración y anamnesis, siendo importante el diagnóstico diferencial. Es un proceso benigno que mejora al eliminar el factor desencadenante. Se presenta el caso de un niño de 9 años, sin antecedentes, que consulta por aparición de surco longitudinal progresivo en ambos pulgares. Las lesiones son asintomáticas y sin antecedentes traumáticos o infecciosos. En la exploración se observó depresión longitudinal con estrías transversales. La anamnesis identificó un hábito repetido de fricción de los pulgares con el índice contrario, confirmando el origen traumático. El tratamiento fue conservador, basado en eliminar el hábito con mejoría a los 4 meses. Esta entidad presenta buen pronóstico si se elimina la causa.

NEUMOLOGÍA

PC-259 — DISCINESIA CILIAR PRIMARIA EN PEDIATRÍA: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y EL MANEJO MULTIDISCIPLINAR

Moreno Méndez, A.; Ruiz Casas, C.; Fernández Pérez, M.; Navarro Gómez, M.; Saura Pérez, I.; Hernández Vera, M.J.; Esparza Pérez, T.; Chicano Cazaña, P. -
Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España.

Introducción y objetivos: La discinesia ciliar primaria (DCP) es una enfermedad genética rara caracterizada por alteraciones estructurales y funcionales de los cilios móviles, lo que condiciona infecciones respiratorias recurrentes desde edades tempranas. Su diagnóstico es complejo y requiere un abordaje multimodal. El objetivo del estudio es describir las características epidemiológicas, clínicas, la secuencia diagnóstica, evolución funcional y complicaciones de los pacientes en seguimiento. **Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes pediátricos con diagnóstico de DCP en una unidad de Neumología Pediátrica. Se recogieron variables demográficas, clínicas, pruebas diagnósticas (genética, batido ciliar, óxido nítrico nasal), función pulmonar y complicaciones. Resultados: Se incluyeron 4 pacientes (75 % varones), con una mediana de edad al diagnóstico de 4,5 años. Dos pacientes (50 %) presentaban *situs inversus* y estudio genético confirmatorio con defectos en los brazos de la dineína. Los otros dos pacientes no presentaban alteraciones de lateralidad; en ellos, el estudio genético no fue concluyente, estableciéndose el diagnóstico por clínica respiratoria compatible, alteración del batido ciliar y niveles bajos de óxido nítrico nasal (salvo uno con niveles normales). Durante el seguimiento, tres pacientes (75 %) desarrollaron hiperreactividad bronquial con patrón obstructivo y un paciente (25 %) desarrolló bronquiectasias. **Conclusiones:** La DCP continúa siendo una entidad infradiagnosticada, especialmente en pacientes sin defectos de lateralidad. Desde la perspectiva de la Atención Primaria, la presencia de un niño con tos crónica o síntomas respiratorios recurrentes que no responde a los tratamientos habituales debe alertar al pediatra. La derivación precoz a Neumología Pediátrica es clave para completar el estudio multimodal ya que un diagnóstico precoz puede permitir, aunque no sea curativo, el inicio de fisioterapia respiratoria y medidas preventivas que eviten complicaciones irreversibles a largo plazo como las bronquiectasias.

NEUROLOGÍA

PC-260 — NEUROPATÍA CUBITAL TRAS LESIÓN POR CUERPO EXTRAÑO: REPORTE DE UN CASO

Herreras Martínez, A.[1]; Escudero Villafañe, A.[1]; Iglesias Oricheta, M.[1]; Fernández Rodríguez, L.[1]; Rodrigo Fernández, A.[1]; Jiménez González, A.[1]; Sánchez González, B.[2]; González García, E.[2]; Arredondo Montero, J.[1]. - [1]*Hospital Universitario de León, España;* [2]*CS Eras de Renueva, León, España.*

Conclusiones: Las neuropatías periféricas adquiridas son infrecuentes en la infancia. Se han relacionado con múltiples agentes etiológicos, siendo los cuerpos extraños (CE) una causa poco frecuente. El desarrollo de un síndrome de dolor regional complejo es excepcional, pero hay casos descritos en la literatura. Niña de 9 años sin antecedentes de interés, presenta traumatismo inciso con CE (esquirla de cristal), consulta tras 3 meses por

aparición de dolor y parestesias en cara medial del 5º dedo y cara lateral del 4º. A la exploración, destaca cicatriz infracentimétrica lineal en eminencia hipotenar de mano derecha. Se realiza ecografía objetivándose neuroma traumático y estudio neurofisiológico sin alteraciones. Se realiza resonancia magnética compatible con neuropatía del nervio cubital. Presenta un empeoramiento clínico llamativo con aumento del dolor, cambios en la coloración cutánea y alteración de la sudoración, por lo que se estableció la sospecha de síndrome de dolor regional complejo. La paciente comenzó tratamiento multimodal por parte del servicio de Rehabilitación. Durante la aplicación de ultrasonidos se identificó estructura refringente (esquirla) que se movilizaba y se externalizaba del nervio. Se realizó una exploración quirúrgica con identificación y retirada del CE. La paciente actualmente se encuentra asintomática y con resolución completa de la sintomatología previamente descrita. Pese a que la mayoría de las inclusiones de cuerpos extraños en la edad pediátrica son de carácter benigno, en algunos casos puede asociar secuelas de gravedad, sin una sintomatología florida. Es importante destacar el papel de las esquirlas de cristal, pudiendo ocasionar como en nuestro caso, neuropatías postraumáticas que pueden llegar a ser invalidantes y afectar a la calidad de vida de nuestros pacientes. El SDRC es una entidad infrecuente y escasamente caracterizada en pediatría, por lo que es muy importante su conocimiento para detectarlo y tratarlo de forma precoz y mejorar así el pronóstico de esta patología.

PAIDOPSIQUIATRÍA

PC-261 — AUTOLESIONES EN EL ADOLESCENTE: REVISIÓN ACTUALIZADA PARA SU ABORDAJE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Pérez Fernández, P. - *Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.*

Conclusiones: El reconocimiento precoz de las autolesiones permite mejorar la detección de adolescentes en riesgo y favorecer una intervención temprana. La aplicación de algoritmos de actuación basados en la evidencia facilita la toma de decisiones en Atención Primaria y optimiza la coordinación asistencial. El abordaje debe priorizar las intervenciones psicológicas con eficacia demostrada, evitando el uso de tratamiento farmacológico específico en ausencia de evidencia científica que avale su beneficio.

ADOLESCENCIA

PC-262 — IMPACTO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA EN LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS TRAS LA TRANSICIÓN DESDE PEDIATRÍA A MEDICINA DE FAMILIA

Guisado Rasco, M.C.[1]; González Sánchez, M.J.[1]; Herrera Herrera, D.N.[2]; Lorite Rodríguez, E.[1]; Coronel Rodríguez, C.[1]. - [1]*CS Amante Laffón, Sevilla, España;* [2]*Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España.*

Introducción: La transición asistencial desde las consultas de Pediatría (PAP) a Medicina de Familia (MF) es un proceso relevante en la atención de los adolescentes. Implica el paso de un modelo de atención centrado en el niño a otro orientado al paciente adulto. La transición no es simplemente un cambio de profesional, es un proceso que asegure la continuidad asistencial del adolescente. **Objetivo:** Describir las características clínicas y la utilización de recursos sanitarios de los pacientes que realizan la transición desde las consultas de PAP a MF. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un centro de salud urbano. Del total de pacientes nacidos en 2011 realizamos un muestreo aleatorio de pacientes que realizaron la transición desde PAP a MF y estudiamos las consultas realizadas por éstos desde el 1 enero 2025 hasta 31 mayo 2026. **Resultados:** Número de pacientes que realizaron la transición: 239 adolescentes. Tamaño de la muestra: 100 pacientes sexo: 53 % hombres y 47 % mujeres. Número de consultas: El 35 % de los pacientes no consultaron en el período estudiado, con un rango de 0 a 14 visitas. Motivos de consultas: Fueron variados, predominando procesos agudos, traumatismos y consultas administrativas. Patologias crónicas: Un 33 % de los pacientes presentaba alguna enfermedad crónica. Las patologías alérgicas (12 casos) y los problemas de salud mental (7 casos) fueron las más frecuentes. Derivaciones o seguimiento en atención especializadas: 27 % de los pacientes. **Conclusiones:** 1. Los pacientes que realizan la transición desde PAP a MF presentan una elevada heterogeneidad clínica. 2. Los motivos de consulta fueron variados: procesos agudos, traumatismos, consultas administrativas los más habituales. 3. Las patologías alérgicas y problemas de salud mental son las patologías crónicas más frecuentes. 4. Una transición asistencial estructurada puede favorecer la continuidad de los cuidados y optimizar el seguimiento de estos adolescentes.

ACCIDENTES, INTOXICACIONES

PC-263 — PAPEL DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA VALORACIÓN INICIAL Y DERIVACIÓN DE QUEMADURAS

Altuzarra Foncea, Y.; Ibáñez Rubio, S.; Alquézar Yus, P.; García De La Cruz, M.; Brizuela Delgado, J.; Jarauta Sánchez, I.; Jiménez Escobar, V.; Pasamón García, S. - *Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España.*

Anamnesis: Lactante de 20 meses que acude en visita de urgencia a su pediatra de Atención Primaria tras sufrir una escaldadura accidental al derramarse una cazuela con agua hirviendo sobre tórax y miembro superior izquierdo. No presentaba pérdida de conocimiento ni otros traumatismos asociados. **Exploración clínica:** A la exploración mostraba aceptable estado general, con exploración neurológica normal. Destacaba quemadura de segundo grado profundo en región pectoral y brazo izquierdo, asociando áreas de segundo grado superficial con flictenas no tensas en la cara medial del brazo. La superficie corporal quemada se estimó en aproximadamente un 7 %. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la extensión y profundidad de las lesiones se realizó derivación a Urgencias Pediátricas Hospitalarias. Se administró analgesia intravenosa con fentanilo y se efectuó cura local mediante enfriamiento y apósito con hidrogel. Tras valoración por Dermatología se confirmó una quemadura de segundo grado en tórax y brazo izquierdos, indicándose curas seriadas con tratamiento tópico antibiótico y antiinflamatorio. Durante el ingreso se pudo controlar el dolor con paracetamol y metamizol, presentando evolución favorable, sin signos de sobreinfección y con adecuada reepitelización progresiva de las lesiones. Fue dada de alta tras cuatro días de ingreso con seguimiento ambulatorio por parte de su Pediatra y realización de curas por su Enfermera. **Conclusiones:** Las escaldaduras constituyen el mecanismo más frecuente de quemadura en la infancia y afectan especialmente a menores de cinco años. La valoración inicial desde Atención Primaria debe incluir la estimación de la extensión y profundidad de las lesiones, así como la identificación de criterios de derivación hospitalaria. Una actuación precoz, junto con un adecuado control del dolor y cuidados locales especializados, contribuye a reducir complicaciones y mejorar la evolución clínica.

CIRUGÍA PEDIÁTRICA

PC-264 — PERFORACIÓN DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRÍA

Domínguez Sevillano, B.; García Ugarte, B.; Andrés Blanco, L.; Seijo Rodríguez, J.; Molnar, A.; Liras Muñoz, J. - *Hospital Universitario de Salamanca, España.*

Anamnesis: Escolar de 7 años, con antecedentes de déficit de factor VIII de la coagulación, que acude al servicio de urgencias pediátricas por dolor en fosa ilíaca derecha de unas 36 horas de evolución, asociado a vómitos, deposiciones diarreicas con sangre y fiebre de hasta 39,2 ºC. Desde el inicio del cuadro presentaba astenia y anorexia asociadas. **Exploración clínica:** A la exploración destaca un TEP de *shock* descompensado, con aceptable estado general, palidez cutánea y abdomen con defensa generalizada, doloroso a la palpación en fosa ilíaca derecha y signo de Blumberg positivo. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica mostró leucocitosis (25.000/µL) con neutrofilia, proteína C reactiva de 21 mg/dL

y procalcitonina de 21,3 ng/mL. Ante la sospecha de apendicitis aguda se realizó cirugía urgente. En la laparoscopia se objetivó apéndice cecal sin alteraciones y peritonitis secundaria a perforación de un divertículo de Meckel. Se realizó apendicectomía y resección ileal de 15 cm incluyendo el divertículo, con anastomosis terminoterminal. El paciente recibió tratamiento antibiótico con meropenem durante 10 días, con evolución clínica favorable y recuperación progresiva de la tolerancia oral. **Conclusiones:** El divertículo de Meckel es una entidad frecuente en pediatría con complicaciones potencialmente graves, como la hemorragia digestiva, la obstrucción intestinal, la diverticulitis y, menos frecuentemente, perforación. Su perforación, aunque rara, debe incluirse en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo pediátrico. El reconocimiento precoz y el tratamiento quirúrgico oportuno son fundamentales para reducir la morbimortalidad.

PC-265 — MÁS ALLÁ DE LA APENDICITIS: DOLOR ABDOMINAL PROLONGADO SECUNDARIO A QUISTE DE URACO SOBREINFECTADO

Carrillo Y Soto, L.[1]; Cava Almohalla, E.[2]; Moya Cossio, I.[2]; Navarro Salmerón, Z.[1]; Álvarez García, A.[1]; Pozo Vicente, L.[1]; Sánchez Candela, M.[1]; Cebrián Martínez, A.L.[1]; Giménez Arias, E.[1]; García Cobarro, L.[1]. - [1]*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España;* [2]*CS Jesús Marín Molina de Segura, Murcia, España.*

Anamnesis: Escolar de 8 años que consulta en su centro de Atención Primaria por dolor abdominal mesogástrico tipo cólico, sin irradiación, de 5 días de evolución, con empeoramiento clínico en las últimas 48 horas, volviéndose continuo. Asociaba fiebre de 38ºC en las últimas 24 horas. No presentaba diarrea ni vómitos. **Exploración clínica:** Constantes normales. TEP estable. Normocoloreado y normohidratado. Auscultación pulmonar y cardiaca normal. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de fosa iliaca derecha. Signo Blumberg positivo. Signos de Psoas, Rovsing y salto negativos. Puño-percusión negativa. No signos claros de irritación peritoneal. No masas ni megalias. No otras alteraciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante escolar con clínica compatible con apendicitis aguda, se deriva a Urgencias Hospitalarias para valoración. En Urgencias inicia secreción umbilical purulenta. Se realiza ecografía abdominal, en la que se visualiza en región periumbilical una estructura tubular dilatada que se extiende desde el canal umbilical hasta el techo vesical, localizada entre los ligamentos umbilicales mediales, hipoecoica, con contenido líquido y engrosamiento parietal. Asocia cambios inflamatorios regionales e hiperemia. Estos hallazgos son sugestivos de anomalía uracal congénita sobreinfectada. Por ello, dada la sospecha de remanente uracal sobreinfectado, se decide ingreso a cargo de Cirugía Pediátrica para antibioterapia intravenosa con Ceftriaxona y Metronidazol, completándose la pauta oral con Amoxicilina-Clavulánico. Finalmente, unas semanas tras finalización del proceso, se interviene mediante resección quirúrgica laparoscópica del remanente uracal. **Conclusiones:** - El quiste del uraco es una anomalía congénita poco frecuente causada por la persistencia de una porción central del uraco. - Habitualmente es asintomático, pero puede manifestarse por infección, dolor abdominal y masa suprapúbica, por lo que, ante paciente con dolor abdominal, es importante considerarla en el diagnóstico diferencial del mismo. - La principal complicación es la infección. - La ecografía es la prueba inicial de elección y el tratamiento definitivo de los casos sintomáticos consiste en la resección completa del remanente uracal.

DERMATOLOGÍA

PC-266 — PIEL AL SOL, PIEL EN ALERTA: UN CASO DE FOTODERMATOSIS ESTACIONAL EN PEDIATRÍA

Recalde Tabar, A.[1]; Barbadillo Mariscal, B.[2]; García Terrazas, A.[1]; Clavijo Izquierdo, M.E.[1]; Pérez Ortiz, D.[1]; Angulo Sánchez, V.[1]; Dios Puebla, E.[1]; Marrón Alonso, M.[1]; Portillo Sanz, L.[1]; Bujedo Muñoz, A.[1]. - [1]*Hospital Universitario de Burgos, España;* [2]*CS José Luis Santamaría, Burgos, España.*

Anamnesis: Niña de 11 años, con antecedentes personales de dermatitis atópica que consulta por erupción cutánea recidivante de un año de evolución, que aparece coincidiendo con la llegada de la primavera tras la exposición solar. Refiere aparición de lesiones intensamente pruriginosas en zonas fotoexpuestas, sin clínica sistémica acompañante. **Exploración clínica:** A la exploración física se observan pápulas y microvesículas eritematosas agrupadas, distribuidas en zonas fotoexpuestas (cara, escote, dorso de manos y antebrazos), respetando áreas cubiertas por la ropa. No se evidencian lesiones purpúricas, atrofia ni cicatrices. Resto de exploración por aparatos sin hallazgos relevantes. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza interconsulta a dermatología y se establece el diagnóstico clínico de erupción polimorfa lumínica, descartando otras fotodermatosis dada la evolución y las características clínicas. Ante dicho cuadro clínico, se recomiendan medidas de fotoprotección estrictas (evitar horas centrales del día, ropa protectora y fotoprotectores), con lo que el cuadro mejora y las lesiones remiten. **Conclusiones:** La erupción polimorfa lumínica es la fotodermatosis más prevalente en pediatría, de curso autolimitado y buen pronóstico, sin dejar secuelas. Es fundamental un diagnóstico clínico precoz, diferenciándola de otras fotodermatosis, e insistir en la fotoprotección como pilar preventivo, reservando el tratamiento sintomático con antihistamínicos y corticoides tópicos para los brotes más graves.

PC-267 — ONICODISTROFIA UNGUEAL CONGÉNITA AISLADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Recalde Tabar, A.[1]; Barbadillo Mariscal, B.[2]; Bujedo Muñoz, A.[1]; Portillo Sanz, L.[1]; Marrón Alonso, M.[1]; Dios Puebla, M.E.[1]; Prieto Domínguez, C.[1]; Angulo Sánchez, V.[1]; Clavijo Izquierdo, M.E.[1]; García Terrazas, A.[1]. - [1]*Hospital Universitario de Burgos, España;* [2]*CS José Luis Santamaría, Burgos, España.*

Anamnesis: Lactante de 2 meses sin antecedentes personales ni familiares de interés, que consulta por alteración ungueal presente desde el nacimiento, de distribución asimétrica, que afecta a los tres primeros dedos de la mano izquierda y al primer dedo de la mano derecha. No refiere clínica inflamatoria, ni traumatismo previo asociado. **Exploración clínica:** En los dedos afectados se objetivan láminas ungueales con cambios distróficos generalizados: coloración amarillo-parduzca, pérdida de brillo y estriaciones longitudinales onduladas en la superficie de la lámina, sin signos de paroniquia ni inflamación periungueal. El resto de la exploración cutánea y de extremidades son anodinas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza interconsulta a dermatología y se diagnostica onicodistrofia ungueal congénita aislada. Se trata de una entidad de curso benigno y autolimitado, con resolución espontánea en la gran mayoría de los casos, por lo que recomiendan manejo conservador y seguimiento clínico-dermatológico. **Conclusiones:** La onicodistrofia congénita aislada es cualquier alteración morfológica o estructural de las uñas presente desde el nacimiento. Es una entidad infrecuente que debe diferenciarse de otras alteraciones ungueales congénitas asociadas a genodermatosis o a anomalías óseas digitales, mediante una anamnesis y exploración física minuciosa. Aunque se han descrito formas hereditarias relacionadas con mutaciones en diferentes genes, la mayoría de los casos aislados sin otros hallazgos asociados siguen un curso benigno, por lo que se recomienda el manejo conservador y el seguimiento clínico-dermatológico periódico, reservando estudios complementarios para casos con hallazgos atípicos, progresión clínica o sospecha de afectación sistémica.

PC-268 — *NEVUS* DE SUTTON: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Pérez Ortiz, D.[1]; Urquiza Físico, J.L.[2]; Recalde Tabar, A.[1]; García Terrazas, A.[1]; Dios Puebla, M.E.[1]; Clavijo Izquierdo, M.E.[1]; Prieto Domínguez, C.[1]; Marrón Alonso, M.[1]; Angulo Sánchez, V.[1]; Portillo Sanz, L.[1]. - [1]*Hospital Universitario de Burgos, España;* [2]*CS José Luis Santamaría, Burgos, España.*

Anamnesis: Varón de 12 años que consulta por una lesión hipopigmentada en región escapular izquierda de aproximadamente seis semanas

de evolución. No refiere dolor, prurito ni antecedentes traumáticos. La familia niega la existencia previa de *nevus* visible en la zona y observa un discreto aumento del tamaño de la lesión durante las últimas semanas. Como dato llamativo, refieren que la zona se enrojece tras la exposición solar. **Exploración clínica:** Se objetiva una lesión redondeada, bien delimitada e hipopigmentada, con halo acrómico homogéneo. En su centro presenta una pápula hiperpigmentada discretamente sobreelevada. No se observan descamación, signos de infección ni lesiones similares en otras localizaciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha inicial de trastorno de la pigmentación, se realizó fotografía mediante dermatoscopio y valoración dermatológica mediante teleconsulta. Las características clínicas fueron compatibles con halo *nevus* o *nevus* de Sutton, entidad benigna secundaria a un fenómeno autoinmune dirigido contra las células melanocíticas del *nevus*. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque debe diferenciarse de vitíligo, pitiriasis alba, tiña versicolor y otras lesiones hipopigmentadas. Se indicó tratamiento con tacrolimus tópico al 0,1 % una vez al día y fotoprotección elevada, recomendándose vigilancia evolutiva y reevaluación ante la aparición de nuevas áreas despigmentadas. **Conclusiones:** El halo *nevus* es una entidad infrecuente pero característica de la edad pediátrica y adolescente. Su reconocimiento en Atención Primaria permite tranquilizar a las familias, evitar pruebas innecesarias y establecer un adecuado seguimiento clínico. Aunque su evolución suele ser benigna, la aparición de nuevas lesiones hipopigmentadas puede justificar una nueva valoración para descartar la asociación con otras entidades como el vitíligo.

PC-269 — CUANDO EL TRATAMIENTO PERPETÚA LA LESIÓN: DERMATITIS IRRITATIVA EN PLIEGUES Y ESTRATEGIA DE RESTAURACIÓN DE LA BARRERA CUTÁNEA

Alcubilla-García García, L.[1]; Rueda-Cartagena, I.[2]; Álvarez-Smith, C.[3]; Prieto-Cabezas, L.[4]; Abarquero-Cerezo, M.[4]. - [1]*CS Periurbana Norte, Salamanca, España;* [2]*CS Guijuelo, Salamanca, España;* [3]*Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña, España;* [4]*L'Oréal España S.A.U, España.*

Anamnesis: Lactante de 22 meses que consulta por lesiones eritemato-descamativas cervicales de varias semanas de evolución. Inicialmente fue diagnosticada de eccema atópico en pliegues y recibió corticoterapia tópica durante 10 días con mejoría parcial. Ante la persistencia de las lesiones en una zona expuesta a humedad y sudoración, se pautó una combinación de corticoide y antifúngico tópico durante 10 días adicionales. La paciente presentó empeoramiento clínico progresivo, caracterizado por incremento de la descamación, prurito e hipersensibilidad local. **Exploración clínica:** En la exploración física se evidenciaron placas eritemato-descamativas en el pliegue cervical, así como signos de disrupción epidérmica y marcada sensibilidad al tacto. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la evolución tórpida y el antecedente de corticoterapia prolongada con escasa respuesta, se replanteó el diagnóstico, considerándose una dermatitis irritativa persistente agravada por múltiples factores: humedad, disrupción de la barrera cutánea y uso prolongado de corticoides tópicos. Se suspendió el tratamiento corticoideo y se inició terapia dirigida a la restauración de la barrera cutánea con un bálsamo reparador emoliente (pantenol, *madecassoside* y prebióticos) aplicado 2-3 veces al día para promover la regeneración cutánea, reducir la descamación y aliviar los síntomas asociados. Se recomendaron medidas de soporte: higiene con limpiador suave *syndet*, evitar la humedad persistente y disminuir la fricción mecánica. Tras 2-3 semanas de tratamiento, se constató una resolución completa del eritema y la descamación, con normalización del pliegue cervical. **Conclusiones:** El uso prolongado de corticoides tópicos en áreas de piel fina y húmeda puede resultar ineficaz o incluso perjudicial, favoreciendo efectos adversos locales, fragilidad de la barrera cutánea y la perpetuación de la dermatitis irritativa. En estos escenarios, la suspensión de los corticoides y la restauración intensiva de la barrera cutánea mediante fórmulas emolientes especializadas que incluyan prebióticos, pantenol y madecassoside constituyen el pilar terapéutico fundamental, permitiendo la resolución clínica completa.

PC-270 — A PROPÓSITO DE UN CASO DE MORFEA LINEAL "EN GOLPE DE SABLE"

Carrasco Villanueva, M.J.[1]; Sierra Águila, M.[1]; Haupt Arabia, V.[1]; Gutiérrez Zamorano, M.[1]; Izquierdo Herrero, E.[1]; de la Torre Santos, S.I.[1]; Villagómez Hidalgo, F.J.[2]; Bartolomé Porro, J.M.[1]; Rodríguez Baeza, D.[1]; García Barbero, E.[3]. - [1]*Complejo Asistencial Universitario de Palencia, España;* [2]*CS de Cuéllar, Segovia, España;* [3]*CS Pintor Oliva, Palencia, España.*

Anamnesis: Mujer de 12 años que consultó por deformidad frontal evidenciada hacía 2 días. No refería traumatismo previo, ni otra sintomatología acompañante. Sin antecedentes personales relevantes ni tratamiento habitual. Entre sus antecedentes familiares destacaba abuela paterna con artritis reumatoide. **Exploración clínica:** En la exploración física presentaba placa lineal atrófica, hipopigmentada e indurada de 1 x 3 cm extendida desde la región frontal hasta el cuero cabelludo, con aparente pérdida de tejido subyacente. No dolor a la palpación. Resto de la exploración física sin alteraciones. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicitó ecografía de partes blandas que mostró disminución del tejido celular subcutáneo. Ante sospecha de morfea, se solicitó analítica sanguínea con marcadores de autoinmunidad, que resultó normal. Se derivó a Dermatología y se realizó biopsia de la lesión donde se encontró acúmulo de linfocitos y células plasmáticas de distribución perivascular, compatible con morfea. Se inició tratamiento con tacrolimus y calcipotriol/betametasona tópicos. Debido a la progresión de la lesión, se añadió metotrexato subcutáneo y fototerapia. Además, precisó diferentes escaladas terapéuticas, incluyendo infiltración de toxina botulínica por dolor asociado. Finalmente, se alcanzó estabilidad clínica con metotrexato y calcipotriol/betametasona tópicos. Se completó estudio con resonancia magnética craneal que mostró adelgazamiento focal del tejido celular subcutáneo en región parasagital frontal izquierda, sin otras alteraciones. **Conclusiones:** La morfea lineal es una entidad cuyo reconocimiento a tiempo en Atención Primaria resulta clave para evitar secuelas permanentes. La derivación temprana a Dermatología permite instaurar tratamiento precoz, mejorando el pronóstico. Es fundamental descartar afectación sistémica a pesar de que en la mayoría de las ocasiones la afectación es exclusivamente cutánea.

PC-271 — FENÓMENO DE ARLEQUÍN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dios Puebla, M.E.; Almeida de Miranda, G.; Aja García, M.G.; Pérez Ortiz, D.; Prieto Domínguez, C.; Clavijo Izquierdo, M.E.; García Terrazas, A.; Bujedo Muñoz, A.; Marrón Alonso, M.; Angulo Sánchez, V. - *Hospital Universitario de Burgos, España.*

Anamnesis: Recién nacida de una semana de vida que acude a la revisión del recién nacido en su Centro de Salud. Como antecedentes perinatales presentaba embarazo controlado, ecografías prenatales normales y nacimiento mediante cesárea a las 38 semanas de gestación, con peso al nacimiento de 2675 gramos. **Exploración clínica:** Durante las tomas, los progenitores observaron episodios repetidos de palidez de una hemicara y enrojecimiento de la contralateral, separados por una línea media claramente delimitada. Los episodios tenían una duración de pocos minutos y desaparecían espontáneamente en reposo, sin alteración del estado general, sin cambios en la frecuencia cardiaca o respiratoria ni otros signos neurológicos o cutáneos asociados. La exploración física fue completamente normal entre los episodios, estableciéndose el diagnóstico clínico de fenómeno de Arlequín. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** El fenómeno de Arlequín neonatal es una alteración vasomotora transitoria e infrecuente, caracterizada por un eritema bien delimitado de una hemicara y/o hemicuerpo con palidez contralateral. Se atribuye a la inmadurez del control autonómico del tono vascular y suele aparecer en recién nacidos sanos durante los primeros días de vida. Su reconocimiento es fundamental para evitar exploraciones complementarias innecesarias. **Conclusiones:** El fenómeno de Arlequín es una entidad benigna, autolimitada e infrecuente que puede presentarse de forma transitoria en los recién nacidos sanos. Se relaciona con la inmadurez del sistema nervioso autónomo y suele desencadenarse por el llanto y la alimentación. El diagnóstico es clínico y, en ausencia de signos de alarma o hallazgos

neurológicos asociados, no requiere estudios complementarios ni tratamiento específico. Su conocimiento por parte del pediatra de Atención Primaria permite tranquilizar a las familias, evitar derivaciones innecesarias y reconocer los casos atípicos que sí precisan estudio.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

PC-272 — BUSCANDO EL APÉNDICE

Valverde Montero, R.; Florean -, T.; Ríos Granell, B.; Meleiro Pascual, R.E.; Muñoz Fernández, C. - *CS V Centenario, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España.*

Anamnesis: Presentamos 2 casos clínicos donde la ecografía nos ayudó a confirmar en un caso una sospecha clínica y en otro caso a descubrir un hallazgo poco común**. Caso clínico 1:** Niña de 10 años sin antecedentes de interés acude a nuestro centro por dolor abdominal periumbilical y vómitos de 2 días de evolución. **Caso clínico 2:** Niña de 10 años sin antecedentes de interés acude al centro de salud por dolor en la fosa iliaca derecha de 24 horas de evolución, sin otros síntomas. **Exploración clínica:** Caso clínico 1: Buen estado general, abdomen con dolor a la palpación de la fosa iliaca derecha, psoas positivo, resto normal. Caso clínico 2: Buen estado general, dolor a la palpación de la fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal, resto normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos: Caso clínico 1:** Se realiza ecografía abdominal y se identifica en la fosa iliaca derecha el apéndice con un diámetro de 12 mm, con hiperecogenicidad de la grasa circundante. Con sospecha de apendicitis aguda se deriva al hospital de referencia, donde se confirma nuestro diagnóstico y donde se realiza intervención quirúrgica con buena evolución postoperatoria. **Caso clínico 2:** Se realiza ecografía abdominal: en la fosa iliaca derecha se identifican 2 adenopatías de 0,5 cm diámetro y no se visualiza el apéndice. En la cara anterior de la vejiga urinaria se objetiva una formación ovalada bien delimitada, anecoica, sin flujo Doppler, que mide 13 mm diámetro (aspecto de quiste simple). Se deriva al hospital donde se confirma la presencia de quiste de uráco. La paciente está asintomática actualmente, en lista de espera para intervención. **Conclusiones:** La exploración ecográfica abdominal completa con una buena sistemática nos permite ir más allá de confirmar /infirmar una sospecha clínica, nos ayuda a detectar a veces patología poco frecuente.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS, INMUNIZACIONES

PC-273 — OSTEOMIELITIS AGUDA EN LACTANTES: UN RETO DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS.

Hernán, M.; Podio, C.; Francés, I.; Edo, L.; Infante, A.; Escolano, S. - *Hospital Universitario Lluís Alcanyís, Xàtiva, Valencia, España.*

Anamnesis: Lactantes de 1 y 17 meses que consultan por limitación de la función de una extremidad de unos 5 días de evolución. En el primer paciente los padres relataban hinchazón de la mano derecha e imposibilidad para la movilización del dedo pulgar. La segunda niña rechazaba el apoyo del pie izquierdo y asociaba enrojecimiento en la región interna del talón. Ambos sin antecedentes de interés y sin fiebre. En los dos casos sin traumatismo previo ni sospecha de picadura reciente. **Exploración clínica:** A la exploración el primer niño presentaba posición del dedo pulgar de la mano derecha en aducción, edema de la eminencia tenar, aumento de la temperatura en dicha región y eritema. En la segunda niña destacaba una lesión eritemato-violácea en la zona interna del talón izquierdo y rechazo al apoyo de dicha extremidad. En ambos casos dolor a punta de dedo y descartada puerta de entrada sugestiva de celulitis. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En ambos analíticas sanguíneas con hemograma normal y reactantes de fase aguda negativos, y pruebas de imagen sin hallazgos patológicos. Los diagnósticos definitivos se lograron con resonancia magnética, la cual mostraba en el primer paciente aumento de señal en la vertiente volar del hueso trapezoide y leve edema del músculo aductor del pulgar (osteomielitis de trapezoide de mano derecha) y en la segunda paciente aumento de señal en la vertiente posterior del calcáneo izquierdo con edema de músculo cuadrado plantar por contigüidad (osteomielitis de calcáneo izquierdo). Los dos precisaron ingreso hospitalario y presentaron buena evolución tras tratamiento intravenoso con Gentamicina y posteriormente con Cefuroxima oral en domicilio. **Conclusiones:** Las infecciones osteoarticulares son poco frecuentes en la infancia. Es importante sospecharlas en lactantes con limitación de la función de alguna extremidad que persiste en el tiempo, haya o no fiebre asociada. El diagnóstico precoz evita secuelas a largo plazo.

PC-274 — GRANULOMA PALPEBRAL GIGANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dorta Hernández, I.; Herrera Llobat, M.; Manso Pérez, S.; Sánchez Garrido Jiménez, I. - *Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.*

Anamnesis: Niño de 7 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés que consulta por masa en párpado inferior derecho de un mes de evolución. El cuadro comenzó como un orzuelo tratado con pomada oftálmica de oxitetraciclina/polimixina durante 10 días, con resolución parcial. Posteriormente apareció una lesión blanquecino-amarillenta que aumentó progresivamente de tamaño, asociando dificultad para el cierre palpebral y molestia funcional, sin dolor. **Exploración clínica:** TEP estable. Buen estado general, afebril, normohidratado y normocloreado. Eupenico, sin aspecto séptico. Exploración oftalmológica: lesión nodular rosada de aproximadamente 1 x 1 cm localizada en el tercio externo del párpado inferior derecho, protruyendo hacia el exterior. Presentaba leve hiperemia conjuntival, sin dolor a la palpación ni limitación de los movimientos oculares. Agudeza visual conservada (AV 1,0 en ambos ojos). Resto de la exploración oftalmológica y sistémica sin hallazgos patológicos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La biomicroscopía mostró una lesión nodular vascularizada de aproximadamente 7 mm en la conjuntiva tarsal inferior derecha, de base sésil, que protruye al exterior del párpado. Ante la sospecha diagnóstica de granuloma piógeno conjuntival secundario a proceso inflamatorio previo (orzuelo), se indicó tratamiento conservador inicial con pomada de oxitetraciclina/polimixina. Debido al tamaño de la lesión y su repercusión funcional, se programó exéresis quirúrgica con biopsia excisional para confirmación anatomopatológica. Como tratamiento postoperatorio se pautó colirio combinado de antibiótico y corticoide durante una semana. **Conclusiones:** El granuloma piógeno conjuntival es una lesión vascular benigna que puede aparecer como complicación de procesos inflamatorios palpebrales, como el orzuelo. Su crecimiento rápido y aspecto tumoral pueden generar dudas diagnósticas. La exploración oftalmológica detallada permite orientar el diagnóstico, mientras que la exéresis quirúrgica con estudio histopatológico constituye una opción eficaz en lesiones de gran tamaño, sintomáticas o refractarias al tratamiento conservador, con excelente pronóstico y baja tasa de recurrencia.

PC-275 — DE LA UÑA A LA AXILA: SIGUIENDO EL RASTRO DE LA INFECCIÓN

Trinidad Acedo, M.; López Rodríguez, A.; Rayego Sánchez, E.D.L.Á.; Cancio Dávila, L.; Domínguez García, A.; Descalzo Casado, A.; Ballano Pérez, C.; Sánchez Miranda, M.D.; González Caballero, O.; Del Castillo Navío, E. - *Hospital Materno Infantil de Badajoz, España.*

Anamnesis: Niño de 7 años que consulta por inflamación y eritema en región distal de tercer dedo de mano izquierda de 24 horas de evolución, asociando en las últimas 2-3 horas un trayecto eritematoso ascendente hasta región axilar izquierda. Refiere molestias en dedo afecto, dorso de mano y axila. Niega picaduras de insecto o traumatismos, relacionando el inicio del cuadro con el hábito de morderse las uñas. Afebril, sin otra clínica asociada. **Exploración clínica:** A la exploración física presenta buen estado general. Se objetiva lesión eritematopustulosa en lecho ungueal de tercer dedo de mano izquierda (compatible con paroniquia), asociada a un trayecto tubular eritematoso desde dicha lesión hasta región axilar ipsilateral. Asimismo, se palpan adenopatías axilares izquierdas subcentimétricas, blandas, no adheridas a planos profundos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se establece el diagnóstico clínico de linfangitis aguda, un

proceso inflamatorio de los vasos linfáticos del tejido celular subcutáneo, que generalmente ocurre tras una herida o picadura de insecto. Se distinguen dos formas principales: la linfangitis reactiva y la infecciosa. La forma reactiva consiste en una reacción de hipersensibilidad a las toxinas del insecto. Generalmente es autolimitada y únicamente precisa tratamiento sintomático (antihistamínico). Por otra parte, la linfangitis infecciosa es frecuentemente producida por *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*. Puede cursar con fiebre, dolor y adenopatías regionales. Se trata con Amoxicilina-Clavulánico vía oral, aunque precisaría tratamiento intravenoso en caso de afectación del estado general o no mejoría tras 48 horas. En este caso, la presencia de paroniquia y adenopatías regionales orientó hacia una etiología infecciosa. Dada la ausencia de síntomas sistémicos, se inició antibioterapia empírica vía oral, con resolución del cuadro en las 48-72 horas siguientes. **Conclusiones:** La aparición de un trayecto eritematoso ascendente asociado a una infección cutánea localizada debe hacer sospechar una linfangitis aguda e iniciar precozmente tratamiento antibiótico cuando existan datos sugestivos de etiología infecciosa.

PC-276 — PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA COMO COMPLICACIÓN DE UNA OTITIS MEDIA AGUDA

Esteban Romero, A.[1]; Gutiérrez Segovia, I.[1]; Roca, P.[2]; Fernández Martínez, I.[1]; Prats Alba, M.[1]; Renilla, S.[1]; San Jose, M.[1]; Aguera Nevado, C.[1]; Conde Sendagorta, M.[1].- [1]*Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España;* [2]*CS Rosa de Luxemburgo, Fuenlabrada, Madrid, España.*

Anamnesis: Niño de 3 años que consulta en Pediatría de Atención Primaria por fiebre, infección respiratoria de vías altas y otalgia derecha de 48 horas de evolución. Exploración compatible con otitis media aguda derecha, iniciándose tratamiento con amoxicilina. A las 48 horas reconsulta por desviación de la comisura bucal e imposibilidad para el cierre completo del ojo derecho, de 12 horas de evolución. La reevaluación clínica permitió sospechar parálisis facial periférica secundaria a otitis media aguda, derivándose urgentemente al hospital. **Exploración clínica:** Presentaba parálisis facial periférica derecha con afectación de la musculatura frontal y peribucal, compatible con grado III-IV de House-Brackmann. La otoscopia evidenciaba otitis media aguda bilateral. El resto de la exploración neurológica era normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En Urgencias Hospitalarias se realizó analítica sanguínea, hemocultivo y TC craneal, mostrando ocupación del oído medio y de las celdillas mastoideas sin erosión ósea. Tras valoración por otorrinolaringología se practicó miringotomía con drenaje transtimpánico. Recibió antibioterapia intravenosa con cefotaxima, corticoterapia sistémica, tratamiento ótico local en gotas (ciprofloxacino) y medidas de protección ocular. Presentó una evolución clínica favorable, con mejoría progresiva de la parálisis facial. Al alta permanecía afebril con recuperación parcial de la movilidad facial, persistiendo discreta desviación de la comisura bucal y lagoftalmos derecho. Se indicó seguimiento multidisciplinar por otorrinolaringología, oftalmología y pediatría de Atención Primaria. **Conclusiones:** La parálisis facial periférica es la neuropatía craneal más frecuente en la infancia; aunque la mayoría de los casos son idiopáticos, también puede aparecer secundariamente a infecciones, traumatismos o tumores. Su asociación con otitis media aguda es excepcional en la era antibiótica, atribuida a la extensión del proceso infeccioso al nervio facial. La sospecha precoz desde Atención Primaria, mediante una exploración sistemática y la reevaluación de los pacientes con evolución no esperada, resulta fundamental para realizar una derivación urgente, instaurar el tratamiento adecuado y minimizar el riesgo de secuelas.

GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN

PC-277 — IMPORTANCIA DEL CRIBADO DIRIGIDO EN ATENCIÓN PRIMARIA: DIAGNÓSTICO DE HEPATITIS C CRÓNICA EN UNA NIÑA ASINTOMÁTICA

Sola Aparicio, A.[1]; Martínez Oyarbide, N.[2]; Armañac Cadenas, C.[2]; Mujika Arrazola, M.[2]. - [1]*CS de Sarriguren, Navarra, España;* [2]*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.*

Anamnesis: Paciente de 12 años, natural de Brasil, residente en España desde hace 3 meses. Niña adoptada, con antecedente conocido de infección por VIH y VHC en la madre biológica. Acude a consulta de Pediatría de Atención Primaria para primera valoración tras la adopción. No refería sintomatología digestiva ni constitucional y no presentaba antecedentes personales de interés conocidos. **Exploración clínica:** Buen estado general. Exploración física dentro de la normalidad, sin hallazgos patológicos relevantes. Ausencia de ictericia, hepatomegalia, esplenomegalia u otros signos sugestivos de enfermedad hepática crónica. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Como parte de la evaluación inicial realizada en Atención Primaria, y teniendo en cuenta los antecedentes epidemiológicos, se solicitó estudio analítico, objetivándose elevación de transaminasas (AST 93 U/L, ALT 195 U/L), con hemograma, coagulación y resto de parámetros bioquímicos sin alteraciones. Ante la persistencia de la hipertransaminasemia, se amplió estudio con serologías para virus hepatotropos. Se detectaron anticuerpos anti-VHC positivos y ARN-VHC positivo con carga viral detectable elevada, compatible con infección crónica por VHC. Las serologías restantes, incluido VIH, fueron negativas. Tras el diagnóstico, la paciente fue derivada a Gastroenterología Pediátrica para valoración especializada. El estudio complementario mediante ecografía abdominal y elastografía hepática no mostró alteraciones estructurales ni datos de fibrosis hepática. Se inició tratamiento con sofosbuvir/velpatasvir durante 12 semanas, tras informar a la familia sobre la enfermedad y la importancia de la adherencia terapéutica. Durante el seguimiento se observó normalización de las transaminasas y negativización de la carga viral, manteniéndose la respuesta virológica tras finalizar el tratamiento. **Conclusiones:** - La hepatitis C crónica en Pediatría puede cursar de forma asintomática y manifestarse únicamente mediante alteraciones analíticas. - La identificación de antecedentes epidemiológicos de riesgo desde Atención Primaria resulta fundamental para orientar el estudio diagnóstico. - La valoración inicial de menores procedentes de adopción internacional ofrece una oportunidad para detectar enfermedades infradiagnosticadas y facilitar un tratamiento curativo precoz.

PC-278 — COLITIS SEUDOMEMBRANOSA COMO CAUSA DE DIARREA SANGUINOLENTA

Escalante Ocampo, P.[1]; Momblán Medina, I.[1]; Martín Bermejo, M.[1]; Ramos Gómez, P.[1]; Serrano Ortega, I.[1]; García Ceberino, C.[1]; Roncero Maillo, M.[2]. - [1]*Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España;* [2]*CS La Mejostilla, Cáceres, España.*

Anamnesis: Niña de 6 años que acude a urgencias por deposiciones diarreicas sanguinolentas en hasta diez ocasiones en las últimas 24 horas. Asocia dolor abdominal tipo cólico, sin vómitos ni otra clínica referida. Afebril. Niegan ambiente epidémico familiar. Antecedente de otitis de repetición, actualmente en tratamiento con cefixima. Refiere episodio similar el mes previo durante el cual también estaba completando tratamiento antibiótico. **Exploración clínica:** Hemodinámicamente estable, buen estado general y discreta deshidratación. Abdomen blando, depresible, dolor difuso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal ni masas palpables. Región perianal normal, sin fisuras. Resto de la exploración física normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica mostró leucocitosis con neutrofilia y elevación moderada de reactantes de fase aguda. Ante la presencia de diarrea sanguinolenta y el antecedente de tratamiento antibiótico reciente, se solicitó estudio microbiológico de heces mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR), detectándose *Clostridium difficile* toxina A/B. Se estableció el diagnóstico de colitis seudomembranosa secundaria a infección por *Clostridium difficile*. Se suspendió de forma inmediata el tratamiento con cefixima y se inició metronidazol vía oral junto con medidas de soporte consistentes en hidratación y vigilancia clínica. Evolución favorable y resolución progresiva de la sintomatología. **Conclusiones:** La infección por *Clostridium difficile* constituye una causa poco frecuente, aunque cada vez más reconocida, de diarrea asociada al uso de antibióticos en la población pediátrica. Aunque la colonización asintomática es frecuente en lactantes, en niños mayores con clínica compatible y factores de riesgo debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial. Ante una diarrea aguda sanguinolenta es

fundamental descartar otras etiologías más prevalentes, como infecciones por *Salmonella*, *Shigella*, o *Campylobacter* (entre otros), así como enfermedad inflamatoria intestinal u otras causas de colitis. Un diagnóstico precoz permite instaurar un tratamiento adecuado (retirada del antibiótico desencadenante y tratamiento específico) y prevenir complicaciones, además de favorecer un uso racional de los antibióticos.

HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA

PC-279 — PICA COMO MANIFESTACIÓN DE ANEMIA FERROPÉNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sala Lluch, S.; Font Casado, L.; Frances Jorda, E.; Gonzalo Consuegra, J.; Roda Huerta, E.; Pasques Gandía, M.J. -
Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.

Anamnesis: Niña de 4 años con clínica de semanas de evolución de ingesta de madera, papel y yeso de la pared. No tiene antecedentes personales de interés. Presenta una alimentación pobre en productos de origen animal por factor cultural y abundante ingesta de lácteos. Pertenecen a un área de población socioeconómicamente desfavorecida. **Exploración clínica:** Somatometría: Peso: 15.9 kg (P23, -0,73DE) Talla: 102 cm (P11, -1,22DE) IMC: 15,28 kg/m^2 (P51, 0,02DE) TEP estable con constantes normales. Leve palidez cutánea con resto de la exploración física anodina. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicita bioquímica y hemograma incluyendo metabolismo del hierro (hemoglobina 7.5 mg/dL, hematíes 4.77 x 10^12/L, VCM 55 fL, HCM 16 pg/cél, ADE 20.8 %, reticulocitos 1.48 %, transferrina 371 mg/dL, IST 5.5 %, ferritina 7 ng/mL), hallazgos compatibles con anemia ferropénica. Serología de celiaquía, vitamina B12 y B9 con resultado normal. 25-hidroxivitamina D 11 ng/mL. Se solicita radiografía de abdomen donde se descarta bezoar y no se observan otros hallazgos patológicos. Ante sospecha de pica por anemia ferropénica, se inició tratamiento con hierro oral a 6 mg/kg/día y suplementos de vitamina D. Se recomendó aumentar aportes de alimentos ricos en hierro y separarlos 2 horas de la ingesta de lácteos (2-3 raciones al día). Los síntomas desaparecieron con la normalización de la ferropenia. **Conclusiones:** La pica es un trastorno de la conducta alimentaria en el que existe ingesta compulsiva de sustancias no nutritivas. Se ha asociado frecuentemente a la ferropenia, por lo que se debe de tener en cuenta para identificar de forma precoz. Promover una alimentación variada, con alimentos ricos en hierro y menor ingesta de lácteos, es esencial para evitar desarrollar ferropenia en la edad pediátrica. Si se realiza una valoración nutricional completa y es normal, se debe valorar la posibilidad de patología psiquiátrica o alteración psicosocial.

MISCELÁNEA

PC-280 — SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN: LA IMPORTANCIA DE LA HIPERSOCIABILIDAD Y EL RETRASO DEL LENGUAJE

Alés Arroyo, M.D.L.Á.; López Córdoba, M.D.C.; Barrionuevo De La Torre, T.; González Romero, L. -
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España.

Anamnesis: Varón de 8 años, como antecedentes familiares destacan una tía paterna con comunicación interauricular intervenida y padre con bradicardia. En los controles del niño sano se objetivó fallo de medro en el primer año, así como un retraso grave del lenguaje a partir de los 9-12 meses que persistía a los 2 años de edad contrastado con una elevada capacidad social y afecto hacia extraños. Otros rasgos destacados fueron: marcha de puntillas ocasional, aleteo de manos, hiperacusia y un marcado gusto por el agua y la música. **Exploración clínica:** La revisión al nacimiento fue normal. Al mes de vida se detectó un soplo eyectivo I/VI en mesocardio con pulsos presentes, que desapareció posteriormente. A los 2 años se observó una discreta hipertrofia de gemelos, sin caídas frecuentes ni limitaciones en la flexo-extensión del pie. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realizaron evaluaciones también por Atención Temprana y Neurología Pediátrica. Analíticamente, se hallaron niveles de creatina-fosfocinasa normales y un perfil compatible con hipotiroidismo. Dada la confluencia de los signos neuroconductuales mencionados, se solicitó un estudio genético que confirmó el diagnóstico de síndrome de Williams-Beuren (deleción en la región 7q11.23). Secundariamente, se reconoció una discapacidad del 33 %. El paciente requirió un abordaje multidisciplinar. Fue derivado a Atención Temprana para terapia del lenguaje y Endocrinología Pediátrica inició tratamiento con levotiroxina para el hipotiroidismo. Finalmente, fue reevaluado preventivamente por Cardiología debido ala asociación de dicho síndrome con la estenosis aórtica supravalvular, descartándose anomalías estructurales. **Conclusiones:** El fenotipo conductual, marcado por hipersociabilidad y retraso lingüístico, es clave para sospechar el síndrome de Williams-Beuren. El seguimiento del paciente en Atención Primaria permite detectar precozmente el fallo de medro y comorbilidades como el hipotiroidismo. Confirmado el diagnóstico genético, es obligatorio el cribado cardiológico y un abordaje multidisciplinar temprano para optimizar el desarrollo.

PC-281 — TUMORACIÓN FRONTOPARIETAL DE CRECIMIENTO PROGRESIVO EN UN ADOLESCENTE

Carrasco Villanueva, M.J.[1]; Haupt Arabia, V.[1]; Sierra Águila, M.[1]; Martín Iranzo, N.M.[1]; Santos García, J.G.[2]; Rodríguez Calleja, J.[1]; de la Torre Santos, S.I.[1]; Macías Panedas, A.[1]; Peña Valenceja, A.[1]; Izquierdo Herrero, E.[1]. - [1]*Complejo Asistencial Universitario de Palencia, España;* [2]*CS Pintor Oliva, Palencia, España.*

Anamnesis: Varón de 13 años, sin antecedentes personales de interés, que consultó por una tumoración frontoparietal derecha de dos semanas de evolución, con aumento progresivo de tamaño en los días previos. No refería antecedente de traumatismo craneal ni presentaba cefalea, vómitos, fiebre, alteraciones visuales o síntomas neurológicos. **Exploración clínica:** A la exploración física se objetivó una masa frontoparietal derecha de aproximadamente 10 × 5 cm, de consistencia gomosa, discretamente dolorosa a la palpación, sin signos inflamatorios locales ni focalidad neurológica. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La ecografía de partes blandas mostró una lesión subcutánea quística septada, compresible y sin vascularización significativa, planteándose como diagnóstico diferencial una malformación vascular o linfática, tumoración de partes blandas, hematoma o absceso. Se completó el estudio con resonancia magnética craneal, que evidenció una colección subgaleal laminar de 60 × 40 × 5 mm con contenido hemático en diferentes estadios evolutivos, sin afectación ósea ni intracraneal, compatible con hematoma subgaleal en evolución. Dada la estabilidad clínica del paciente y la ausencia de datos de alarma, se optó por manejo conservador y seguimiento clínico estrecho conjunto en Atención primaria y Hospitalaria, observándose resolución espontánea completa de la lesión a los tres meses. **Conclusiones:** El hematoma subgaleal espontáneo debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones craneales pediátricas, incluso en ausencia de traumatismo evidente. La ecografía constituye una herramienta útil de aproximación inicial, mientras que la resonancia magnética permite caracterizar la lesión y descartar patología subyacente relevante. En pacientes clínicamente estables, el manejo conservador puede ser una estrategia segura y eficaz, evitando procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios.

NEFROLOGÍA, INFECCIÓN URINARIA

PC-282 — CUANDO LAS PIEZAS ENCAJAN: PAPEL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DIAGNÓSTICO DE UN SÍNDROME NEFRÓTICO GENÉTICO

Domínguez León León, V.[1]; Caro Vicario, I.[2]; González Vargas, C.[1]; Ponce Chazarri, L.[1]; Rodríguez Barba, A.[1]. -
[1]*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;*
[2]*Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla, España.*

Anamnesis: El síndrome nefrótico es una de las glomerulopatías más frecuentes en pediatría y requiere un diagnóstico precoz por sus potenciales complicaciones. Aunque la mayoría de los casos corresponden a formas corticosensibles, la identificación de etiologías genéticas resulta

fundamental por sus implicaciones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas. Varón de 3 años derivado desde Atención Primaria por edemas y proteinuria en rango nefrótico. Entre sus antecedentes destacan hipogammaglobulinemia, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia detectadas cuatro meses antes durante el estudio de un posible síndrome de apnea-hipopnea del sueño. En una ecografía abdominal realizada en ese contexto se objetivó nefromegalia bilateral. La revisión de estudios previos reveló una hipoalbuminemia grave (1,6 g/dl) no interpretada inicialmente. Asimismo, estaba pendiente resultado de estudio genético solicitado. Los padres referían distensión abdominal y episodios de edemas intermitentes de seis meses de evolución, sin alteraciones de la diuresis. Inicialmente se relacionó con posibles intolerancias digestivas o alergias. Su pediatra solicitó un análisis de orina que mostró proteinuria en rango nefrótico y microhematuria, derivando al paciente a Nefrología Pediátrica. **Exploración clínica:** Al ingreso presenta hipertensión arterial, edema facial, pretibial y escrotal, junto con marcada distensión abdominal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica confirmó síndrome nefrótico con cociente proteína/creatinine (CPC) de 40.08 mg/mg y función renal conservada. Se inició tratamiento con corticoterapia, profilaxis antitrombótica, estatinas y antihipertensivos. La evolución fue desfavorable, con oligoanuria y necesidad de albúmina intravenosa y furosemida. En el estudio genético se identificó una mutación en WT1 compatible con síndrome nefrótico genético, motivo por el que se suspendió progresivamente la corticoterapia. Actualmente permanece clínicamente estable y con función renal conservada por el momento. **Conclusiones:** Se subraya la importancia de integrar los hallazgos clínicos y analíticos y de considerar etiologías genéticas en ausencia de respuesta al tratamiento. Destaca el papel esencial del pediatra de Atención Primaria en la detección precoz y derivación oportuna, claves para alcanzar el diagnóstico definitivo.

PC-283 — UN EDEMA PALPEBRAL PERSISTENTE: MÁS ALLÁ DE LA SOSPECHA OFTALMOLÓGICA

Sola Aparicio, A.[1]; Gordo Bazán, I.[2]; Mujika Arrazola, M.[2]; Fernández de Quincoces, M.[2]; Vizmanos Larrayoz, M.[2]. - [1]*CS de Sarriguren, Navarra, España;* [2]*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.*

Anamnesis: Niña de 5 años que consulta por edema palpebral bilateral desde hace varios días. No presentaba fiebre, secreción ocular, dolor ni alteraciones visuales. Como antecedente reciente destacaba cuadro catarral leve. Ante la sospecha inicial de conjuntivitis, se instauró tratamiento tópico ocular. Una semana después consultó por persistencia y progresión del edema palpebral. Los padres añadían aumento progresivo del perímetro abdominal, ganancia ponderal de 2kg, disminución de las micciones diarias y orina espumosa, sin hematuria macroscópica. **Exploración clínica:** Buen estado general. Constantes vitales normales, tensión arterial en rango. Edema palpebral bilateral blando, sin hiperemia conjuntival. Facies edematosa, abdomen globuloso compatible con ascitis y marcada impronta elástica de la ropa interior en cintura y región inguinal. Resto de la exploración sin hallazgos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la presencia de edema generalizado y la ausencia de hallazgos compatibles con patología ocular, se realizó tira reactiva de orina, objetivándose proteinuria (+++/++++), sugestiva de síndrome nefrótico, por lo que fue derivada a Urgencias. En Urgencias se realizó analítica sanguínea con hipoalbuminemia (< 2,5 g/dL), hipoproteinemia, hipercolesterolemia e hiperlipidemia, con función renal conservada. Analítica de orina con proteinuria en rango nefrótico e índice proteína/creatinina urinario > 2 mg/mg. Dichos hallazgos eran compatibles con debut de síndrome nefrótico idiopático. La paciente ingresó en Planta para monitorización clínica, control de peso, balance hídrico e inicio de corticoterapia sistémica, presentando evolución favorable con disminución progresiva del edema y de la proteinuria. **Conclusiones:** - El edema palpebral persistente puede ser la forma de presentación de un síndrome nefrótico y confundirse con procesos oftalmológicos banales. - La tira reactiva de orina es una herramienta sencilla y de gran rentabilidad diagnóstica en Atención Primaria, permitiendo una derivación precoz e inicio temprano del tratamiento. - El reconocimiento precoz del síndrome nefrótico desde Atención Primaria permite acelerar la derivación hospitalaria, iniciar tratamiento oportuno y prevenir complicaciones.

NEUROLOGÍA

PC-284 — ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN PEDIATRÍA: PRESENTACION ATÍPICA Y RETO DIAGNÓSTICO

Puerta Beteta, A.[1]; Jadraque, R.[2]. - [1]*Hospital General Dr. Balmis, Alicante, España;* [2]*Hospital General Universitario, Alicante, España.*

Anamnesis: Se trata de una niña de 10 años que acude a Urgencias por sensación de giro de objetos y vómitos de tres días de evolución. Afebril. Sin otra sintomatología asociada. **Exploración clínica:** En la exploración física destaca un nistagmo horizontal con Romberg positivo hacia la izquierda, marcha torpe con aumento de la base de sustentación y desplazamiento hacia la izquierda. El resto de la exploración física fue normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica sanguínea fue anodina. Se realiza un TAC que resultó normal y una punción lumbar con bioquímica normal y cultivo negativo. En la inmunoquímica del LCR se observan múltiples bandas oligoclonales del IgG y en la RM cerebral múltiples lesiones focales supra e infratentoriales sugestivas de lesiones desmielinizantes con criterios de diseminación en espacio (más de 5 lesiones periventriculares e infratentoriales). La RM medular fue normal y los potenciales evocados visuales fueron compatibles con una neuropatía del nervio óptico de tipo desmielinizante bilateral de grado leve para el ojo izquierdo y moderado para el derecho. Los potenciales evocados auditivos fueron normales. Ante un primer episodio de afectación desmielinizante se inicia tratamiento con metilprednisolona a 1g/dia durante 3 dias y posteriormente prednisona oral 1g/dia con desaparición de la sintomatología. **Conclusiones:** La paciente cumple criterios de Mc Donald para Esclerosis Múltiple de diseminación en tiempo (Presencia de bandas oligoclonales específicas en el líquido cefalorraquídeo) y en espacio (más de 5 lesiones periventriculares e infratentoriales). Este caso subraya la importancia de un buen diagnóstico diferencial del vértigo en pediatría y nunca olvidar formas de presentación atípica de patologías poco frecuentes en pediatría.

PC-285 — DESVIACIÓN LINGUAL POST-ADENOIDECTOMÍA: MANEJO Y EVOLUCIÓN DE UNA NEUROPRAXIA IATROGÉNICA

Fernández Rodríguez, L.[1]; Iglesias Oricheta, M.[1]; Escudero Villafañe, A.[1]; Herreras Martínez, A.[1]; Rodrigo Fernández, A.[1]; Gómez Sorrigueta, P.[2]; González García, E.[2]; Rodríguez Del Corral, C.[3]. - [1]*Complejo Asistencial Universitario de León, España;* [2]*CS Antonio Gutiérrez, España;* [3]*EAP El Crucero GAP, León, España.*

Anamnesis: La lesión transitoria del nervio hipogloso tras procedimientos otorrinolaringológicos o manipulación de la vía aérea es una complicación poco frecuente. La desviación lingual postoperatoria se ha relacionado con compresión o estiramiento del nervio secundario a intubación orotraqueal, uso de mascarilla laríngea o hiperextensión cervical durante la cirugía. **Exploración clínica:** Niño de 7 años intervenido de adenoidectomía por parte de Otorrinolaringologia, bajo anestesia general, sin incidencias aparentes durante la cirugía. Acude a consulta de Atención Primaria cinco días tras la cirugía, por presentar tumoración en el borde lateral derecho de la lengua, no dolorosa, sin eritema ni hematoma visible. En la exploración física destaca además leve desviación de la punta lingual hacia el lado derecho, mismo lado que la tumoración. Ausencia de disfagia, disartria ni afectación de otros pares craneales. Movilidad lingual discretamente limitada, manteniendo adecuada tolerancia oral. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la ausencia de signos inflamatorios o hemorrágicos y la estabilidad clínica, se decide actitud conservadora y observación. Se cita al paciente en consulta para ver evolución. A los 15 días, la lesión desaparece espontáneamente con recuperación completa de la movilidad lingual, siendo el cuadro compatible con neuropraxia transitoria del nervio hipogloso secundaria a manipulación de la vía aérea durante la cirugía. **Conclusiones:** La desviación lingual transitoria post-adenoidectomía constituye una complicación excepcional y probablemente infradiagnosticada. El diagnóstico es clínico y el reconocimiento precoz permite evitar exploraciones invasivas innecesarias. Es fundamental tranquilizar a la familia ante un cuadro generalmente

benigno y autolimitado. La fisiopatología más aceptada incluye compresión mecánica del nervio hipogloso durante la instrumentación de la vía aérea. Aunque la evolución suele ser favorable con manejo conservador, es importante realizar seguimiento clínico hasta la resolución completa de la sintomatología.

PC-286 — DOCTORA, ¿POR QUÉ SE LE PONEN ROJAS LAS OREJAS?

Almeida de Miranda, G.; Recalde Tabar, A.; Portugal Rodríguez, R.; Clavijo Izquierdo, M.E.; Gabaldón Pastor, D.; Portillo Sanz, L.; Marrón Alonso, M.; Dios Puebla, E.; Bujedo Muñoz, A.; García Terrazas, A. - *Hospital Universitario, Burgos, España.*

Anamnesis: Niño de ocho años sin antecedentes de interés salvo sobrepeso que acude a consulta por episodios de enrojecimiento y sensación de calor en ambas orejas de un año de evolución. En ocasiones los episodios, que suelen durar media hora, se relacionan con la práctica de deporte. Refiere mejoría con medidas físicas como frío local. No asocia otra sintomatología como focalidad neurológica, cefalea, fiebre o vómitos. **Exploración clínica:** En el momento de la consulta exploración física normal: no presenta lesiones cutáneas. No focalidad neurológica ni rigidez de nuca. Aportan fotografías de uno de los episodios en las que se objetiva eritema en pabellones auriculares, sin impresionar de edema marcado ni secreciones **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se solicita analítica básica con hemograma y bioquímica, reactantes de fase aguda y perfiles férrico, hepático y tiroideo, sin alteraciones; y se propone manejo conservador con evitación de factores desencadenantes identificados y medidas físicas. **Conclusiones:** El síndrome de orejas rojas (SOR) es una entidad poco frecuente en edad Pediátrica y probablemente infradiagnosticada, descrita por primera vez hace 32 años. Se caracteriza por episodios paroxísticos de enrojecimiento del pabellón auricular causados por la vasodilatación del territorio de la arteria aurículo-temporal aunque la fisiopatología no está de todo definida. Estos episodios pueden ocurrir de forma espontánea o desencadenados por factores como cambios en la temperatura, el ejercício físico o estrés. En Pediatría son más frecuentes las formas de SOR idiopáticas, pero se puede presentar también secundariamente a disfunciones temporo-mandibulares y otras patologías de la columna cervical y craneales. Es importante considerar como posibilidad en el diagnóstico diferencial de la policondritis recidivante, y patología infecciosas como el herpes zóster y la erisipela.

NEUROLOGÍA, MIOPATÍAS

PC-287 — DERMATOMIOSITIS JUVENIL CON DOBLE POSITIVIDAD DE ANTICUERPOS: AFECTACIÓN CUTÁNEA, MUSCULAR Y DISFAGIA

Borrego Prado Prado, M.; Escabias, C.; Aguilera Bellido, A.; Barangua Gómez-Calero, P.; Becerra Fernández, I.; Rendón Montañés, P.; Lara García, M. - *Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.*

Anamnesis: Paciente de 13 años que ingresa para estudio de debilidad muscular y astenia de un mes de evolución. Asocia edema facial y lesiones papulosas en nudillos de ambas manos. Antecedentes familiares: espondiloartritis en rama materna. **Exploración clínica:** Se objetivó eritema en heliotropo y pápulas de Gottron en nudillos (patognomónicos), edema facial y eritema paraesternal. A nivel neuromuscular, claudicación temprana de musculatura proximal de las cuatro extremidades, cuantificada mediante la Escala de Evaluación Muscular Manual (MMT-8: 67/80) y la Escala de Valoración de Miositis Infantil (CMAS: 42/51). Además, presentaba afectación de musculatura orofaríngea con disfagia leve a sólidos. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La analítica mostró elevación discreta de enzimas de daño muscular (AST 59 U/L y CPK 215 U/L), anticuerpos antinucleares positivos (1/160 homogéneo) y anticuerpos antinucleares extraíbles positivos (1/160 moteado). Los anticuerpos específicos de miopatía inflamatoria fueron positivos para anti-TIF1-gamma (fuerte) y anti-cN-1A (moderada). El electromiograma y la resonancia magnética muscular confirmaron un proceso miopático inflamatorio proximal, y la evaluación endoscópica de la deglución confirmó disfagia leve. La capilaroscopia evidenció vasos tortuosos y decapitados. Finalmente, se descartó patología neoplásica mediante tomografía computarizada toracoabdominal. Manejo y tratamiento: Inducción con tres pulsos de metilprednisolona intravenosa, seguidos de prednisona oral (40 mg/día) y metotrexato subcutáneo (20 mg/semana). Se pautó suplementación con ácido fólico, calcio, fotoprotección estricta y dieta de texturas adaptadas con alimentos hidratados. **Conclusiones:** La dermatomiositis con anticuerpos anti-TIF1-gamma en adultos se asocia frecuentemente con síndrome paraneoplásico. En pediatría se realiza cribado solo si existen factores de riesgo como astenia marcada, pérdida de peso o signos de alarma en la exploración. La positividad para anti-cN-1A se asocia a curso más agresivo y progresión de la disfagia. El diagnóstico precoz, la terapia antiinflamatoria intensiva y el manejo multidisciplinar son fundamentales para un adecuado manejo y mejor pronóstico.

ORTOPEDIA, APARATO LOCOMOTOR

PC-288 — COJERA AGUDA EN EL NIÑO, DOS CASOS CON SOSPECHA INICIAL DE OSTEOMIELITIS

González Casals, M.; Quilis Esquerra, J.; Barrera Segura, E.; Bonil, V.; Miró i Fatàs, G.; Martínez Mejias, A. - *Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona, España.*

Anamnesis: Se describen dos casos de pacientes varones de cinco años que consultaron a urgencias por dolor agudo en el pie derecho asociado a cojera e impotencia funcional de menos de veinticuatro horas de evolución sin antecedente traumático o fiebre. En el primer caso, el cuadro se acompañó de un cuadro catarral concomitante, mientras que el segundo había presentado una amigdalitis estreptocócica un mes antes. **Exploración clínica:** Los pacientes presentaban estabilidad hemodinámica y estaban afebriles. En la exploración física se objetivaba dolor selectivo a la palpación en el dorso y en la zona media del pie derecho, asociado a edema discreto y, en uno de los casos, eritema localizado. Ambos mostraron una marcha antiálgica con impotencia funcional significativa. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la sospecha clínica inicial de osteomielitis, se realizaron analíticas sanguíneas que mostraron parámetros infecciosos y reactantes de fase aguda negativos. Se inició antibioterapia intravenosa empírica y ambos pacientes se ingresaron para estudio. Tras la valoración de las radiografías simples por traumatología pediátrica, se objetivó un aumento de densidad y esclerosis del hueso escafoides del tarso, característico de la enfermedad de Köhler. Confirmado el diagnóstico, se suspendió el tratamiento antibiótico, sustituyéndolo por analgesia y reposo, con una evolución clínica favorable. **Conclusiones:** La cojera es un motivo de consulta frecuente en pediatría que, pese a su habitual evolución benigna, exige un diagnóstico diferencial sistemático para descartar procesos urgentes como la infección osteoarticular. La enfermedad de Köhler, una osteocondrosis por necrosis avascular del escafoides del tarso, típica entre los tres y siete años, debe sospecharse ante dolor mecánico en el mediopié. Un alto índice de sospecha clínica y el uso racional de la radiografía simple permite confirmar el diagnóstico de forma precoz, evitando así derivaciones, ingresos hospitalarios y tratamientos antibióticos innecesarios.

PC-289 — ENFERMEDAD DE FREIBERG COMO HALLAZGO INCIDENTAL: LA IMPORTANCIA DE UNA EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DE LA RADIOGRAFÍA

Pasamón García, S.[1]; Alquézar Yus, P.[1]; Altuzarra Foncea, Y.[1]; Brizuela Delgado, J.[1]; De Pablo de las Heras, M.[2]; García de la Cruz, M.[1]; Ibañez Rubio, S.[1]; Jarauta Sánchez, I.[1]. - [1]*Hospital San Pedro, Logroño, La Rioja, España;* [2]*CS Ágreda, Ágreda, Soria, España.*

Anamnesis: Varón de 13 años, jugador de fútbol, sin antecedentes personales de interés, que consulta por dolor en pie derecho tras traumatismo de baja energía ocurrido seis días antes. Refiere molestias persistentes durante la marcha, sin limitación funcional significativa ni otros síntomas asociados. **Exploración clínica:** Buen estado general. Marcha

conservada. Dolor leve a la palpación en la región dorsal del antepié derecho, sin deformidad, edema significativo ni signos inflamatorios. Movilidad de tobillo y articulaciones metatarsofalángicas conservada. Exploración neurovascular distal normal. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza radiografía simple de pie derecho para descartar lesión ósea traumática aguda. No se identificaron fracturas ni luxaciones. Como hallazgo incidental se observó aplanamiento e irregularidad de la cabeza del segundo metatarsiano, con pérdida de su convexidad habitual, compatible con enfermedad de Freiberg. Tras reevaluación dirigida, el paciente confirma episodios ocasionales de molestias mecánicas relacionadas con la actividad deportiva, sin repercusión funcional. Se remite a traumatología pediátrica, que indica tratamiento conservador mediante reducción temporal de actividades de impacto, medidas de descarga, analgesia a demanda y seguimiento clínico-radiológico. **Conclusiones:** La enfermedad de Freiberg debe sospecharse ante alteraciones morfológicas de la cabeza del segundo metatarsiano en pacientes pediátricos y adolescentes. Es importante realizar una evaluación sistemática de las pruebas complementarias de imagen solicitadas, ya que en ellas pueden hallarse signos clínicamente relevantes no relacionados con el motivo de consulta. Su reconocimiento precoz permitirá orientar el seguimiento y evitar retrasos diagnósticos.

PC-290 — LOS PRIMEROS PASOS

Pequeño Pérez, S. - *Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, Alicante, España.*

Anamnesis: Lactante mujer de 14 meses, sin antecedentes de interés y correctamente vacunada, que acude a urgencias por rechazo del apoyo del pie izquierdo de tres días de evolución, sin traumatismo conocido. La madre refiere no inició de deambulación autónoma previamente. Afebril en todo momento. No presentó cuadro infeccioso los días previos. **Exploración clínica:** Buen estado general, normohidratada y normocolorada. A nivel locomotor, presenta rechazo a la deambulación con retirada de ambos miembros inferiores. El miembro inferior derecho no muestra alteraciones. En el miembro inferior izquierdo se objetiva dolor a la palpación en la región diafisaria tibial de predominio medial, asociado a aumento de la temperatura local. No presenta limitación de la movilidad de la cadera, rodilla ni tobillo, ni inflamación articular, deformidades ni lesiones cutáneas. Resto de exploración anodina. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se recomienda realizar radiografía, rechazada por la familia, por lo que se realiza ecografía clínica que muestra disrupción cortical de la diáfisis tibial distal, compatible con fractura de Toddler. Se contacta con traumatología que pauta inmovilización con férula inguinopédica, analgesia y seguimiento en consultas externas a las tres semanas con control radiográfico. En dicha revisión se evidencia la formación de callo perióstico radiológicamente, confirmando la evolución favorable de la fractura. Dado que la paciente se encuentra asintomática, se retira la férula y se recomienda la reanudación progresiva de la carga. **Conclusiones:** - La fractura de Toddler debe sospecharse ante toda cojera o rechazo del apoyo sin traumatismo evidente en niños entre 9 meses y 3 años. - La radiografía simple es la prueba inicial de elección, aunque la ecografía es una prueba alternativa útil ante sospecha elevada cuyo uso ha aumentado en los últimos años. - Realizar diagnóstico diferencial con otras patologías integrando anamnesis, clínica y prueba de imagen ante cojera en lactante. - El tratamiento conservador ofrece un pronóstico bueno sin secuelas, aunque en ocasiones precisan inmovilización.

PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA

PC-291 — PETEQUIAS EN LA REVISIÓN DEL NIÑO SANO: DETECCIÓN PRECOZ DE UNA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Blázquez Soriano, M.; Artigas Rodríguez, S.; Calles Ledezma, M.; Esquivel Quina, E.; García Pérez, M.; Lafitte Buisan, J.; Ortín García, L.W.; Salvà Núñez, R.; Moreno Afonso, I.; Szalaty Zachoszcz, P.Z.- *CAP Sagrada Familia, Barcelona, España.*

Anamnesis: Varón de 3 años, sin antecedentes personales de interés y con calendario vacunal correctamente cumplimentado, que acude a la consulta de Enfermería para la revisión del Programa de Salud Infantil de los 3 años, en la que estaba prevista la administración de la segunda dosis de la vacuna triple vírica y varicela. La madre refiere la aparición, en los días previos, de manchas cutáneas, sin asociar fiebre, traumatismos ni otra sintomatología relevante. **Exploración clínica:** Antes de realizar las mediciones antropométricas y de administrar la vacuna, se observan múltiples lesiones petequiales y varias equimosis distribuidas por diferentes localizaciones corporales, sin otros hallazgos patológicos en la exploración. Ante la sospecha de trombocitopenia, se decide posponer la vacunación prevista y derivar de forma urgente al paciente al hospital. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En Urgencias se realiza una analítica sanguínea que evidencia trombocitopenia significativa (Plaquetas 13.000/uL), motivo por el que se decide el ingreso hospitalario para estudio. Ante la sospecha diagnóstica de púrpura trombocitopénica inmune, se administra tratamiento con inmunoglobulina intravenosa. Tras el alta, el paciente continúa seguimiento por Hematología Pediátrica. En los controles posteriores persisten oscilaciones en el recuento plaquetario, por lo que se está valorando la realización de un aspirado de médula ósea para completar el estudio etiológico. **Conclusiones:** La revisión del niño sano constituye una oportunidad para la detección precoz de enfermedades potencialmente graves, más allá de la evaluación del crecimiento y la administración de vacunas. Este caso pone de manifiesto la importancia de una exploración física sistemática por parte de Enfermería de Atención Primaria, que permitió identificar signos de alarma, evitar la administración de vacunas de virus vivos atenuados en un contexto clínico no adecuado y agilizar la derivación hospitalaria, favoreciendo un diagnóstico y tratamiento precoces.

PEDIATRÍA PRENATAL, NEONATOLOGÍA

PC-292 — LA PIEL COMO VENTANA AL PASADO: CIRCULACIÓN COLATERAL POR CATETERISMO EN ANTIGUA PREMATURA EXTREMA

Conde-Pumpido Velasco, M.[1]; Pascual García, C.[1]; Marquina Cintora, S.[2]; Vaquero Sosa, E.[2]. - [1]*Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España;* [2]*CS Ciudades, Madrid, España.*

Anamnesis: Niña de 8 años con antecedente de prematuridad extrema (26+6 semanas de edad gestacional) y muy bajo peso al nacer (603g, -2.1DE) que acude a su pediatra de Atención Primaria por oscurecimiento y aumento de tamaño de vasos sanguíneos en hombro y brazo derecho de unos 2-3 meses de evolución. No refiere dolor, edema, eritema ni impotencia funcional. Revisando el historial de la paciente se observa antecedente de absceso y trombosis de vena subclavia secundaria a catéter en periodo neonatal en dicha localización. **Exploración clínica:** Se observa circulación colateral superficial en región de clavícula, hombro y tercio superior de brazo derecho (Imágenes 1 y 2). No se palpan cordones venosos. No presenta dolor a la palpación ni signos de tumefacción. Claudicación a la elevación del miembro por encima del nivel del hombro durante más de 20-30 segundos. Resto de la exploración física sin hallazgos relevantes. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se deriva a la paciente a Pediatría General para valoración y se deriva a hospital de referencia para realización de AngioTC y tratamiento por Cirugía Pediátrica y Radiología Intervencionista según resultado. **Conclusiones:** En caso de circulación colateral a nivel del hombro y cuello se debe descartar un síndrome de vena cava superior (SVCS), cuadro clínico secundario a obstrucción del flujo sanguíneo que drenan cabeza, cuellos y brazos. Las principales causas son neoplasias de pulmón, linfomas y trombosis secundarias a dispositivos médicos como catéteres venosos centrales. Nuestra paciente no presenta sintomatología compatible con SVCS (disnea, edema, ingurgitación yugular), pero el aumento de la circulación colateral y la claudicación nos obligan a descartar una trombosis profunda u otras complicaciones de su patología de base. El tratamiento dependerá de los hallazgos en la prueba de imagen, pues si se observara una trombosis profunda se haría tratamiento médico con antiagregantes y en casos más avanzados, valorar la cirugía vascular.

PEDIATRÍA SOCIAL

PC-293 — EL PUDOR COMO FACTOR DE RETRASO DIAGNÓSTICO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL PEDIÁTRICA

Herrera Herrera, D.N.[1]; Rubio Mantas, L.[1]; Pérez Iglesias, L.[1]; Hormigo Moreno, E.[1]; Begara de la Fuente, M.[2]; Guisado Rasco, M.C.[2]; Coronel Rodríguez, C.[2]. - [1]*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España;* [2]*CS Amante Laffón, Sevilla, España.*

Introducción: El diagnóstico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) en pediatría puede demorarse por la inespecificidad de sus síntomas. En adolescentes, el pudor ante la clínica perianal actúa frecuentemente como una barrera que retrasa la exploración física y el diagnóstico precoz. Descripción del caso: Paciente mujer de 13 años que acude a su Pediatra de Atención Primaria (PAP) acompañada por su padre (no conviviente habitual) y que consulta por febrícula intermitente de 3 semanas de duración. En la anamnesis dirigida por su PAP, solo refiere pérdida de peso de 14 kg y tres deposiciones diarreicas diarias con despertar nocturno. La exploración por aparatos fue normal. Posteriormente, acude a Urgencias hospitalarias acompañada de su madre por un fuerte dolor en ano y vulva. Durante la anamnesis se objetivó que la paciente había omitido inicialmente parte de la sintomatología por pudor, condicionada por la presencia de su padre. En la exploración se descubre supuración perianal, pautándose amoxicilina-clavulánico y descartándose intervención por cirugía pediátrica. En este contexto, su PAP completa de forma ambulatoria un estudio de heces, objetivando coprocultivo negativo y una calprotectina fecal elevada. La persistencia de la sintomatología junto con la reaparición de fiebre elevada motivó una nueva consulta y se decide ingreso para estudio preferente. Durante el ingreso, la RM pélvica evidencia una fístula perianal anterior complicada con absceso bilateral en ambas fosas isquioanales. La colonoscopia confirmó el diagnóstico de Enfermedad de Crohn ileocolónica. **Conclusiones:** La patología perianal y la diarrea con despertar nocturno son signos de alarma indicativos de organicidad. Este caso subraya el papel crucial del PAP en la sospecha y derivación preferente de la EII, así como la importancia de crear entornos familiares y asistenciales que favorezcan la confianza, la escucha activa y una anamnesis dirigida para detección precoz y así evitar secuelas graves a largo plazo.

SUPERVISIÓN DE LA SALUD

PC-294 — RECONOCIENDO EL HEMATOMA DE ERUPCIÓN DENTAL EN UNA CONSULTA CUALQUIERA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Escobar Hernaiz, B.; Montejo Marcos, B.; Andrés Blanco, L.; García Calvo, E.; Ureña Buch, E.; Seijo Rodríguez, J.; García Ugarte, B.; Domínguez Sevillano, B.; Estefan Andrés, M.F.; Martín Valbuena, J. - *Hospital Universitario de Salamanca, España.*

Anamnesis: Lactante varón de 8 meses de edad que acude al servicio de urgencias pediátricas tras la aparición, en las últimas horas, de una lesión de coloración oscura en la encía superior derecha. Los cuidadores niegan antecedentes de traumatismo previo, fiebre u otra sintomatología asociada. Como antecedente farmacológico relevante, el paciente recibe suplementación con colecalciferol (10000 UI/1ml). **Exploración clínica:** Al examen físico, el paciente presenta un Triángulo de Evaluación Pediátrica estable, con buen estado general, activo, reactivo y bien hidratado. En la exploración de la cavidad oral, se observa en la arcada dentaria superior derecha una ligera tumefacción violácea de menos de 1 cm de diámetro. No se aprecian petequias, exantemas ni adenopatías significativas. El resto de la exploración sistémica (auscultación cardiopulmonar, abdomen y signos meníngeos) se encuentra dentro de la normalidad. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Basándose en la presentación clínica característica y la edad del paciente, se establece el diagnóstico principal de hematoma de la erupción dentaria. Debido a la naturaleza benigna y asintomática del cuadro en este caso, no se precisa intervención terapéutica ni farmacológica. Se indica el alta hospitalaria con recomendaciones de observación domiciliaria, vigilancia de signos de alarma y seguimiento evolutivo por su pediatra de atención primaria. **Conclusiones:** El hematoma de erupción es una variante del quiste de erupción, originada por la acumulación de sangre en el folículo dental cuando la corona no logra romper la mucosa gingival. Es una patología transitoria y benigna que suele resolverse espontáneamente con la erupción del diente. Su reconocimiento y seguimiento por parte del pediatra es importante para considerar la ulectomía si el hematoma presenta dolor persistente, infección o si la fibrosis gingival retrasa significativamente la erupción dificultando la alimentación del lactante.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS, INMUNIZACIONES

PC-295 — FIEBRE INTERMITENTE, CITOPENIAS Y ESPLENOMEGALIA: LEISHMANIASIS COMO ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE EN PEDIATRÍA

Aguilera Bellido, Á.; Vargas Pérez, M.; Borrego Prado, M.L.; Rendón Montañés, P.; Lara García, M.; Becerra Fernández, I.; Barangua Gómez-Calero, P. - *Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.*

Conclusiones: La leishmaniasis visceral es una enfermedad sistémica causada por parásitos protozoarios del género Leishmania, transmitida a través de la picadura de flebótomos infectados. En el área mediterránea, constituye una afección endémica donde el perro actúa como el principal reservorio. El cuadro clínico se caracteriza por la invasión de los macrófagos del sistema retículo-endotelial, lo que deriva en fiebre prolongada, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia y alteraciones hematológicas severas, requiriendo un diagnóstico precoz para evitar complicaciones graves. Este trabajo describe el manejo de un niño de tres años con fiebre intermitente de un mes de evolución, esplenomegalia palpable a cuatro centímetros bajo el reborde costal y palidez mucocutánea, residente en una zona rural en contacto con perros. Los estudios iniciales mostraron una pancitopenia severa con hemoglobina de 7,1 gramos por decilitro, neutropenia y plaquetopenia, además de una elevación leve de transaminasas e hipergammaglobulinemia. Se planteó un diagnóstico diferencial que incluyó infecciones por Citomegalovirus, Virus de Epstein-Barr y tuberculosis, con resultados negativos; además de una posible etiología oncohematológica. El diagnóstico final se alcanzó mediante una Reacción en Cadena de la Polimerasa (en adelante, PCR) positiva para Leishmania en sangre periférica. El paciente recibió tratamiento con anfotericina B liposomal a dosis de 3 miligramos por kilogramo al día y una transfusión de hematíes, con una evolución clínica favorable y normalización de los valores del hemograma al quinto día de ingreso. Se concluye que este caso subraya la importancia de un sólido diagnóstico diferencial ante fiebre prolongada y pancitopenia, donde deben descartarse diversas etiologías infecciosas y no infecciosas. Al igual que en estudios previos, se demuestra que la PCR en sangre periférica es una herramienta sensible que facilita el diagnóstico rápido y no invasivo. La leishmaniasis debe ser una sospecha diagnóstica prioritaria ante la tríada de fiebre.

ADOLESCENCIA

PC-296 — ¿QUÉ SABEN NUESTROS ADOLESCENTES SOBRE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL? PERCEPCIONES Y CONOCIMIENTOS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

Roca Portella, B.; Tostado Encabo, A. - *Hospital Santa Caterina, Girona, España.*

Introducción y objetivos: Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan un problema de salud pública creciente entre los adolescentes. La falta de conocimientos y las conductas de riesgo aumentan su vulnerabilidad. El objetivo fue evaluar el nivel de conocimiento sobre

las ITS en estudiantes de educación secundaria y bachillerato de un área básica de salud, así como analizar las diferencias según edad y género. **Métodos:** Estudio observacional descriptivo realizado en alumnos de 1.º a 4.º de ESO y bachillerato de dos institutos. Se administró un cuestionario validado sobre conocimientos, actitudes y hábitos relacionados con las ITS mediante formulario digital. El nivel global de conocimiento se analizó de forma descriptiva y según edad y género mediante pruebas no paramétricas. **Resultados:** Participaron 219 estudiantes (edad media: 14,2 años); el 52 % eran mujeres. El 19,1 % desconocía los términos ITS/ETS. Se observaron importantes lagunas de conocimiento: el 43 % creía que el VIH podía transmitirse por el aire o contacto social, el 43 % consideraba que el preservativo prevenía completamente todas las ITS y el 41,6 % pensaba que solo se transmitían mediante relaciones sexuales genitales. Solo el 38,5 % conocía la eficacia de la vacuna del VPH y solamente el 30,7 % sabía dónde obtener información fiable. El 21 % había mantenido algún contacto sexual y, entre ellos, solo el 46 % utilizaba preservativo de forma frecuente. El nivel de conocimiento fue significativamente mayor en mujeres ($p<0,01$) y en adolescentes más mayores de 15-18 años ($p=0,004$). **Conclusiones:** Los adolescentes presentan un conocimiento insuficiente sobre las ITS. Estos resultados apoyan la necesidad de reforzar la educación sexual y las estrategias preventivas en el ámbito escolar y comunitario.

DERMATOLOGÍA

PC-297 — EFICACIA CLÍNICA DE UNA CREMA CICATRIZANTE EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Pérez, I.; Cabrerizo, O.; Marín, A.; Salat, C.; Serra, N. -
Leti Pharma S.L.U., Madrid, España.

Objetivo: Evaluar la eficacia de una crema cicatrizante en niños con alteraciones cutáneas superficiales. **Material y métodos:** Se incluyeron 23 niños (1-14 años) con piel sensible que presentaban fisuras, rozaduras, abrasiones y cicatrices por heridas o quemaduras leves. La crema se aplicó sobre las zonas afectadas dos veces al día durante 21 días. La evolución cutánea fue evaluada en los días 0, 7 y 21 por un dermatólogo mediante la escala *Investigator's Global Assessment* (IGA) y mediante la *Vancouver Scar Scale* en el subgrupo de niños con cicatrices. La eficacia de la crema también fue evaluada mediante un cuestionario cumplimentado por los padres o tutores. **Resultados:** A los 7 días, el 70 % de los voluntarios mostró una mejora significativa en la escala IGA ($p=0,003$), aumentando hasta el 74 % tras 21 días de uso ($p=0,001$). Asimismo, el 57 % alcanzó una reepitelización completa (IGA 0). En el subgrupo evaluado mediante la *Vancouver Scar Scale*, se observó mejoría en el 100 % de los voluntarios, con una reducción de al menos un punto a los 21 días. La evaluación por parte de los padres o tutores reflejó una elevada eficacia: entre el 87 % y el 100 % refirió mejoría en suavidad, elasticidad, hidratación, confort cutáneo, reducción de la tirantez, del picor y del enrojecimiento, así como mejora del aspecto y la reparación de la piel. Adicionalmente, las características organolépticas fueron muy bien valoradas, destacando la textura, extensibilidad, rápida absorción y ausencia de residuo graso. No se reportaron efectos no deseados, mostrando una excelente tolerancia. **Conclusiones:** La crema cicatrizante mostró una elevada eficacia en población pediátrica, junto con unas características organolépticas favorables. La combinación de mejora cutánea evaluada por el dermatólogo y una experiencia de uso positiva apoya su utilidad como cuidado reparador de la piel infantil.

EDUCACIÓN SANITARIA-EPIDEMIOLÓGICA

PC-298 — EDUCACIÓN PARA LA SALUD MEDIANTE UN TALLER SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Fresno Jorge, P.; Navarro de la Cruz, B.; Arizcun Aguilera, B.; Serrano Fernández, P.; Arribas García, C.; Ovalle Álvarez, P. -
CS Ciudad de los Periodistas, Madrid, España.

Introducción: La alimentación complementaria (AC) constituye una etapa clave del desarrollo infantil que suele generar numerosas dudas en las familias. La Atención Primaria (AP) representa un ámbito idóneo para desarrollar intervenciones grupales de educación para la salud dirigidas a proporcionar información fiable y promover hábitos saludables desde los primeros años de vida. **Objetivos:** Describir la implantación de un taller grupal sobre AC en un centro de AP y evaluar la participación y satisfacción de las familias asistentes. **Material y métodos:** Se diseñó un taller presencial dirigido a familias de lactantes con edad próxima a iniciar AC. El contenido se elaboró a partir de una revisión de la evidencia científica vigente y se presentó mediante material audiovisual. Los pacientes fueron captados desde las consultas de Pediatría y Enfermería Pediátrica durante las revisiones de los 4 y 6 meses y en consultas a demanda. **Resultados:** Aceptaron participar 11 familias, de las que finalmente asistieron 8 (72,7 %). La sesión, de dos horas de duración, fue impartida conjuntamente por Pediatría y Enfermería Pediátrica. Se abordaron aspectos relacionados con el inicio de la AC, introducción progresiva de alimentos, prevención de atragantamientos y resolución de dudas frecuentes. Los asistentes participaron activamente durante el taller, planteando dudas relacionadas con la introducción de alérgenos y la seguridad alimentaria. La valoración global de la actividad fue muy positiva, destacando la utilidad de la información recibida, la resolución de dudas y el formato grupal como espacio de intercambio de experiencias. Los participantes manifestaron mayor confianza para iniciar la AC y recomendarían la actividad a otras familias. **Conclusiones:** Los talleres grupales de educación para la salud sobre AC constituyen una intervención factible, útil y bien aceptada en AP. Mejora los conocimientos y la confianza de las familias, optimiza el tiempo asistencial y refuerza el papel de la AP en la promoción de hábitos de vida saludables.

MISCELÁNEA

PC-299 — REALIDAD VIRTUAL PARA REDUCIR EL DOLOR Y MEJORAR LA RESPUESTA CONDUCTUAL DURANTE PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON AGUJAS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO *URGPE NOT PAIN*

Call Mora, M.[1]; Davins Riu, M.[1]; Blanco Blanco, J.[2]; Ribas Morales, M.[1]; Guerrero López, L.[1]; Vidal Sorribes, L.[1]; Huertas Zurriaga, A.[1]. -
[1]*Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona, España;*
[2]*Universidad de Lleida, España.*

Introducción: La adecuada prevención y manejo del dolor durante los procedimientos en urgencias pediátricas constituye un indicador de calidad asistencial. Sin embargo, estos servicios continúan registrando experiencias negativas relacionadas con el miedo, la ansiedad y el dolor. **Objetivo:** Analizar el impacto del uso de la realidad virtual para el manejo dolor y la ansiedad en pacientes de 6 a 17 años atendidos en un servicio de urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel durante procedimientos dolorosos relacionados con agujas. **Metodologia:** Ensayo clínico aleatorizado paralelo no ciego con un grupo intervención con realidad virtual y uno control con manejo habitual. Se incluyeron participantes de 6 a 17 años que precisaban un procedimiento relacionado con agujas. Asimismo, se evaluó la satisfacción de la población pediátrica, sus familiares y los profesionales de enfermería. El dolor autoinformado se evaluó mediante la Wong-Baker FACES *Pain Rating Scale* y la ansiedad y el comportamiento mediante la Procedure Behavior Check List and Intervention Scale (PACBIS). Además, se administraron cuestionarios de satisfacción. **Resultados:** Se analizaron 87 participantes: 43 en el grupo control y 44 en el de intervención. La realidad virtual mostró una tendencia a reducir el dolor autoinformado, aumentando la categoría «no duele» (11,6 % vs. 22,7 %) y disminuyendo «duele mucho» (27,9 % vs. 6,8 %). En la escala PACBIS se observó menor malestar (58,1 % vs. 90,7 %) y mejor afrontamiento (97,7 % vs. 74,4 %). La satisfacción fue elevada: el 64,7 % de los pacientes y el 83,9 % de las familias se mostraron muy satisfechos; el 96,4 % repetiría la experiencia y todos los grupos la recomendarían.

Conclusiones: Los resultados preliminares sugieren que la realidad virtual puede mejorar la experiencia de la población pediátrica durante procedimientos con agujas, reduciendo el dolor y mejorando la respuesta conductual. La alta satisfacción, aceptación y recomendación respaldan su posible incorporación a la práctica clínica.

HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA

PC-300 — MASA ABDOMINAL DETECTADA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA A RAÍZ DE LA ELEVACIÓN DE LDH EN EL ESTUDIO DE UN ERITEMA NODOSO

Gutiérrez Sánchez, A.M.; Fernández Espinar, M. -
CS de Salud El Soto, Madrid, España.

Anamnesis: Adolescente 14 años valorada en Atención Primaria por lesiones cutáneas en extremidades inferiores de reciente aparición. En la exploración se objetivan placas eritematosas pretibiales (2-3cm diámetro), mínimamente sobreelevadas y dolorosas a la palpación, compatibles con eritema nodoso. Se inicia tratamiento con corticoide oral y se solicita analítica sanguínea, destacando elevación de lactato deshidrogenasa (LDH) hasta 1522U/L, con resto de parámetros analíticos y serologías sin alteraciones. **Exploración clínica:** En la revisión posterior, refiere dolor lumbar intermitente, de predominio mecánico. Además, asocia dolor abdominal y diarrea desde hace 48h. A la exploración se palpa una masa abdominal de consistencia dura, levemente dolorosa, en hemiabdomen izquierdo. La ecografía evidencia una masa suprapúbica y en fosa ilíaca izquierda, por lo que es derivada a urgencias. Allí se realiza analítica, que muestra aumento de LDH (2875U/L), y tomografía computarizada abdomino-pélvica, que identifica una masa de probable origen anexial. Ante estos hallazgos, es derivada al servicio de Oncohematología. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La resonancia magnética confirma una masa pélvica con extensión abdominal inferior, sólida, de 7.8x13.5x18.6cm, dependiente del ovario izquierdo, con áreas quístico-necróticas, pequeñas calcificaciones y adenopatías paraórticas asociadas. En el estudio de extensión torácico se observan adenopatías inespecíficas y dos nódulos milimétricos pulmonares. Presenta elevación de LDH y enolasa neuroespecífica, resto de marcadores tumorales negativos. La biopsia confirma el diagnóstico: disgerminoma ovárico (estadio III). La paciente recibe quimioterapia neoadyuvante, seguida de anexectomía izquierda y cirugía de citorreducción, completando posteriormente tratamiento quimioterápico. Actualmente permanece asintomática, en remisión. **Conclusiones:** El eritema nodoso puede constituir la manifestación inicial de enfermedades sistémicas graves, por lo que requiere un estudio etiológico adecuado. La elevación significativa de LDH, aunque inespecífica, debe alertar sobre posibles procesos neoplásicos. Los disgerminomas ováricos son tumores germinales poco frecuentes, que afectan a pacientes jóvenes. La combinación de cirugía conservadora y quimioterapia consigue buenos resultados, permitiendo preservar la fertilidad en muchos casos.

PC-301 — PRESENTACIÓN INICIAL DE PACIENTES CON TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN LA EDAD PEDIÁTRICA: IMPLICACIONES PARA ATENCIÓN PRIMARIA

Villa Álvarez, M.[1]; Muñoz Lumbreras, M.[1]; Álvarez Merino, M.[2]; Menéndez Iglesias, P.[1]; Vega López, L.[3]; Díaz Sierra, L.[1]; Sánchez García, I.[1]; Suárez Abella, M.[1]; Villegas Rubio, J.A.[1]; Aguirregomezcorta García, F.[1]. -
[1]*Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España;*
[2]*CS La Felguera, Langreo, Asturias;* [3]*CS La Ería, Oviedo, Asturias, España.*

Introducción y objetivo: Los tumores del sistema nervioso central (SNC) constituyen la principal causa de mortalidad por cáncer en la infancia. Su presentación clínica puede dificultar el reconocimiento precoz. El objetivo fue describir las manifestaciones iniciales y el proceso asistencial en Atención Primaria (AP) previo al diagnóstico. **Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo, incluyendo pacientes de 0-18 años diagnosticados de tumores del SNC en un hospital terciario entre 2014 y 2025. Se recogieron variables demográficas, clínicas y asistenciales, realizándose análisis descriptivo y comparativo según grupos de edad. **Resultados:** Se incluyeron 52 pacientes (50 % varones), con una mediana de edad de 6,3 años (RIC: 3,5-10,4); 19 menores de 5 años y 33 pacientes ≥ 5 años. Los tumores más frecuentes fueron gliomas de bajo grado (42,3 %), meduloblastomas (25 %) y gliomas de alto grado (13,4 %). Los síntomas principales fueron vómitos (61,5 %) y cefalea (78,8 % de pacientes ≥ 5 años). La exploración neurológica inicial fue normal en el 63,5 %. La mediana desde el inicio de síntomas al diagnóstico fue de 10 días (RIC: 2,5-25,5) en menores de 5 años y de 30 días (RIC: 21-60) en pacientes ≥5 años (p<0,001). El 48,1 % había consultado previamente en AP; de ellos, el 72 % realizó dos o más consultas. Los principales diagnósticos iniciales fueron gastroenteritis (24 %), viriasis (16 %) y migraña (12 %). Se realizó derivación hospitalaria urgente en el 36 % de pacientes; dos tercios de ellos habían realizado consultas reiteradas en AP. El motivo predominante fue la persistencia de síntomas (50 %). La mediana de consultas previas a la derivación fue de 2 (RIC: 1-3). **Conclusiones:** Las consultas reiteradas en AP fueron frecuentes en el periodo previo al diagnóstico de tumores del SNC. La persistencia de síntomas como vómitos o cefalea, aun con exploración neurológica normal, refuerza la importancia del seguimiento y reevaluación clínica para favorecer un diagnóstico precoz.

NEUMOLOGÍA

PC-302 — AFECTACIÓN RESPIRATORIA PRECOZ EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON ENFERMEDAD DE POMPE DE INICIO TARDÍO

Font Casado, L.[1]; Ramos Díaz, J.C.[2]; Caro Aguilera, P.[2]; Ríos Hurtado, J.[2]; Sala Lluch, S.[1]; Gonzalo Consuegra, J.[1]; Roda Huerta, E.[1]; Francés Jordà, E.[1]; Córcoles Satorre, B.[1]. -
[1]*Hospital Clínic Universitari de València, España;* [2]*Hospital Materno-Infantil del Hospital Universitario Regional de Málaga, España.*

Anamnesis: Niño de 7 años con diagnóstico genético de enfermedad de Pompe de inicio tardío, remitido a Neumología Infantil para valoración respiratoria antes de iniciar terapia de reemplazo enzimático. El paciente al debut presentaba disnea y tos con el ejercicio, intolerancia al esfuerzo, tos ineficaz, ronquido habitual, episodios de apnea nocturna, cefalea matutina y fatiga al despertar. Sin antecedentes personales ni familiares de interés. **Exploración clínica:** Exploración clínica normal, salvo: Hipertrofia amigdalar. Sistema nervioso: consciente y alerta. Tono, fuerza, postura y pares craneales normales. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Convergencia, conjugación y persecución automática normales. No dismetría ni disdiadococinesia. Reflejos osetotendinosos normales y simétricos. Marcha normal para su edad. Marcha de talón y de puntillas normales; marcha en tándem mala coordinación. Equilibrio normal. Romberg negativo. Carrera en pasillo, subida y bajada de dos tramos de escalera con normalidad. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Espirometría basal: capacidad vital forzada conservada (87 %). Evaluación postural: disminución del 13 % de la capacidad vital forzada en decúbito respecto a bipedestación, sugestiva de debilidad diafragmática inicial. Presiones máximas: inspiratoria 72 cmH20 y presión inspiratoria nasal 77 cmH20 (conservadas); espiratoria 31 cmH20 (disminuida). Pico flujo de tos 224 L/min (percentil 10-25 para la edad). Poligrafía respiratoria: índice de apnea-hipopnea de 6,4 eventos/hora: síndrome de apnea-hipopnea del sueño leve-moderado. Capnografía nocturna: descartó hipoventilación. Resonancia magnética normal. Se inició tratamiento con avalglucosidasa alfa y seguimiento multidisciplinar por Neurología, Neumología y Otorrinolaringología. **Conclusiones:** La afectación respiratoria puede preceder a la debilidad motora manifiesta en la enfermedad de Pompe de inicio tardío. La valoración funcional respiratoria seriada, incluyendo la comparación de la capacidad vital forzada en sedestación y decúbito y la medición de las preciones máximas, permite detectar precozmente la debilidad diafragmática incluso con espirometrías normales. La importancia de una evaluación respiratoria sistemática, de indicar medidas de soporte respiratorio cuando sean precisas y de iniciar precozmente el tratamiento específico.

PC-303 — CUANDO LA TRÁQUEA PIDE AYUDA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS RECURRENTES

Gómez Rodríguez, I.I.; Martí Martín, E.; López Mondéjar, P.; Sánchez Solís, M.; Cros Cuellos, C.; García Vizcaíno, L.; Toledo González, M.; Vicente Andreu, C.; Jiménez Martínez, A.; Jiménez Martínez, M. - *Hospital Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España.*

Introducción y objetivo: La tos crónica, el estridor y las sibilancias recurrentes son motivos frecuentes de consulta en Pediatría de Atención Primaria. Aunque habitualmente obedecen a procesos benignos o autolimitados, la persistencia de los síntomas o la escasa respuesta al tratamiento deben hacer sospechar anomalías estructurales de la vía aérea. Presentamos un caso de síndrome de compresión de arteria innominada. **Caso clínico:** Lactante de 12 meses, diagnosticado de Laringomalacia al nacimiento, seguido en consultas de primaria por tos laríngea persistente desde primeros meses de vida. Presentaba episodios recurrentes de tos perruna y sibilancias, precisando tratamiento en múltiples ocasiones con corticoide oral e inhalado de mantenimiento a dosis altas sin mejoría. Presentó neumonías de repetición y una de ellas requirió ingreso. Ante la persistencia de la clínica respiratoria, se derivó al paciente a Hospital de referencia ante sospecha de alteración anatómica. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** La fibrobroncoscopia mostró una compresión extrínseca pulsátil de la pared anterior traqueal con reducción superior al 50 % de la luz y se completó estudio mediante angio-TAC, que confirmó síndrome de compresión de arteria innominada con una reducción del calibre traqueal hasta 3 mm. Tras valoración multidisciplinar, se realizó corrección quirúrgica mediante aortopexia. La evolución posterior fue favorable, con desaparición de los episodios de dificultad respiratoria y de las neumonías de repetición, mejoría significativa de la tos y retirada del tratamiento inhalado de mantenimiento. **Conclusiones y comentarios:** La compresión traqueal por arteria innominada es una causa infrecuente de síntomas respiratorios persistentes en la infancia. La presencia de estridor, tos crónica o infecciones respiratorias recurrentes con mala respuesta al tratamiento convencional debe motivar la búsqueda de causas anatómicas. La sospecha precoz desde Atención Primaria puede evitar retrasos diagnósticos y facilitar un tratamiento definitivo con excelente pronóstico.

MISCELÁNEA

PC-304 — HIPERFOSFATASEMIA TRANSITORIA ASOCIADA A ESPASMOS DEL SOLLOZO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Barrera Alonso, M.; Revenga Parra, M.; López Gómez, L.; Campos Segovia, A. - *Hospital Universitario La Zarzuela, Madrid, España.*

Anamnesis: Paciente pediátrico que inicia episodios paroxísticos tras el llanto, consistentes en palidez súbita y desconexión breve, con una duración aproximada de 10 segundos y recuperación espontánea completa, sin periodo postcrítico. Inicialmente se sospechan espasmos del sollozo, recomendándose valoración neurológica y registro videográfico de los episodios. Por aumento progresivo de la frecuencia de los eventos (hasta 2-3 episodios diarios), se realiza estudio complementario. Como antecedentes destaca padre con talasemia minor. **Exploración clínica:** Exploración física sin hallazgos patológicos relevantes. No se objetivan signos sugestivos de enfermedad ósea, raquitismo ni hepatopatía. Desarrollo psicomotor adecuado. Valoración por Neurología compatible con episodios paroxísticos no epilépticos tipo espasmos del sollozo. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Se realiza analítica sanguínea en el contexto del estudio de espasmos del sollozo: anemia microcítica (Hb 9,9 g/dL, VCM 56,8 fL, Hierro y ferritina disminuidos). Compatible con ferropenia, con posible influencia de rasgo talasémico familiar. Se inicia tratamiento con hierro oral, dada la posible relación entre ferropenia y mayor frecuencia de espasmos del sollozo. Como hallazgo incidental destaca una elevación marcada de fosfatasa alcalina: FA inicial: 3767 UI/L y de control: 3782 UI/L. Se confirma mediante estudio de isoenzimas un patrón compatible con hiperfosfatasemia transitoria infantil: fracción hepática 50 %, fracción ósea 40 %, fracción intestinal 10 %. Se realiza seguimiento evolutivo, observándose normalización espontánea: FA a los 4 meses: 331 UI/L. **Conclusiones:** La hiperfosfatasemia transitoria infantil es una entidad benigna y autolimitada que debe considerarse ante elevaciones marcadas de fosfatasa alcalina en niños sin signos clínicos de enfermedad hepática u ósea.La coexistencia con espasmos del sollozo tipo pálido, aunque poco frecuente, está descrita en la literatura pediátrica. El estudio de isoenzimas y la normalización espontánea permiten evitar exploraciones complementarias innecesarias.La valoración del metabolismo del hierro es recomendable en pacientes con espasmos del sollozo, dado que la ferropenia puede asociarse a mayor frecuencia de episodios.

ALERGIA E INMUNOLOGÍA

PC-305 — DERMOGRAFISMO COMO DIAGNÓSTICO PARA ALERGIA A SETAS SHIITAKE

Linares Canalejo, A.[1]; Santos Estudillo, M.I.[2]. - [1]*CS Isla Chica, Huelva, España;* [2]*CS La Orden, Huelva, España.*

Anamnesis: Niño de 2 años, bien vacunado y sin antecedentes de interés. Acude a consulta por lesiones dérmicas. **Exploración clínica:** Se aprecian lesiones habononas lineales en ambos antebrazos exclusivamente, compatibles con dermografismo de 2 días de evolución. Realizó tratamiento con metilprednisolona crema cada 12h, objetivando mínima mejoría. Niega haber acudido al campo, cambio de productos higiénicos y nuevos alimentos. A la semana acude de nuevo, por presentar las mismas lesiones que en esta ocasión no mejoraron con corticoides tópicos. Se retira este tipo de setas en la dieta y se pauta antihistamínicos orales por si ingesta accidentada de este alimento. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Pedimos analítica sanguínea con inmunoglobulina E (Ig E) positiva con eosinofilia en 850 y neumoalérgenos negativos. Pedimos listado de alimentos ingeridos 24-48h del inicio de las lesiones, objetivado aparición de lesiones 24h después de ingesta revuelto de setas, gambas y setas. Ampliamos estudio de alergenos alimentarios, con sensibilidad positiva de setas shiitake. **Conclusiones:** Conocemos que es frecuente encontrar alergias alimentarias en edad pediátrica (6 %). La mayoría de ella, se manifiestan con exantemas cutáneos, dificulta respiratoria o anafilaxia. Solo el 2 % de las alergias infantiles se manifiestas solo con dermografismo. Con este caso, queremos destacar la importancia de valora todos los síntomas y estudiar en las diferentes patologías que pueden desencadenar para poder llegar a un diagnóstico certero, aunque estos no sean los más frecuentes.

MISCELÁNEA

PC-306 — FIEBRE PROLONGADA Y FRACASO RENAL AGUDO: VASCULITIS ANCA EN PEDIATRÍA

Fierro Alonso, M.; González Vargas, C.; Anguita Saldaña, R.; Sojo Jiménez, C.; de la Cerda Ojeda, F. - *Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.*

Anamnesis: Niña de 11 años que consulta por fiebre de siete días de evolución (máximo 38,5 °C), asociada a dolor abdominal intermitente en hipogastrio, coluria sin clínica miccional y un episodio de vómito con restos hemáticos. Como antecedente personal relevante destacaba diagnóstico reciente de escleritis nodular en contexto de vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) antiproteinasa 3 positiva, tras episodios recurrentes de ojo rojo y fotofobia. En tratamiento con metotrexato semanal desde hacía cuatro meses. Sin antecedentes familiares de interés. **Exploración clínica:** A su llegada presentaba alteración del aspecto general según triángulo de evaluación pediátrica y taquicardia (frecuencia cardiaca 135 lpm), con estabilidad hemodinámica (tensión arterial 105/70 mmHg). Resto de exploración normal salvo palidez cutánea. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** En analítica sanguínea destacaban anemia leve (Hemoglobina 10,9 g/dl), leucocitosis con neutrofilia, PCR elevada (168,7 mg/dl) y deterioro de la función renal (creatinina 2,29 mg/dl, urea 56 mg/dl) con filtrado

glomerular estimado de 26 ml/min/1,73 m^2. El análisis urinario mostró proteinuria no nefrótica, hematuria y leucocituria, con cociente proteína/creatinina 1.426 mg/g. En ecografía renal se observó disminución de la diferenciación córtico-medular. Ante dichos hallazgos, se decidió ingreso para antibioterapia empírica intravenosa con cefotaxima y ampliación de estudio. La biopsia renal evidenció glomerulonefritis rápidamente progresiva pauci-inmune compatible con vasculitis ANCA. Tras completar estudio de extensión, se inició tratamiento inmunosupresor de inducción según guías KDIGO 2024 con megabolos de metilprednisolona, ciclofosfamida y rituximab. La paciente presentó evolución favorable, con mejoría clínica y alta hospitalaria al sexto día. **Conclusiones:** Las vasculitis ANCA positivas son infrecuentes en pediatría pero presentan elevada morbimortalidad. Ante fiebre prolongada y deterioro renal agudo, debemos plantearnos etiología autoinmune sistémica como primera sospecha. La biopsia renal resulta clave para confirmar el diagnóstico con el fin de instaurar de forma precoz el tratamiento inmunosupresor intensivo, evitando daño orgánico irreversible.

DERMATOLOGÍA

PC-307 — TIÑA CAPITIS EN ATENCIÓN PRIMARIA: IMPORTANCIA DEL CULTIVO CAPILAR ANTE DERMATITIS DEL CUERO CABELLUDO

Chaverri Repáraz, C.M.[1]; Mesa Helguera, S.[2]; Vizmanos Larrayoz, M.[1]; Martínez Oyarbide, N.[1]; Mujika Arrazola, M.[1]; Sampedro Murguiondo, A.[1]; Ibarzábal Arregui, M.[1]. - [1]*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España*; [2]*CS Sarriguren, Navarra, España*.

Anamnesis: Niño de 6 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta inicialmente en Urgencias por lesiones en cuero cabelludo de dos semanas de evolución. Presentaba descamación blanquecina no pruriginosa, sin afectación de otras localizaciones, sin fiebre ni otra sintomatología asociada. Fue orientado inicialmente como dermatitis del cuero cabelludo, pautándose tratamiento con champú emoliente y antiseborreico. En revisiones sucesivas en Atención Primaria presentó mejoría parcial inicial, con posterior empeoramiento clínico y ausencia de respuesta al tratamiento pautado. **Exploración clínica:** Cuero cabelludo con lesiones micropapulares de distribución generalizadas, de aspecto descamativo blanquecino. Presencia de placa alopécica en región occipital. No se objetivaron signos inflamatorios importantes ni otras lesiones cutáneas asociadas. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** Ante la evolución tórpida, la ausencia de respuesta terapéutica y la aparición de alopecia, se realizó interconsulta a Dermatología, planteándose como diagnóstico diferencial dermatitis seborreica, psoriasis y tiña capitis. Se indicó estudio micológico de escamas del cuero cabelludo y tratamiento con ciclopirox tópico. El estudio microbiológico resultó positivo para *Microsporum spp.*, confirmando el diagnóstico de tiña capitis. Se inició tratamiento con terbinafina oral durante seis semanas, con evolución favorable. **Conclusiones:** Ante lesiones descamativas persistentes del cuero cabelludo, especialmente si asocian alopecia o mala respuesta al tratamiento inicial, debe considerarse la tiña capitis. La presencia de alopecia, la persistencia clínica y la falta de respuesta terapéutica deben hacer sospechar dermatofitosis. La recogida precoz de escamas para estudio micológico en Atención Primaria es una herramienta diagnóstica sencilla y accesible que permite confirmar el diagnóstico de forma temprana. Además, evita el uso empírico de corticoides tópicos, que pueden empeorar o enmascarar las infecciones fúngicas retrasando su diagnóstico.

MISCELÁNEA

PC-308 — NEUMOMEDIASTINO Y ENFISEMA SUBCUTÁNEO TRAS CIRUGÍA ORL

Valle Yáñez, A. - *Hospital Sanitas La Zarzuela, Madrid, España*.

Anamnesis: Paciente mujer de 11 años que tras cirugía de adenoides y dilatación tubárica (tuboplastia con balón de dilatación) que transcurre sin incidencias presenta a las 8 horas del procedimiento dolor torácico de tipo opresivo con crepitación a la palpación a nivel facial y cervical. Se colocan gafas nasales a 2 lpm, con ello mejora la saturación hasta el 98 % y se realiza interconsulta a otorrino por sospecha de enfisema subcutáneo con neumotórax izquierdo. En consenso se decide realización de TAC de cuello. Tras los hallazgos, (posteriormente descritos) se decide ingreso en UCIP para manejo conservador con oxigenoterapia en cánulas nasales. **Exploración clínica:** Peso: 35kg. TA: 122/73/, FC 111lpm, FR: 26rpm, T: 36.5º, Sat 95 % Buen estado general, buen hidratada y perfundida. Enfisema bilateral en cara aunque se aprecia mas en lado derecho y enfisema laterocervical llegando a 1/3 superior de tronco. Auscultación cardiaca: Tonos cardiacos disminuidos. Pulsos pedios palpables y simétricos. Respiratorio: Ventilación superficial, con la inspiración profunda ventilación simétrica con hipoventilación en hemitórax izquierdo. No signos de dificultad respiratoria. Abdomen: blando y depresible. No masas ni megalias. Neurológico: neuroconducta acorde a edad. **Procedimientos diagnósticos y terapéuticos:** - TAC cuello con contraste intravenoso: Importante enfisema subcutáneo que afecta a ambas regiones laterocervicales, disecando planos musculares y espacios cervicales profundos. Importante neumomediastino y pequeño neumotórax anterior izquierdo. Tráquea en posición y morfología normal. Resto sin alteraciones. **Conclusiones:** - El enfisema subcutáneo cervical con neumomediastino y neumotórax es una complicación excepcional tras estas cirugías pero potencialmente grave. - A pesar de la escasa literatura, en pacientes hemodinámicamente estables sin evidencia de perforación, el tratamiento conservador con oxigenoterapia y monitorización estrecha suele ser suficiente. - El manejo multidisciplinar de este tipo de casos permite evitar procedimientos invasivos innecesarios. - Aunque es infrecuente, en pacientes con tumefacción facial y dolor torácico tras cirugía ORL debe incluirse en el diagnóstico diferencial el enfisema subcutáneo y el neumomediastino.

40 Congreso Nacional

SEPEAP

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria





MADRID

15, 16 y 17 de octubre de 2026
Hotel NH Collection Madrid Eurobuilding
sepeap.org

sepeap

aep Asociación Española de Pediatría

SPMyCM Sociedad de Pediatría Madrid y Castilla La Mancha

FUNDACIÓN PRANDI DE PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA