



LXXIV CONGRESO
SOPEGA
8-9 NOVIEMBRE · PONTEVEDRA



Ponencias
y comunicaciones

74 Congreso anual
de la Sociedad de
Pediatría de Galicia

ÍNDICE DE COMUNICACIONES

SESIÓN 1

Viernes 8 de noviembre, 15:30-17h - Salón de actos

Moderan: **Jerónimo Pardo Vázquez** y **María del Mar Portugués de la Red**

CO-01 | LA SALUD MENTAL EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS. LA PANDEMIA Y SUS EFECTOS.

Rivas Vázquez M^{*1}, Manso Gómez M¹, Suárez Sanmartín², Mesías De Concepción L², Varela Ferreiro N², Rosón Fernández C³, Luaces González J²

¹Pediatría, CHUF. ²Pediatría, CHUF. ³Psiquiatría, CHUF.

CO-02 | ¿ES RACIONAL EL USO DEL 061 COMO TRANSPORTE A NUESTRA UNIDAD DE URGENCIAS?

Otero González A^{*1}, Maroño García L¹, Pardo Cao A¹, Parga Hervés A¹, Yáñez Mesía S², Presno López I², Pardo Vázquez J¹

¹Pediatría, Hospital Teresa Herrera, A Coruña. ²Urgencias pediátricas, Hospital Teresa Herrera, A Coruña.

CO-03 | ¿CÓMO ADMINISTRA LA FAMILIA LOS INHALADORES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS?

Parga Hervés A¹, Álvarez García P², Otero González A^{*2}, Yáñez Mesía S², Presno López I², Pardo Vázquez J²

¹, Hospital Teresa Herrera. ², Hospital Teresa Herrera.

CO-04 | MITO VS REALIDAD. OPINIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE LA EFICACIA DE LOS REMEDIOS CASEROS MÁS FRECUENTEMENTE UTILIZADOS

Manso Gómez M^{*1}, Rivas Vázquez M¹, Suarez Sanmartín A¹, Mesías De Concepción L¹, Fernández Filgueira M¹, Luaces González J¹

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario Ferrol.

CO-05 | CONCORDANCIA INTER-OBSERVADOR (INTELIGENCIA ARTIFICIAL/RADIÓLOGO PEDIÁTRICO) EN LA RADIOLOGÍA ÓSEA

Meleiro Estévez T^{*1}, Delgado Ramírez J¹, Serrano Soto J², Vazquez Castelo J², Concheiro Guisan A¹

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ²Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

CO-06 | ACTUALIZACIÓN DE DERIVACIONES POR NEUTROPENIA A UNA CONSULTA DE ONCO-HEMATOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: PROPUESTA DE CUÁNDO Y CÓMO REMITIR EN BASE A UN ESTUDIO RETROSPECTIVO.

Oiz I^{*1}, García Zuazola I¹, Gómez Silva G², Regueiro García A³, Fernández Sanmartín M⁴

¹Pediatría, CHUS. ²Pediatría, Centro Salud BertamirÁns. ³Pediatría, Hospital del Barco de Valdeorras. ⁴Jefe de Departamento de Oncología y Hematología Pediátrica, CHUS.

CO-07 | SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Cachaldora Losada M^{*1}, Otero González A¹, García Paz J¹, Parga Hervés A¹, Pardo Vázquez J¹

¹Pediatría, Materno Infantil Teresa Herrera.

CO-08 | ENFERMEDAD DE CASTLEMAN MULTICÉNTRICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA A RAÍZ DE UN CASO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO.

Rodríguez Vidal M^{*1}, González Burgo M¹, Tallón García M², Ocampo Álvarez A¹, Lorenzo Fírvida C¹, Concheiro Guisán A²

¹Pediatría, CHUVI. ²Pediatría, CHUVI.

SESIÓN 2

Viernes 8 de noviembre, 15:30-17:00h - Seminario 6

Moderan: **Santiago Fernández Cebrián y Mercedes Busto Cuiñas**

CO-09 | VALORACIÓN POR PACIENTES, FAMILIAS Y DOCENTES DEL IMPACTO DEL AULA HOSPITALARIA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Delgado Ramírez J^{*1}, Meleiro Estévez T¹, López Villares M¹, Balado Insunza N¹, González Cabaleiro I¹, Concheiro Guisán A¹

¹Pediatría, CHUVI.

CO-10 | CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ARFID ¿CÓMO SON LOS NIÑOS “QUE NO COMEN”?

Piñeiro Feal L^{*1}, Busto Cuiñas M¹, Martín Morales J¹, Loureiro Faro M¹, Couceiro Gianzo J¹

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

CO-11 | CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN NUESTRO CENTRO EN LA ÚLTIMA DÉCADA.

Corcobado Donoso S^{*1}, López Ortiz I¹, González Paz H¹, Rendo Vázquez A¹, Fernández Cebrián S¹

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

CO-12 | ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG EN PEDIATRÍA: REVISIÓN DE CASOS EN NUESTRO CENTRO

Millán Omil T^{*1}, Díaz Fernández F¹, Moreno Álvarez A², Solar Boga A², Fernández González S², Pardo Vázquez J¹

¹, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera. ²Unidad de Gastroenterología Infantil, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera.

CO-13 | HEMATURIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INTESTINAL

Alvarez Diaz M^{*1}, Busto Cuiña M², Víaño Nogueira P³, Otero Pérez L¹, Couceiro Gianzo J¹

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ²Gastroenterología infantil, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ³Nefrología infantil, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

CO-14 | SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÉMICO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Otero González A^{*1}, Millán Omil T¹, López Lamas V¹, García Martínez M², Pardo Vázquez J¹

¹Pediatría, Hospital Teresa Herrera, A Coruña. ²Pediatría, Hospital Teresa Herrera, A Coruña.

CO-15 | REVISIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME NEFRÓTICO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Alvarez Diaz M^{*1}, Víaño Nogueira P², González Piñeiro Y³, Otero Perez L¹, Couceiro Gianzo J¹

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ²Nefrología Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ³Nefrología pediátrica, Hospital do Salnés.

CO-16 | DEBUT Y COMPORTAMIENTO DE MALFORMACIONES LINFÁTICAS E IMPACTO Y CONSIDERACIONES DEL USO DE SIROLIMUS EN SU TRATAMIENTO

Ortega Torres P^{*1}, Blanco Portals ¹, Méndez Gallart R¹, Dacosta Docampo I¹, Rodríguez Barca P¹, Ramallo Varela S¹, Miguez Fortes L¹, García Palacios M¹

¹Cirugía Pediátrica, Hospital clínico universitario de Santiago de Compostela.

SESIÓN 3

Sábado 9 de noviembre, 8:45-10:00h - Salón de actos

Moderan: **Montserrat López Franco** y **Alejandro Rodríguez Chitiva**

CO-17 | UTILIDAD DE LA COMBINACIÓN DE TESTS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO ANTIGÉNICOS Y CAPILARES EN EL MANEJO DE PATOLOGÍA INFECCIOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Pereiro Fernández S^{*1}, Vila Pérez D¹, Amado Puentes A¹

¹Pediatría, Amado Clínica Pediátrica.

CO-18 | LA REVOLUCIÓN DEL NIRSEVIMAB: IMPACTO EN LA HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Santiago Rivas D^{*1}, Fernández González L¹, González Freiría N¹, Portugués De La Red ¹, Villares Portodomínguez A¹, Cabrera Alvargonzalez J², Concheiro Guisán A¹

¹Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. ²Microbiología, Hospital Álvaro Cunqueiro.

CO-19 | VIRULENCIA DEL VRS EN LACTANTES EN LA PENÍNSULA IBÉRICA. ESTUDIO RHEDI.

Suárez Camacho R^{*1}, Dacosta Urbietta A², Pardo Seco J², Mallah N², Vázquez López P³, Luaces Cubbels C⁴, Ferrer González P⁵, Rodríguez Pastor S⁶, Rivero Calle I², Flores P⁷, Rodríguez Tenreiro Sánchez C², Rodrigues F⁸, Bangert M⁹, Kramer R⁹, Platero Alonso L¹⁰, Gomes C¹¹, Barbeito Castiñeiras G¹², Gómez Carballa A², Martínón Torres F^{2, 13}

¹Departamento de pediatría, hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela, Genetics, Vaccines and Infections Research Group (GENVIP), Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ³Departamento de pediatría, Hospital Gregorio Marañón, Hospital Gregorio Marañón. ⁴Institut de Recerca Sant Joan de Deu, Barcelona, Institut de Recerca Sant Joan de Deu, Barcelona. ⁵Departamento de pediatría hospital La Fe, Hospital La Fe, Valencia. ⁶Departamento de pediatría, Hospital Regional de Málaga, Hospital Regional de Málaga. ⁷Departamento de pediatría, Hospital CUF Descobertas, Centro Da Criança e Do Adolescente, Lisboa, Hospital CUF Descobertas, Centro Da Criança e Do Adolescente, Lisboa. ⁸Departamento de pediatría, Centro Hospitalar E Universitario de Coimbra, Centro Hospitalar E Universitario de Coimbra. ⁹Sanofi-Pasteur Lyon, . ¹⁰Sanofi-Pasteur España, . ¹¹Sanofi-Pasteur Portugal, . ¹²Departamento de microbiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ¹³, .

CO-20 | MANEJO DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Piñeiro Feal L^{*1}, Rodríguez Chitiva H¹, Loureiro Faro M¹, Tojo Rey T¹, Goris Abelenda M¹, Couceiro Gianzo J¹

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

CO-21 | UTILIDAD DEL MEMED SCORE PARA EL USO RACIONAL DE LOS ANTIBIÓTICOS

Tiano Marmora S^{*1}, Santiago Rivas D¹, Portugués De La Red ¹, Novoa Carballal R¹, Cabrera Alvargonzález J², Gonzalez Durán M¹, Carballo Silva M¹, Gonzalez Freiría N¹, Alvarez Expósito N^{1, 2, 3}

¹Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. ²Microbiología, Hospital Álvaro Cunqueiro. ³, Hospital Álvaro Cunqueiro.

CO-22 | NEUMOCOCO EN NUESTRO MEDIO, LA LUCHA CONTINÚA

Loureiro Faro M^{*1}, Ares Álvarez J², Piñeiro Feal L¹, Saez López A³, Couceiro Gianzo J⁴, Baquero Artigao F⁵

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ²Pediatría, Centro Salud Virxe Peregrina. ³Microbiología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ⁴Pediatría, Enfermedades Infecciosas, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ⁵Pediatría, Enfermedades infecciosas y Patología tropical, Hospital Universitario La Paz.

CO-23 | INFECCIONES POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE EN PEDIATRÍA: ¿ESTÁ CAMBIANDO EL ESPECTRO CLÍNICO?

Souto Viñas M^{*1}, Díaz Vizcaya L.², López Villares M.¹, Portugués De La Red M¹, Balado Insunza N¹, Cabrera Alvargonzalez J.³, Concheiro Guisán A.¹

¹Servicio de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. ²Hospital Álvaro Cunqueiro, Hospital Álvaro Cunqueiro. ³Servicio de Microbiología, Hospital Álvaro Cunqueiro.

SESIÓN 4

Sábado 9 de noviembre, 8:45-10:00h - Seminario 6

Moderan: **José Luaces González** y **Pilar A. Crespo Suárez**

CO-24 | EL VALOR DE TRABAJO SOCIAL EN LAS UNIDADES DE NEONATOLOGÍA.

Rodríguez Vidal M^{*1}, Molinos Ojea A¹, González Colmenero E¹, Padín Fontán M¹, Portabales Pesqueira A¹, Concheiro Guisán A¹

¹Pediatría, CHUVI.

CO-25 | REVISIÓN DE LOS CASOS DE DEFICIENCIA TOTAL DE BIOTINIDASA DIAGNOSTICADOS POR CRIBADO METABÓLICO NEONATAL EN GALICIA DESDE SU INSTAURACIÓN

Dagraza Pérez M^{*1}, Sánchez Pintos P¹, Fernández Iglesias N¹, Penas Iglesias T¹, Iglesias Aldea M¹, Galán Coteló L¹, Marquès Bagur C¹

¹Pediatría, Hospital Clínico de Santiago de Compostela.

CO-26 | CONVULSIONES NEONATALES: REVISIÓN DE CINCO AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Alvarez Diaz M^{*1}, Otero Perez L¹, Crespo Suarez P², Alonso Fernández J¹, ¹

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ²Neonatología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

CO-27 | MORTALIDAD PERINATAL EN CHUAC 2019-2023.

Fernández Vales H^{*1}, Porto López M¹, Fuentes Carballal J¹, Martínez Regueira S¹, Sucasas Alonso A¹, Taboada Perianes M¹, Fernández Trisac J¹

¹Servicio de Pediatría. Unidad de Neonatología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña..

CO-28 | CORIOAMNIONITIS HISTOLÓGICA Y SU RELACIÓN CON LA SEPSIS VERTICAL EN PRETÉRMINO

Fernández Vales H^{*1}, Porto López M¹, Fuentes Carballal J¹, Martínez Regueira S¹, Sucasas Alonso A¹, Taboada Perianes M¹, Fernández Trisac J¹

¹Servicio de Pediatría. Unidad de Neonatología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña..

CO-29 | AFRONTANDO EL DESCONOCIMIENTO

García Fontao C^{*1}, Oiz Urriza I¹, Álvarez Rodríguez I¹, Sanchez Pintos P², Martín Lopez-pardo M³

¹Residente, CHUS. ²ADJUNTA ENFERMEDADES RARAS Y METABÓLICAS, CHUS. ³ADJUNTA eNFERMEDADES RARAS Y METABÓLICAS, CHUS.

CO-30 | SOMATROGÓN: UNA HORMONA DE CRECIMIENTO DE LARGA ACCIÓN. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL DÉFICIT DE GH.

Castro Feijóo L^{*1}, Iglesias Meleiro J¹, Tejera Pérez R¹, Vazquez Mato B¹, Cabanas Rodríguez P¹

¹Pediatría, Endocrinología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago.

COMUNICACIONES PÓSTER

PANEL 1

Viernes 8 de noviembre, 15:30-17:00h - Pazo da Cultura: Seminario 4
Moderan: **María Ángeles Martínez Fernández** y **Natalia González Alonso**

P-01 | LA IMPORTANCIA DE UNA DETALLADA EXPLORACIÓN FÍSICA AL NACIMIENTO.

Galán Vallina S^{*1}, Paytubí Fernández J¹, Amil Pena T¹, García Cuadrado A¹, Rodríguez Díaz L², Vázquez López E²

¹Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti. ²Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti.

P-02 | LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN OCULAR

Fernández Patiño R¹, Picans Leis R¹, Pisón Marcos I², Gómez Vieites C², García Zuazola I², Baña A¹, López Sanguos C¹, Durán Fernández-feijóo C¹, Oiz I^{*2}

¹Neonatología, CHUS. ²Pediatría, CHUS.

P-03 | ENCEFALITIS NEONATAL POR VHH6

Oiz Urriza I^{*1}, Fernández Patiño R², Picans Leis R³, García Zuazola I¹, Gómez Vieites C¹, Pisón Marcos I¹, López Sanguos C³, Baña A³, Durán Fernández-feijóo C³, M^a Luz Couce⁴

¹Pediatría, CHUS. ²Neonatología, Chus. ³Neonatología, CHUS. ⁴Jefa de Servicio de Neonatología, CHUS.

P-04 | RIESGO DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH EN RECIÉN NACIDA TRAS EMBARAZO NO CONTROLADO Y PARTO EXTRAHOSPITALARIO, A BORDO DE UN CRUCERO.

Francisco González L^{*1}, Granja Martínez C¹, Oliván Pérez P¹, Portugués De La Red M¹

¹Pediatría, Hospital Vithas Vigo.

P-05 | BOLSA ROTA NEONATAL MENOR A 24 HORAS: ¿UN RIESGO REAL EN NEONATO A TÉRMINO?

Vilas Vazquez C^{*1}, Fariña Nogueira S², González Piñeiro Y², Moure Gonzalez J²

¹Pediatría, Hospital do Salnés. ²Pediatría, Hospital do Salnés.

P-06 | ACV NEONATAL COMO CAUSA DE CRISIS CONVULSIVAS

Oiz Urriza I^{*1}, Fernández Patiño R², Picans Leis R², Sevivas Fontoura C², García Zuazola I², Pisón Marcos I¹, Gómez Vieites C¹, López Sanguos C², Baña A², Durán C², Couce M^a Luz²

¹Pediatría, CHUS. ²Neonatología, CHUS.

P-07 | ADMINISTRACIÓN DE CALOSTRO OROFARÍNGEO COMO TERAPIA INMUNOLÓGICA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Rodríguez Carbonell M^{*1}

¹UCI NEONATAL, HOSPITAL PROVINCIAL PONTEVEDRA.

P-08 | SÍNDROME DE BECWITH-WIEDEMANN: UN CASO PRÁCTICO Y SU MANEJO CLÍNICO

Amenedo García Á^{*1}, Cachaldora Losada M¹, Fernández Álvarez C¹, García Pose A¹, Vergara Pérez I¹, Pardo Vázquez J¹

¹Pediatría, CHUAC.

P-09 | PSEUDOHIPOPARATIROIDISMO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE CONVULSIONES.

Palma Huelva B^{*1}, Míguez González A¹, Martín Andrés L¹, Rodríguez Rodríguez C², González Rodríguez L³, López Fernández A⁴, Novoa Gómez G³, Fernández Cebrián S⁵

¹Pediatría y Áreas Específicas, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ²Neurología Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ³Endocrinología Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ⁴Cardiología Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ⁵Gastroenterología Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

P-10 | EL LADO OSCURO DE LA DIETA SALUDABLE: AUMENTO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR POR CONSUMO DE VEGETALES.

Corcobado Donoso S^{*1}, San Martín Barroso R¹, Anegón García M¹, Mourelle Vázquez N¹, Novoa Gómez G¹, Fernández Cebrián S¹

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

P-11 | TIROTOXICOSIS EN ENFERMEDAD DE KAWASAKI: A PROPÓSITO DE UN CASO

Otero González A^{*1}, López Lamas V¹, Pardo Cao A¹, Parga Hervés A¹, García Martínez M¹, Pardo Vázquez J¹, Hospital Teresa Herrera.

PANEL 2

Viernes 8 de noviembre, 15:30-17:00h - Pazo da Cultura: Seminario 2

Moderan: **Josefa Ares Álvarez** y **Isabel Muñiz Lorenzo**

P-12 | TÍTULO: FIEBRE AL REGRESO DEL TRÓPICO

Tojo Rey T^{*1}, Rodríguez Chitiva A¹, Piñeiro Feal L¹, Goris Abelenda M¹, Couceiro Gianzo J¹, .

P-13 | MALIGNO PARECE, BENIGNO FINALMENTE FUE

Suárez Camacho R^{*1}, Galán Cotelo L², Crego Rodríguez L², Navarro Gonzalo C³, Rivero Calle I¹, López Franco M¹, Dacosta Urbietta A¹, Torrado González S²

¹Departamento de Infectología pediátrica, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Departamento de oncología pediátrica, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ³Departamento de pediatría, CHUS, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

P-14 | TIBOLA/DEBONEL: UNA ADENOPATÍA, UNA ESCARA NECRÓTICA Y ANTES... UNA GARRAPATA.

Molinos Ojea A^{*1}, Amaro Castro R¹, Fernández Villar A¹, Del Campo García A¹, Concheiro Guisán A¹

¹Pediatría, CHUVI.

P-15 | LA IMPORTANCIA DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA FIEBRE PROLONGADA - BARTONELOSIS SISTÉMICA CON ADENITIS SUBMANDIBULAR Y AFECTACIÓN HEPATOESPLÉNICA

Rodríguez Díaz L^{*1}, Galán Vallina S¹, García Cuadrado A¹, Aguilar Gutiérrez D¹, Calviño Costa C¹, Vázquez López E¹

¹Pediatría y áreas específicas, Hospital Universitario de Lucus Augusti (HULA).

P-16 | MÁS ALLÁ DE LAS PAPERAS. ABSCESO PAROTÍDEO COMO COMPLICACIÓN DE UNA PAROTIDITIS BACTERIANA.

Liñares Couselo C^{*1}, Ortiz López I¹, Vadillo González F¹, Parejo Rodriguez A¹, Fernandez Cebrián S¹

¹Pediatría, CHUO.

P-17 | TESTS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO RESPIRATORIOS EN LA ERA NIRSEVIMAB

Pereiro Fernández S^{*1}, Vila Pérez D¹, Del Campo García A², De La Flor Bru J³, Amado Puentes A¹

¹Pediatría, Amado Clínica Pediátrica. ²Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro. ³Pediatría, Cap Vila Vella de Sant Vicenç dels Horts.

P-18 | OTITIS MEDIA AGUDA, MÁS ALLÁ DE LAS BACTERIAS. ESTUDIO RHEDI.

Suárez Camacho R^{*1}, Dacosta Urbietta A², Pardo Seco J², Mallah N³, Vázquez López P⁴, Luaces Cubbels C⁵, Rivero Cale I², Oltra Benamente M⁶, Rodríguez Pastor S⁷, Flores P⁸, Bandeira T⁹, Rodríguez Tenreiro Sánchez C², Bangert M¹⁰, Kramer R¹⁰, Platero Alonso L¹¹, Gomes C¹², Barbeito Castiñeiras G¹³, Gómez Carballa A², Martínón Torres F^{2, 14}

¹Departamento de pediatría, hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago, Genetics, Vaccines and Infections Research Group (GENVIP), Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ³Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago, Genetics, Vaccines and Infections Research Group (GENVIP), . ⁴Departamento de pediatría, Hospital Gregorio Marañón, Hospital Gregorio Marañón. ⁵Institut de Recerca Sant Joan de Deu, Barcelona, Institut de Recerca Sant Joan de Deu, Barcelona. ⁶Departamento de pediatría hospital La Fe, Hospital La Fe, Valencia. ⁷Departamento de pediatría, Hospital Regional de Málaga, Hospital Regional de Málaga. ⁸Departamento de pediatría, Hospital CUF Descobertas, Centro Da Criança e Do Adolescente, Lisboa, Hospital CUF Descobertas, Centro Da Criança e Do Adolescente, Lisboa. ⁹Departamento de pediatría, Centro Hospitalar Universitario Lisboa Norte, Centro Hospitalar Universitario Lisboa Norte. ¹⁰Sanofi-Pasteur Lyon, . ¹¹Sanofi-Pasteur España, . ¹²Sanofi-Pasteur Portugal, . ¹³Departamento de microbiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ¹⁴, .

P-19 | UN DIAGNÓSTICO CONTRARRELOJ

Liñares Couselo C^{*1}, Martín Andrés L¹, Pazos Diz N¹, Barreiro Carballo L¹, Sarmiento Carrera N¹, Parejo Rodríguez A¹, Bello Giz J², Cabo Gómez F³, Fernández Cebrián S¹

¹Pediatría, CHUO. ²Anatomía Patológica, CHUO. ³Dermatología, CHUO.

P-20 | A PROPÓSITO DE UN CASO DE IMPÉTIGO

Parga Hervés A¹, Otero González A^{*1}, Yáñez Mesia S¹, Presno López I¹, Pardo Vázquez J¹
¹, Hospital Teresa Herrera.

P-21 | MYCOPLASMA PNEUMONIAE: LA BACTERIA DE LAS MIL CARAS.

Díaz Vizcaya L.¹, López Villares M.¹, Portugués De La Red M.¹, Balado Insunza N.¹, Gonzalez Freiria N.¹, Cabrera Alvargonzalez J.², Concheiro Guisán A.¹, Souto Viñas M^{*1}
¹Servicio de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. ²Servicio de Microbiología, Hospital Álvaro Cunqueiro.

P-22 | ERROR INNATO DE LA INMUNIDAD REVELA SU ROSTRO A TRAVÉS DE INFECCIONES INVASIVAS

Gómez Vieites M^{*1}, García Iglesias F¹, García Zuazola I¹, Dacosta A¹, Rivero I¹
¹Pediatría, Hospital de Santiago de Compostela.

P-23 | ABSCESO HEPÁTICO POR ENTAMOEBIA HISTOLYTICA EN PEDIATRÍA. DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO.

García Cuadrado A^{*1}, Santana Monzón S¹, Almuiña Simón C¹, Galán Vallina SC¹, Rodríguez Díaz L¹, Vázquez López E¹
¹Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA).

PANEL 3

Viernes 8 de noviembre, 15:30-17:00h - Pazo da Cultura: Seminario 3

Moderan: **Javier Gómez Veiras y Yolanda González Piñeiro**

P-24 | CEFALOCELE ATRÉSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Palma Huelva B^{*1}, Bouza Romero A², Sardina Ríos A³, Dorribo Dorribo E³, Monner Romero R³, Otero Duran L³, Conde Lorenzo N⁴, Pérez López C⁵, Fernández Cebrián S⁶
¹Pediatría y Áreas Específicas, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ²Pediatría y Áreas Específicas, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ³Neonatología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ⁴Neurología Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ⁵Radiología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ⁶Gastroenterología Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

P-25 | QUISTE DE DUPLICACIÓN INTESTINAL EN UN NEONATO Y SU DIFICULTAD DIAGNÓSTICA.

Rivas Vázquez M^{*1}, Manso Gómez M¹, Suárez Sanmartín A¹, Mesías De Concepción L¹, Torrado Chouciño A¹, Luaces González J¹
¹Pediatría, CHUF.

P-26 | LESIÓN CONGÉNITA EN LA BASE DE LA LENGUA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ortega Torres P^{*1}, Blanco Portals M¹, Méndez Gallart R¹, García Palacios M¹
¹Cirugía Pediátrica, Hospital clínico Universitario de Santiago de Compostela.

P-27 | DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE UNA HERNIA DE MORGAGNI CONGÉNITA

Suárez Sanmartín A^{*1}, Rivas Vázquez M¹, Manso Gómez M¹, Mesías De Concepción L¹, García Fernández E¹, Luaces González J¹, Gómez Tellado M²
¹Pediatría, Hospital Universitario de Ferrol. ²Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario de A Coruña.

P-28 | HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Suso Sánchez P¹, Millán Omil T^{*1}, Altamirano S², García Saavedra S², López¹, Pardo Vázquez J¹
¹Pediatría, Hospital materno-infantil A Coruña. ²Cirugía Pediátrica, Hospital materno-infantil A Coruña.

P-29 | A PROPÓSITO DE UN CASO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A UNA APENDICITIS SUBCLÍNICA

Porto López M^{*1}, Parga Hervés A¹, Otero González A¹, Mato Amado P¹, Altamirano S², Lema Carril A², Pardo Vázquez J¹
¹Pediatría, CHUAC. ²Cirugía Pediátrica, CHUAC.

P-30 | ATRAPAMIENTO DEL NERVIU CUTÁNEU ABDOMINAL COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL NO QUIRÚRGICO

Dacosta Docampo I*¹, Crego Rodríguez L², Ortega Torres P¹, Méndez Gallart R¹, Rodríguez Barca P¹, ¹, Miguez Fortes L¹, Ramallo Varela S¹, García Palacios M¹

¹Cirugía Pediátrica, Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela. ²Pediatría, Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela.

P-31 | HAY BLUMBERG MÁS ALLÁ DE LA APENDICITIS

Goris Abelenda M*¹, García González M², Couceiro Gianzo J¹, Tojo Rey T¹, Piñeiro Feal L¹, Ortega Torres P³, García Palacios M³

¹Pediatría, CHUP. ²Pediatría, Centro de salud de Marín. ³Cirugía Pediátrica, CHUS.

P-32 | ANOMALÍAS VASCULARES: TODO QUEDA EN FAMILIA

Loureiro Faro M*¹, Ares Álvarez J², Piñeiro Feal L¹, Couceiro Gianzo J¹

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ²Pediatría, Centro Salud Virxe Peregrina.

P-33 | DISPLASIA DE SCHIMKE: TIRANDO DEL HILO EN EL ESTUDIO DE PROTEINURIA EN RANGO NEFRÓTICO.

Rodríguez Vidal M*¹, Lores González O¹, De La Red Portugués M², Pardal Souto M², García Martínez E², Concheiro Guisán A²

¹Pediatría, CHUVI. ²Pediatría, CHUVI.

P-34 | GLOMERULONEFRITIS POST-INFECCIOSA, UNA ETIOLOGÍA INESPERADA.

Penas Iglesias T*¹, Urisarri Ruiz De Cortazar A¹, Dagraza Pérez M¹, Fernández Iglesias N¹, Galán Cotelo L¹, Iglesias Aldea M¹, Marqués Bagur C¹, Rey García S¹, López Franco M¹

¹, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

PANEL 4

Sábado 9 de noviembre, 8:45-10:00h - Pazo da Cultura: Seminario 4

Moderan: **María Esther Vázquez López** y **Javiera Hurtado Díaz**

P-35 | LO QUE ESCONDE UNA CATARATA CONGÉNITA

Millán Omil T*¹, García Álvarez P¹, Cachaldora Losada¹, García Pose A², Vergara Pérez I², Pardo Vázquez J¹

¹Pediatría, Hospital Materno-Infantil A Coruña. ²Unidad Lactantes, Hospital Materno-Infantil A Coruña.

P-36 | LA IMPORTANCIA DE LAS DISMORFIAS

Piñeiro Feal L*¹, Rivas Arribas L¹, Loureiro Faro M¹, Álvarez Díaz M¹, Alonso Fernández J¹, Couceiro Gianzo J¹

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

P-37 | ESPASMO NUTANS: UNA CAUSA BENIGNA DE NISTAGMUS

Delgado Ramírez J*¹, Quijada Celis C¹, González Freiría N¹, Durán Fernández Feijoo B¹, Concheiro Guisán A¹

¹Pediatría, CHUVI.

P-38 | MÁS ALLÁ DE LAS MANCHAS: EXPLORANDO EL MOSAICISMO PIGMENTARIO TIPO ITO

Santiago Rivas D*¹, Vila Guarín A¹, Melcón Crespo C¹, Suárez Otero G¹, Concheiro Guisán A¹

¹Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.

P-39 | HEMISFERECTOMÍA PARA EL CONTROL DE LA EPILEPSIA EN ENCEFALITIS DE RASMUSSEN

Meleiro Estévez T*¹, Souto Viñas M¹, Blanco Barca M¹, Melcon Crespo C¹, Concheiro Guisan A¹

¹Pediatría, CHUVI.

P-40 | VALVULOPLASTIA PULMONAR EN TETRALOGÍA DE FALLOT: REVISIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS.

García Martínez M¹, Sobrino Baladrón A², Rasines Rodríguez A², Lozano Balseiro M², García Hernández I², Otero González A*¹, Pardo Cao A¹, Parga Hervés A¹, Rueda Núñez F¹

¹Pediatría, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera de A Coruña. ²Pediatría (Cardiología Infantil), Hospital Materno Infantil Teresa Herrera de A Coruña.

P-41 | UNA CARDIOPATÍA ASINTOMÁTICA EN PACIENTE DEPORTISTA

García Iglesias F^{*1}, Gómez Vieites M¹, García Zuazola I¹, Martínez Soto M¹

¹Cardiología Pediátrica, Hospital Universitario de Santiago de Compostela.

P-42 | 19 DÍAS Y 500 NOCHES PARA DIAGNOSTICAR UN LUPUS: LOS RETOS DE UNA ENFERMEDAD COMPLEJA.

García Gómez P^{*1}, Espiño Lorenzo P¹, Pardo García L¹, Lugo Adan E¹

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

P-43 | ESCLERODERMIA JUVENIL LOCALIZADA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Tiano Marmora S^{*1}

¹Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.

P-44 | DOLOR ÓSEO EN PEDIATRÍA... ¿CUÁNDO SOSPECHAMOS ALGO MÁS?

Bauluz Bárcena M^{*1}, Lemos Bouzas MX², Míguez Campos M³, Camino Fernández E⁴

¹Pediatría, Centro Salud de Pontearreas. ²Pediatría, Centro de Salud de Vilagarcía de Arousa. ³Pediatría, Hospital do Salnés.

⁴Radiología, Hospital do Salnés.

PANEL 5

Sábado 9 de noviembre, 8:45-10:00h - Pazo da Cultura: Seminario 2

Moderan: **Cristina Sanmartín Chapela** y **Concepción Olga Vilas Vázquez**

P-45 | COMO EN CASA

Gómez Araújo C^{*1}, Vazquez Vila M²

¹CHOP. ²Centro Salud Lerez.

P-46 | CUANTO PESA... CUANTO DUELE

Fernández Villar A^{*1}, Ucha Gonzalez A¹, Martínez Guldris A¹, Rodríguez Ventín M¹, Romero Fernández Y¹, Ares

Alvarez J¹

¹Centro Salud Virxe Peregrina.

P-47 | OJO CON EL HIPEMA

Otero Gonzalez A^{*1}, Parga Hervés A¹, Pardo Cao A¹, García Martínez M¹, López Lamas V¹, Pardo Vázquez J¹

¹Hospital Teresa Herrera.

P-48 | OJO ROJO DE EVOLUCIÓN LARVADA

Fernández Álvarez C^{*1}, Millán Omil T¹, Presno López I¹, Pardo Vázquez J¹

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

P-49 | ¿PODEMOS PREDECIR EL FRACASO DE LA TOLERANCIA ORAL? ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON VÓMITOS

Millán Omil T^{*1}, Cachaldora Losada M¹, Díaz Fernández F¹, López Lamas V¹, Ferreiro¹, Presno López I¹, Pardo Vázquez J¹

¹Pediatría, Hospital Materno-Infantil A Coruña.

P-50 | DEXAMETASONA EN CRISIS ASMÁTICAS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Cachaldora Losada M^{*1}, Castro Sesto P¹, Pardo Cao A¹, Rodríguez Ferreiro A¹, Yáñez Mesía S¹, Presno López I¹, Pardo Vázquez J¹

¹Pediatría, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera.

P-51 | EL BUEN OJO DE PRIMARIA

Alonso Fernandez J^{*1}, Rivas Arribas L², Cano Pardo C³, Couceiro Gianzo J²

¹Pediatría, Complejo Hospitalario de Pontevedra. ²Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

³Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

P-52 | NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO EN PEDIATRÍA

Mesías De Concepción L^{*1}, Rivas Vazquez¹, Manso Gómez¹, Suárez Sanmartín A¹, Fernández Filgueira M¹,

Luaces González J¹

¹Pediatría, CHUF.

P-53 | DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ANTE UN PRIMER EPISODIO DE RABDOMIOLISIS

Monrabal Saez B^{*1}, Neira Gonzalez F¹, Remesal Gomez M¹, Seoane Freire A¹, Rey Garcia S¹, Lojo Rodriguez M¹

¹Pediatría, CHUS.

P-54 | LET'S GO FISHING

Alvarez Diaz M^{*1}, Martin Morales M², Crespo Suarez P², Gonzalez Alonso N², Couceiro Gianzo J²

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ²Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

PANEL 6

Sábado 9 de noviembre, 8:45-10:00h - Pazo da Cultura: Seminario 3

Moderan: Manuel Martín Morales y Sabela Fariña Nogueira

P-55 | ¿QUÉ HAY DETRÁS DEL AUMENTO RADIOGRÁFICO DE LA SILUETA CARDIOPERICÁRDICA?

Pardo Vázquez J¹, Millán Omil T^{*1}, Otero González A¹, Sobrino Baladrón A²

¹Pediatría, Hospital Materno-Infantil A Coruña. ²Cardiología Infantil, Hospital Materno-Infantil A Coruña.

P-56 | RELEVANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LOS DOLORES OSTEOARTICULARES EN LA INFANCIA.

Neira González F^{*1}, Monrabal Sáez B¹, Remesal Gómez ¹, López Franco M¹, Rey García S¹, Crego Rodríguez L¹

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

P-57 | ¿ANEMIA = FERROPENIA?

Fernández Iglesias N^{*1}, Dagraza Pérez M¹, Penas Iglesias T¹, Galán Coteló L¹, Iglesias Aldea M¹, Marquès Bagur C¹, López Franco M¹, Rey García S¹

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

P-58 | INFECCIONES OPORTUNISTAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Remesal Gómez M^{*1}, Neira González F¹, Monrabal Sáez B¹, López Franco M¹, Berrocal Castañeda M¹, Rey García S¹, Carreira Sande N¹, Martinón Torres N¹, Martinón Torres F¹, Leis Trabazo R¹, Martín Morales J², López García E³, García Fontao C¹

¹Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Pediatría, Hospital Provincial de Pontevedra.

³Neurocirugía, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

P-59 | ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS ASOCIADAS AL TRATAMIENTO CON ANTI-FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

García Gómez P^{*1}, Busto Cuiñas M¹, Lugo Adan E¹

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

P-60 | UNA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL: SÍNDROME OHVIRA

Liñares Couselo C^{*1}, Martín Andres L¹, Novoa Gomez G¹, Borrajo Hernandez M², Fernandez Cebrián S¹

¹Pediatría, CHUO. ²Ginecología, CHUO.

P-61 | UNA ASOCIACIÓN A CONSIDERAR

García Zuazola I^{*1}, Oiz Urriza I², García Iglesias F³, Gómez Vieites M², Martinón Torres N¹, Carreira Sande N¹, Leis Trabazo M¹

¹Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, CHUS. ²Servicio de Pediatría, CHUS. ³Servicio de Pediatría., CHUS.

P-62 | LA INFECCIÓN OCULTA TRAS LA PÉRDIDA DE PROTEÍNAS

Fernández Iglesias N^{*1}, Dagraza Pérez M¹, Penas Iglesias T¹, Galán Coteló L¹, Iglesias Aldea M¹, Marquès Bagur C¹, Berrocal Castañeda M¹, López Franco M¹

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

P-63 | NO TODO PROLAPSO A TRAVÉS DEL ANO ES UN PROLAPSO RECTAL

Ortega Torres P^{*1}, Méndez Gallart R¹, García Palacios M¹

¹*Cirugía Pediátrica, Hospital clínico universitario de Santiago de Compostela.*

P-64 | SÍNDROME DE ALAGILLE: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Otero González A^{*1}, Fernández González S¹, Moreno Álvarez A¹, Solar Boga A¹, Pardo Vázquez J¹

¹, *Hospital Teresa Herrera.*

P-65 | ENFERMEDAD DE HECK COMO CAUSA INFRECUENTE DE LESIONES BUCALES

Suárez Sanmartín A^{*1}, Rivas Vázquez M¹, Manso Gómez M¹, Mesías De Concepción L¹, Fernández Filgueira M¹, Luaces González J¹, Monteagudo Sánchez B²

¹*Pediatría, Hospital Universitario de Ferrol.* ²*Dermatología, Hospital Universitario de Ferrol.*

COMUNICACIONES ORALES

CO-01. LA SALUD MENTAL EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS. LA PANDEMIA Y SUS EFECTOS.

Rivas Vázquez M^{*1}, Manso Gómez M¹, Suárez Sanmartín ², Mesías De Concepción L², Varela Ferreiro N², Rosón Fernández C³, Luaces González J²

¹Pediatría, CHUF. ²Pediatría, CHUF. ³Psiquiatría, CHUF.

OBJETIVOS

La salud mental ocupa un segundo lugar en la medicina, especialmente en la etapa pediátrica. Sin embargo, en los últimos años se produjo un aumento importante de su morbilidad en relación a la pandemia. En este estudio queremos revisar la frecuencia de los motivos de consulta en un servicio de urgencias pediátricas de un hospital de segundo nivel para evaluar la tendencia de este tipo de consultas, su gravedad, y su posible relación con la pandemia.

MÉTODOS

Revisión retrospectiva de registro de enfermería para la labor asistencial del servicio de urgencias , con 39.600 consultas en 5 años, seleccionándose 253 asistencias de 163 pacientes relacionadas con la salud mental, incluyendo, edad, sexo, motivo de consulta y fecha. Sobre estos datos se ha realizado un análisis estadístico mediante el riesgo relativo y una exposición descriptiva de los datos recogidos

RESULTADOS

La edad media es de 12 años (6-14). Distribución predominantemente femenina, con un 35% de varones y un 65% de mujeres. Se objetiva un aumento estadísticamente significativo del número de asistencias en relación a la pandemia, con una media de 15.5 asistencias de 11.5 niños frente a 74 de 46 pacientes (RR 4.62). El motivo de consulta principal cambia de agresividad en 2019-2020 a autolesiones/ansiedad en 2021, 2022 y 2023. Incremento en el número de ingresos, de 1-2 a 5-5-13 en los años respectivos (RR 1.6)

CONCLUSIONES

La distribución de los pacientes es similar a estudios previos, con predominio del sexo femenino (comparable a población adulta) y edades cercanas a la adolescencia. Llama la atención la presencia de varios casos en niños muy jóvenes (6 años) y cuadros graves en niños de 8 años (autolesiones). Es evidente el efecto de la pandemia sobre la carga asistencial y su gravedad (deducido del mayor porcentaje de ingresos), en probable relación con el estrés provocado y los cambios en el estilo de vida, lo que hace reflexionar sobre la necesidad de mejorar la asistencia y la formación de los profesionales en el ámbito de la salud mental. Por último, los autores consideran de suma importancia evaluar los motivos primarios causantes de este tipo de patología, ya que en niños suele asociarse a un origen específico, sobre el cual solo podemos extrapolar del estudio actual la correlación mensual, con predominio en meses invernales y en relación con las épocas de exámenes, con una marcada disminución en torno al periodo estival.

BIBLIOGRAFÍA

Prati G, Mancini AD. The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: a review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychol Med.* 2021; 51(2):201–211. doi:10.1017/S0033291721000015 Samji H, Wu J, Ladak A, Vossen C, Stewart E, Dove N, et al. Review: mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child Adolesc Ment Health.* 2021. doi:10.1111/camh.12501. Ma L, Mazidi M, Li K, Li Y, Chen S, Kirwan

R, et al. Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2021;293:78–89. doi:10.1016/j.jad.2021.06.021. Racine N, Anne McArthur B, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2021;175(11):1142–1150. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.2482.

CO-02. ¿ES RACIONAL EL USO DEL 061 COMO TRANSPORTE A NUESTRA UNIDAD DE URGENCIAS?

Otero González A^{*1}, Maroño García L¹, Pardo Cao A¹, Parga Hervés A¹, Yáñez Mesía S², Presno López I², Pardo Vázquez J¹

¹Pediatría, Hospital Teresa Herrera, A Coruña. ²Urgencias pediátricas, Hospital Teresa Herrera, A Coruña.

OBJETIVOS

Un porcentaje importante de pacientes emplean la ambulancia para acudir a las Unidades de Urgencias Pediátricas. No obstante, esto no siempre implica mayor nivel de urgencia de la patología, dando lugar a un uso desproporcionado de recursos.

MÉTODOS

Describir las características de los pacientes que acuden en ambulancia a la Unidad de Urgencias de un Hospital de tercer nivel.

RESULTADOS

En 4 meses recogimos a 53 pacientes que acudieron en ambulancia del 061 a nuestra Unidad de Urgencias. La distribución por sexos fue similar. Por edades 75,5% son escolares con media de 8,6 años, 20,7% lactantes con media 17,2 meses y un 3,8% neonatos con media de 11 días. La mayoría vinieron en horario de tarde (43,3%). Hasta un 60,3% proceden de ambiente urbano, un 83% fue traslado primario (47,2 % domicilio, 35,8% área pública) y un 17% fue traslado secundario. La patología más frecuente fue la neurológica (45,5%), seguida de la traumatológica (19,6%), respiratoria (14 %), psiquiátrica (9,5%) y reacciones alérgicas (9,5%). El 22,6 % de los pacientes presentaban seguimiento previo en Consultas Externas siendo la mayoría en Neuropediatría y en Salud Mental. En relación al uso previo del 061, 13 pacientes ya lo habían usado en alguna ocasión previa. Cabe destacar que solo el 28,3% fueron atendidos de manera prioritaria en un box o pasados a la sala de reanimación y el nivel de urgencia mayoritario fue el amarillo (45,3%). En 12 pacientes (20%) el 061 tuvo que administrar medicación o soporte y hasta en el 50% de los casos se realizó alguna prueba complementaria, siendo las más frecuentes de laboratorio (55%) y de imagen (37,5%). Finalmente un 17% de los pacientes fueron ingresados.

CONCLUSIONES

El uso inadecuado del transporte sanitario sigue siendo motivo de preocupación para los profesionales sanitarios. Es importante centrar nuestros esfuerzos en la educación sanitaria y en conseguir un transporte sanitario especializado en Pediatría.

BIBLIOGRAFÍA

Gil Aparicio, R., Trenchs Sainz de la Maza, V., Muñoz-Santanach, D., Cayuela Guerrero, C., & Luaces Cubells, C. (2010). Valoración de la adecuación del traslado en ambulancia al área médica de un servicio de urgencias pediátricas. *Anales de pediatría* (Barcelona, Spain: 2003), 73(1), 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2010.02.010> Poryo, M., Burger, M., Wagenpfeil, S., Ziegler, B., Sauer, H., Flotats-Bastardas, M., Grundmann, U., Zemlin, M., & Meyer, S. (2019). Assessment of inadequate use of pediatric emergency medical transport services: The pediatric emergency and ambulance critical evaluation (PEACE) study. *Frontiers in Pediatrics*, 7, 442. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00442> Proctor, A., Baxter, H., & Booker, M. J. (2021). What factors are associated with ambulance use for non-emergency problems in children? A systematic mapping review and qualitative synthesis. *BMJ Open*, 11(9), e049443. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049443>

CO-03. ¿CÓMO ADMINISTRA LA FAMILIA LOS INHALADORES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS?

Parga Hervés A¹, Álvarez García P², Otero González A*², Yáñez Mesía S², Presno López I², Pardo Vázquez J²

¹, *Hospital Teresa Herrera* . ², *Hospital Teresa Herrera*.

OBJETIVOS

Una correcta técnica en la administración de tratamiento inhalado es esencial en el manejo de las crisis de broncoespasmo. En muchas ocasiones no se dedica el tiempo suficiente a instruir a los padres de los pacientes en este ámbito. Nuestro objetivo es valorar la técnica de administración de tratamiento broncodilatador inhalado por parte de los padres en pacientes que previamente habían recibido tratamiento inhalado en domicilio.

MÉTODOS

En pacientes estables que precisan administración de terapia broncodilatadora inhalada en Urgencias, se indica a los padres del paciente que administren la primera tanda de tratamiento sin darles indicaciones sobre la técnica. Se recogen una serie de ítems para valorar la adecuada administración de tratamiento. Todos los pacientes habían sido valorados previamente en al menos una ocasión en Urgencias por dificultad respiratoria y habían recibido tratamiento inhalado en domicilio.

RESULTADOS

se recogen 34 pacientes con una edad media de 5.4 años y una distribución similar por sexo (48% de varones). De media habían acudido en el año previo a su visita en 2.4 ocasiones por dificultad respiratoria a Urgencias. En un 35.3% de los casos los padres no aportaron su cámara y mascarilla a Urgencias. En dos casos (5.8%) aplicaron el tratamiento directamente en la boca del paciente. Tras administrar la inhalación, un 17.6% no aguantaron varias respiraciones antes de retirar la cámara o mascarilla, y un 29.4% no esperaron un tiempo suficiente entre inhalación e inhalación. Un 41.1% no agitaron el dispositivo. No objetivamos diferencias en función de si habían sido valorados previamente en una consulta especializada de Neumología Infantil o no.

CONCLUSIONES

Se debe mejorar la educación a las familias y pacientes sobre el uso correcto de los dispositivos de inhalación con cámara, ya que es fácilmente corregible y puede suponer una diferencia en la evolución del paciente. Es muy rentable dedicar unos minutos en Urgencias al atender a estos pacientes para asegurar que se realiza de forma adecuada. Una medida instaurada en nuestra unidad es dar una hoja informativa a los progenitores en las que se detalla la técnica que deben seguir para el uso de cámaras de inhaación.

BIBLIOGRAFÍA

Juliá Benito, J. C., Moreno-Galarraga, L., Bragado Alcaraz, E., Asensi Monzó, M. T., Ortega Casanueva, C., Moral, L., Rodríguez Fernández-Oliva, C. R., Sanz Ortega, J., & Valdesoiro Navarrete, L. (2024). Medicaciones inhaladas y cámaras de inhalación para el asma infantil. Red española de grupos de trabajo sobre asma en pediatría (REGAP). *Anales de pediatría (Barcelona, Spain)*: 2003), 100(2), 123–131. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.12.009>

CO-04. MITO VS REALIDAD. OPINIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE LA EFICACIA DE LOS REMEDIOS CASEROS MÁS FRECUENTEMENTE UTILIZADOS

Manso Gómez M*¹, Rivas Vázquez M¹, Suarez Sanmartin A¹, Mesías De Concepción L¹, Fernández Filgueira M¹, Luaces González J¹

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario Ferrol.*

OBJETIVOS

Identificar las creencias de la población general sobre la eficacia y veracidad de algunos de los remedios caseros comúnmente más utilizados en enfermedades comunes en la edad pediátrica.

MÉTODOS

Se pone a disposición de los padres/cuidadores de los niños asistentes al Servicio de Urgencias de Pediatría del Complejo Hospitalario Ferrol una encuesta online accesible mediante un código QR mostrado durante los meses de junio, julio, agosto y septiembre de 2024. En ella se evalúan algunos remedios tradicionales avalados por la evidencia científica como el uso de sal para reducir el granuloma umbilical o la miel para calmar la tos. Algunos con opiniones enfrentadas como el uso de vapores aromáticos para los síntomas de infecciones respiratorias de vías altas. Y otros que no cuentan con evidencia científica como el uso de cebolla para calmar la tos, el corte de pelo a los bebés para que crezca más fuerte, el uso de refrescos para la rehidratación en gastroenteritis, uso de moedas/esparadrapo para ocluir la hernia umbilical, el collar de ámbar para calmar el dolor de dientes o el uso de manzanilla en múltiples patologías comunes (cólicos, erupción dentaria...). Se obtiene un total de 110 respuestas.

RESULTADOS

Los resultados muestran disparidad de opiniones entre la eficacia de estos remedios, estando muy extendido el uso de miel y cebolla para calmar la tos, en los que cerca del 50% de los usuarias consideran que son eficaces; por otro lado el uso de manzanilla y refrescos en patología gastrointestinal o el uso de vapores aromáticos en infecciones respiratorias cuentan con alrededor de un 60% de aceptación, a pesar de contar alguno de ellos con conocidos efectos secundarios. Menos extendido se ha visto la colocación de pilas/monedas en hernias umbilicales, ámbar para el dolor de dientes, el corte de pelo para mejorar su crecimiento en lactantes o el uso de sal en el granuloma umbilical a pesar de ser este uno de los pocos remedios comentados con evidencia científica de eficacia junto con la miel para calmar la tos. Estas no parecen entenderse como medidas demasiado conocidas ni útiles a vistas de la población general.

CONCLUSIONES

En conclusión parecen estar ampliamente extendidos muchos de los remedios aquí mencionados, pero sin llegar a la mayor parte de la población la verdadera utilidad/veracidad sobre ellos. Parece ser necesaria una mejoría en la información que llega a la población sobre falsos mitos tan comunes en nuestro medio. Dados los resultados obtenidos, hemos realizado un nuevo QR que quedará expuesto en el puntos clave de nuestro Servicio de Urgencias, servicio de Pediatría y centros de atención primaria para informar sobre los resultados y la evidencia científica sobre estos remedios, con el fin de mejorar la educación sanitaria de la población de nuestro área.

BIBLIOGRAFÍA

Bagadia, J., Jaiswal, S., Bhalala, KB y Poojary, S. (2019). Una pizca de sal: una técnica modificada para tratar el granuloma umbilical. *Pediatric Dermatology* , 36 (4), 561–563. doi:10.1111/pde.13851 Godwin, M., Crellin, J., Mathews, M., Chowdhury, NL, Newhook, LA, Pike, A., ... Law, R. (2013). Uso de productos naturales para la salud en niños: encuesta a padres en salas de espera. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien* , 59 (8), e364-71. Martínez-Gimeno, A. (2009). Cebollas, mitos, creencias, moda y realidad en el asma. *Allergologia et Immunopathologia*

, 37 (6), 309–313. doi:10.1016/j.allerg.2009.10.004 Oduwole, O., Udoh, EE, Oyo-Ita, A., y Meremikwu, MM (2018). Miel para la tos aguda en niños. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas , 4 (12), CD007094. doi:10.1002/14651858.CD007094.pub5 Smith, A., & Matthews, O. (2022). Aromatic ointments for the common cold: what does the science say? *Drugs in Context*, 11, 1–9. doi:10.7573/dic.2022-5-6 Recursos para familias, AEPapUpToDate

CO-05. CONCORDANCIA INTER-OBSERVADOR (INTELIGENCIA ARTIFICIAL/RADIÓLOGO PEDIÁTRICO) EN LA RADIOLOGÍA ÓSEA

Meleiro Estévez T^{*1}, Delgado Ramírez J¹, Serrano Soto J², Vazquez Castelo J², Concheiro Guisan A¹
¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ²Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

OBJETIVOS

Determinar la concordancia inter-observador en la interpretación de imagen radiológica del aparato músculo-esquelético entre radiólogos especialistas en pediatría y un algoritmo de IA.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo sobre las radiografías óseas realizadas en los centros de salud de nuestra área sanitaria entre mayo y septiembre de 2024. El algoritmo IA utilizado, BoneView (Gleamer AI, FranciaTM) es válido para detectar fracturas, derrames (codo, rodilla y tobillo), dislocaciones y lesiones focales óseas a partir de los dos años de edad. Informa como imagen positiva, negativa u otros (cuando no ha podido realizar el análisis o encuentra algo dudoso).

RESULTADOS

Se analizaron un total de 193 radiografías que fueron interpretadas por el radiólogo experto y a su vez por el algoritmo. Un 60.1% fue solicitada tras traumatismo, un 25,4% por signos clínicos como dolor, cojera... y un 14.5% para determinar la edad ósea. Las localizaciones más frecuentes fueron muñeca y pie con un 13,47% cada una, seguidas de tobillo 12,4% y mano 11,4%. El 52,3% de las peticiones se realizaron en niños en edad escolar (6-11 años). Previo a calcular la coincidencia y concordancia se excluyeron las radiografías solicitadas por edad ósea, ya que la IA no es capaz de determinarla. El informe del radiólogo pediátrico coincidió en un 81.8% de ocasiones con el del algoritmo. Se encontró discrepancia en un 18.2%. El índice Kappa fue 0.45 (grado de concordancia moderado), con un IC al 95% (0,59-0,31).

CONCLUSIONES

En 1.8 de cada 10 radiografías se encontraron diferencias de diagnóstico entre la IA y el radiólogo. La concordancia inter-observador hallada fue de grado moderado. Aunque BoneView es una herramienta prometedora, debe complementarse con la experiencia del radiólogo para optimizar el diagnóstico.

CO-06. ACTUALIZACIÓN DE DERIVACIONES POR NEUTROPENIA A UNA CONSULTA DE ONCO-HEMATOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: PROPUESTA DE CUÁNDO Y CÓMO REMITIR EN BASE A UN ESTUDIO RETROSPECTIVO.

Oiz I^{*1}, García Zuazola I¹, Gómez Silva G², Regueiro García A³, Fernández Sanmartín M⁴

¹Pediatría, CHUS. ²Pediatría, Centro Salud BertamirÁns. ³Pediatría, Hospital del Barco de Valdeorras.

⁴Jefe de Departamento de Oncología y Hematología Pediátrica, CHUS.

OBJETIVOS

Dado que la neutropenia es un hallazgo relativamente frecuente en las analíticas pediátricas implica la realización de un exceso de exploraciones en esta población a pesar de que la mayoría de ellas son transitorias y no concluyen en un diagnóstico de gravedad. Objetivo: describir las características de los pacientes derivados por neutropenia desde atención primaria a una consulta especializada y proponer recomendaciones de derivación en base a nuestros resultados.

MÉTODOS

estudio descriptivo retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas de pacientes pediátricos remitidos al Servicio de Hematología Pediátrica de un hospital de tercer nivel desde Atención Primaria durante el periodo comprendido entre mayo del 2021 y septiembre del 2023.

RESULTADOS

63 pacientes fueron derivados por neutropenia de los cuales 26 presentan un diagnóstico etiológico concreto. Los 37 restantes se etiquetaron como neutropenias post-infecciosas o transitorias de la infancia. De los 26 pacientes con neutropenias de origen sindrómico únicamente el 34,7% eran graves y 18 asociaban otras citopenias. Del total, el 65,5% fueron derivados tras hallar la neutropenia en una sola analítica. El tiempo de evolución de estas tenía una mediana de 1,3 meses. Solo un cuarto fue sometido a estudios de tercer nivel (médula ósea (28%) y/o estudio genético (39%), entre otros). Tan solo el 13,8% recibió tratamiento específico relacionado con la neutropenia.

CONCLUSIONES

La neutropenia es un hallazgo frecuente en los niños, pero rara vez se asocia con enfermedades graves. Cuando es así, se suele acompañar de otras alteraciones analíticas o clínicas. Dado que la mayoría de las neutropenias infantiles son leves y transitorias, proponemos la derivación ante neutropenias persistentes moderadas-graves, con antecedentes infecciosos relevantes o asociadas a otras citopenias, y siempre confirmada en más de un estudio separado entre sí con el tiempo suficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Susumu MDI, Gary MDJR. Pediatric Autoimmune and Chronic Benign Neutropenia Workup. Medscape [Internet]. 2019;1-14.
2. Maheshwari A. Neutropenia in the newborn. Curr Opin Hematol. 2014;21(1):43-9.
3. Borregaard N. Severe congenital neutropenia: New lane for ELANE. Blood. 2014;123(4):462-3.
4. Fadeel B, Garwicz D, Carlsson G, Sandstedt B, Nordenskjöld M. Kostmann disease and other forms of severe congenital neutropenia. Acta Paediatr Int J Paediatr. 2021;110(11):2912-20.
5. James RM, Phillips B. Fifteen-minute consultation: A guide to managing a child with a new finding of neutropenia. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2019;104(6):282-5.
6. I. Aróstegui J, Beléndez C, Díaz de Heredia C, Galera A, Plaza D. Neutropenia crónica grave. Guía clínica de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. 2557;4(1):88-100.
7. Roganovic J, Ricci E, Polychronopoulou S, Fioredda F. Isolated neutropenia preceding acute lymphoblastic leukemia in children. Pediatr Blood Cancer. 2022;69(7):10-2.
8. Connelly JA, Walkovich K. Diagnosis and therapeutic decision making for the neutropenic patient.
9. Gunn E, Powers JM, Rahman AF, Bemrich-Stolz C, Mennemeyer S, Lebensburger JD, et al. Diagnosis and management of isolated neutropenia:

A survey of pediatric hematologist oncologists. *Pediatr Blood Cancer*. 2022;(August 2022):1-7.10.
Solano C. Diagnóstico de citopenias. Algoritmo de estudio SIMPOSIO CONJUNTO EHA-SAH: PATOLOGÍA HEMATOLÓGICA BENIGNA. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2017;(2):250-78.11.
Sorbara JC, Chiniara LN, Thompson S, Palmert MR. Mental health and timing of gender-Affirming care. *Pediatrics*. 2020;146(4).12. Korematsu T, Koga H. Transient neutropenia in immunocompetent infants with respiratory syncytial virus infection. *Viruses*. 2021;13(2).13. Atallah-Yunes SA, Ready A, Newburger PE. Benign ethnic neutropenia. *Blood Rev* [Internet]. septiembre de 2019;37(1):100586.14. Celkan T, Koç BS. Approach to the patient with neutropenia in childhood. *Turk Pediatr Ars*. 2015;50(3):136-44.

CO-07. SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Cachaldora Losada M^{*1}, Otero González A¹, García Paz J¹, Parga Hervés A¹, Pardo Vázquez J¹

¹*Pediatría, Materno Infantil Teresa Herrera.*

OBJETIVOS

El síndrome hemofagocítico (SHF) o linfohistiocitosis hemofagocítica es un síndrome clínico grave provocado por una respuesta inadecuada del sistema inmunológico a un desencadenante, causando una liberación exagerada o tormenta de citocinas. Es una entidad con elevada mortalidad, siendo típica su presentación en la edad pediátrica. Un retraso diagnóstico-terapéutico puede provocar graves consecuencias a largo plazo, incluyendo secuelas neurológicas permanentes, fallo multiorgánico o, incluso, fallecimiento del paciente. Es, por tanto, una urgencia médica cuya sospecha inicial rápida puede marcar grandes diferencias pronósticas. El objetivo principal del presente estudio es caracterizar a los pacientes diagnosticados de SHF en un centro de tercer nivel.

MÉTODOS

Se realiza un estudio observacional descriptivo, seleccionando como tamaño muestral a todos los pacientes con diagnóstico al alta de SHF entre enero de 2016 y enero de 2024 en nuestro hospital. Se describen y se comparan diferentes características clínicas de los mismos, incluyendo: edad, sexo, clínica inicial, duración del ingreso, criterios diagnósticos que cumplen, tratamiento y evolución.

RESULTADOS

Se obtienen un total de 8 pacientes, 2 varones y 6 mujeres. La edad media es de 4,1 años, con edades comprendidas entre los 3 meses y los 10 años. Todos los casos son formas secundarias de SHF, 5 de ellos secundario a proceso infeccioso (infección por *Mycoplasma Pneumoniae*, Sars-Cov2, sarampión, VEB y *Borrelia Burgdogferi* respectivamente), uno a síndrome de Wolman, una inmunodeficiencia de base por síndrome de Down y una histiocitosis de células de Langerhans. La clínica inicial más frecuente es fiebre y hepatitis (4/8), presentándose el resto con cuadros respiratorios (2), anemia severa o meningoencefalitis. Todos ellos cumplen los criterios de fiebre, hepatoesplenomegalia, citopenias e hiperferritinemia, presentando 6 casos hipertrigliceridemia, 3 hipofibrinogenemia, 6 un CD25 elevado, 2 actividad NK disminuida y 5 hemofagocitosis en médula ósea. La media de días de ingreso fue de 43,6 días. Todos presentan evolución clínica favorable tras recibir tratamiento con dexametasona (6/8), metilprednisolona (3/8), inmunoglobulinas (5/8), ciclosporina A (1/8) o etopósido (2/8), precisando además 7 de ellos ingreso en UCI.

CONCLUSIONES

La identificación rápida del SHF es una urgencia pediátrica, siendo de vital importancia instaurar un tratamiento dirigido apropiado. El diagnóstico de esta entidad puede ser inicialmente complejo, siendo conveniente sospecharlo ante un paciente con deterioro progresivo del estado general.

BIBLIOGRAFÍA

Astigarraga I. Gonzalez-Granado L. Allende L. et al. Síndrome hemofagocíticos: la importancia del diagnóstico y tratamiento precoces. *AnPediatr(Barc)*. 2018;89(2):124.e1-124.28Galán V. Pérez A. Síndrome hemofagocítico. *PediatrIntegral*. 2021; XXV (6): 326.e1-326.e9.CannaS. Marsh R. *Pediatric hemophagocytolymphohistiocytosis*. *BloodReviewSeries*. 2020. Vol135, N°16.JordanM. Allen C. Greenberg J. et al. Challenges in the diagnosis of hemophagocytic lymphohistiocytosis: Recommendations from the North American Consortium for histiocytosis (NACHO). *PediatrBloodCancer*. 2019;e 2792 Nandhakumar D. Loganatha A. Sivasankaran M. et al. Hemophagocytic Lymphohistiocytosis in Children. *Indian J Pediatr*. 2020. Recomendaciones clínicas trasplante de progenitores hematopoyéticos en inmunodeficiencia primarias. Comité

LXXIV CONGRESO DE LA SOPEGA 2024

Inmunodeficiencias Primarias PINDA. 2019.Kliegman, StGeme, Blum, Shah, Tasker, Wilson. Nelson tratado de pediatría. 21.aed. Elsevier; 2020.

CO-08. ENFERMEDAD DE CASTLEMAN MULTICÉNTRICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA A RAÍZ DE UN CASO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO.

Rodríguez Vidal M*¹, González Burgo M¹, Tallón García M², Ocampo Álvarez A¹, Lorenzo Fírvida C¹, Concheiro Guisán A²

¹Pediatría, CHUVI. ²Pediatría, CHUVI.

OBJETIVOS

- La enfermedad de Castleman (EC) se engloba dentro de los trastornos linfoproliferativos. Se describen dos formas clínicas: unicéntrica y multicéntrica. La EC multicéntrica (ECM) consiste en un cuadro sistémico constitucional con adenopatías en múltiples localizaciones. Se ha relacionado con la presencia del herpes virus tipo 8 (VHS-8), Linfoma no Hodgkin o Síndrome POEMS. Existe una variante conocida como TAFRO asociada a mayor gravedad clínica y peor pronóstico. - Caso clínico; Varón de 14 años que el año 2018 presenta un cuadro de fallo multiorgánico con presencia de adenomegalias, citopenias, poliserositis y fracaso respiratorio. No se consigue llegar a un diagnóstico causal tras múltiples pruebas presentando mejoría tras tratamiento inmunosupresor. A los 17 años estando a tratamiento con micofenolato presenta un cuadro similar al anterior con adenomegalias hipercaptantes en PET, citopenias, anasarca, fiebre, mielofibrosis y fallo multiorgánico. La sospecha diagnóstica que se establece y se confirma con estudios de anatomía patológica es de EC multicéntrica variante TAFRO. Presenta respuesta satisfactoria a la inmunosupresión severa con corticoides, micofenolato y siltuximab.- El objetivo es revisar la evidencia científica disponible respecto a la ECM en población pediátrica y los nuevos abordajes terapéuticos.

MÉTODOS

Revisión sistemática sobre ECM en pediatría en los últimos 15 años a través de la base de datos PubMed.

RESULTADOS

Se han publicado 68 artículos sobre la EC en edad pediátrica. De estos, 28 hacen referencia específicamente a población pediátrica con un reporte de 52 casos de ECM. Solo se reporta un caso asociado a VHS-8 y 3 de ECM-TAFRO. La mayor parte asociaron síntomas sistémicos (sobre todo fiebre y esplenomegalia). Se detectó mayor elevación de marcadores de inflamación respecto a los unicéntricos (sobre todo IL-6). El abordaje terapéutico en la mayor parte de artículos fue la combinación de cirugía con quimioterapia, asociando últimamente terapias biológicas con anticuerpos contra IL-6: siltuximab/tocilizumab, e inhibidores JAK (ruxolitinib) con buena respuesta y control de la enfermedad.

CONCLUSIONES

- La EC es una entidad rara en la edad pediátrica siendo más frecuente el subtipo unicéntrico que el multicéntrico. - El pronóstico en los casos multicéntricos es peor, si bien la evolución en los casos pediátricos suele ser mejor. La variante TAFRO le confiere especial gravedad al cuadro, con múltiples recaídas a lo largo de la evolución.- La aparición de terapias biológicas como los anti-IL6 e inhibidores JAK han supuesto una nueva herramienta terapéutica con resultados prometedores a largo plazo.

CO-09. VALORACIÓN POR PACIENTES, FAMILIAS Y DOCENTES DEL IMPACTO DEL AULA HOSPITALARIA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Delgado Ramírez J^{*1}, Meleiro Estévez T¹, López Villares M¹, Balado Insunza N¹, González Cabaleiro I¹, Concheiro Guisán A¹

¹*Pediatría, CHUVI.*

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la escolarización durante la hospitalización en el curso de los TCA, mediante el análisis de la opinión de pacientes, progenitores y docentes.

MÉTODOS

Estudio observacional cualitativo mediante encuestas realizadas a pacientes, progenitores y profesores del Aula Hospitalaria de un centro terciario. Todos los pacientes tenían diagnóstico de TCA y precisaron hospitalización en el período enero 2019 a mayo 2024. El reclutamiento se realizó en la consulta de seguimiento y/o por mail, tras consentimiento informado. Las preguntas versaron sobre el impacto percibido en el estado emocional de los pacientes y el papel de la escolarización hospitalaria y domiciliaria en su recuperación.

RESULTADOS

Se seleccionaron 35 pacientes (86% mujeres, 16% hombres; mediana de edad de 13,5 años). Un 32% presentaba comorbilidad psiquiátrica. Del total se excluyeron 10 por indicación médica, ingreso cuando la escuela no estaba operativa o imposibilidad de contacto, encuestándose finalmente 25 pacientes. La mayoría valoró positivamente la escolarización hospitalaria, destacando que la realización de actividades disminuyó su ansiedad y mejoró su trastorno conductual en un 77.8% de casos. A pesar de que la interacción social fue necesaria para afrontar el proceso de hospitalización, un 44% notificó inquietud y ansiedad ante encuentros con otros pacientes. Un 77.8% de los pacientes recomendaría la asistencia al aula. Los padres tuvieron una percepción positiva de la escolarización hospitalaria. Un 80% valoraron la integración social y la disminución de ansiedad con las actividades. El 100% de los progenitores consideró beneficiosa la relación de sus hijos con otros pacientes y con los profesores. Los profesores no observaron problemas significativos para la integración en el Aula, percibiendo tendencia a la agrupación de los pacientes con TCA entre ellos, con efectos tanto positivos como negativos. Todos los profesores consideraron importante recibir formación específica sobre TCA.

CONCLUSIONES

La escolarización hospitalaria favorece el tratamiento conductual de pacientes con TCA, contribuyendo al afrontamiento de la ansiedad y manteniendo la integración social. Es necesaria la formación específica de los docentes en TCA para la optimización de este proceso.

CO-10. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ARFID ¿CÓMO SON LOS NIÑOS “QUE NO COMEN”?

Piñeiro Feal L*¹, Busto Cuiñas M¹, Martín Morales J¹, Loureiro Faro M¹, Couceiro Gianzo J¹

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

OBJETIVOS

Analizar las características e intervenciones realizadas en niños con trastornos por evitación y restricción de la ingesta de alimentos (ARFID) en la consulta de Gastroenterología Pediátrica de un hospital secundario.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes pediátricos diagnosticados de ARFID en los últimos 3 años. Se recogen variables relacionadas con el estado nutricional, subtipo, tiempo de evolución, trastornos asociados, alteraciones analíticas e intervenciones terapéuticas, entre otras. Se analizaron los datos mediante Microsoft Excel y SPSSv22.

RESULTADOS

Se obtuvieron 77 pacientes con ARFID (44% mujeres, 56% varones). Se clasificaron por subtipos: selectivo (60%), ingesta limitada (25%), aversivo (6%) y trastornos mixtos (9%). Observamos una mediana de edad de presentación menor en los de “ingesta limitada” (5 meses) frente al resto (“selectivo” 12 meses, “aversivo” 36), siendo esta diferencia estadísticamente significativa, $p=0,029$. La relación peso/longitud al diagnóstico fue significativamente menor en los de “ingesta limitada” frente a los otros tipos, $p=0,008$. El tiempo medio de evolución hasta la primera consulta fue menor en el “aversivo” e “ingesta limitada” (6 meses) frente al “selectivo” 19,5, esta diferencia no fue estadísticamente significativa, $p=0,818$. El subtipo “ingesta limitada” se asoció a mayor porcentaje de prematuridad (31%) que el resto. Mientras que el trastorno “selectivo” se asoció con más frecuencia a trastornos del neurodesarrollo (26% TEA y 8% TDAH). Se observó que, de los pacientes con ferropenia, el 83% pertenecían al subtipo “selectivo”, no estadísticamente significativo $p=0,315$. El 28% de los “selectivos” tenían antecedentes de alergia alimentaria, ninguno en el resto de subtipos. El 100% del subtipo aversivo se asoció con un evento desencadenante y todos tuvieron una evolución favorable al realizar abordaje del evento. Sobre las intervenciones realizadas, se observó una asociación estadísticamente significativa entre el subtipo y la necesidad de soporte nutricional ($p=0,029$) siendo los pacientes con mayor necesidad del mismo los de “ingesta limitada” (78%). Los pacientes “selectivos” necesitaron mayor intervención psiquiátrica que los de “ingesta limitada” (58% vs 36%), sin embargo, los de ingesta limitada precisaron mayor intervención logopédica (47% vs 34%).

CONCLUSIONES

-El subtipo de ARFID se relaciona de manera significativa con la edad de presentación, el estado nutricional y la necesidad de soporte nutricional. -Los trastornos aversivos están desencadenados por algún evento y suelen evolucionar favorablemente. -El trastorno selectivo se asocia con frecuencia con alteraciones del neurodesarrollo, alergias alimentarias y ferropenia.-En el ARFID es fundamental el abordaje multidisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fisher M, Zimmerman J, Bucher C, Yadlosky L. ARFID at 10 years: A Review of Medical, Nutritional and Psychological Evaluation and Management. 2023 Dec 1 [cited 2024 Oct 7];25(12):421–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37755631/2.Y>. Suspes Cruz SOS. Trastorno de evitación y restricción de la ingestión de alimentos en Pediatría: un diagnóstico novedoso para una entidad frecuente en la práctica clínica | Pediatría integral [Internet]. 2020 [cited 2024 Oct 7]. (Pediatría

Integral). Available from: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-06/trastorno-de-evitacion-y-restriccion-de-la-ingestion-de-alimentos-en-pediatria-un-diagnostico-novedoso-para-una-entidad-frecuente-en-la-practica-clinica/3>. Kambanis PE, Thomas JJ. Assessment and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. 2023 Feb 1 [cited 2024 Oct 7];25(2):53–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36640211/4>. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). 2017 Apr 1 [cited 2024 Oct 7];47(4):95–103. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28532967/>

CO-11. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN NUESTRO CENTRO EN LA ÚLTIMA DÉCADA.

Corcobado Donoso S*¹, López Ortiz I¹, González Paz H¹, Rendo Vázquez A¹, Fernández Cebrián S¹
¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

OBJETIVOS

La esofagitis eosinofílica (EoE) es la causa más prevalente de esofagitis y la principal de disfagia e impactación alimentaria en edad pediátrica. Su incidencia ha aumentado exponencialmente en las últimas décadas. Las opciones terapéuticas son inhibidores de bomba de protones, corticoides deglutidos o tratamiento dietético. Nuestro objetivo es analizar las características epidemiológicas y clínicas en nuestro centro, junto con su manejo y respuesta terapéutica.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico mediante revisión de historias clínicas electrónicas de EoE diagnosticada y/o tratada en nuestro servicio entre el 01/01/2013 hasta 01/01/2024

RESULTADOS

Se incluyeron 17 pacientes, 76% varones y la mediana de edad de inicio fue 12 años. La mediana desde el inicio de síntomas al diagnóstico fue 1 mes. En el último año ha aumentado la incidencia, casi triplicando los diagnósticos. Un 88% de los pacientes presentaban comorbilidad alérgica, no alimentaria 29% (gramíneas 38%), alimentaria 21%, rinoconjuntivitis 19%, dermatitis atópica 19%, y asma 12%. Un 12% padecía enfermedad celíaca y 6% autoinmunidad (diabetes mellitus). Un 76% de los familiares contaban con antecedentes neuroalérgicos (asma 27%). La disfagia fue el síntoma principal 25%, seguido de impactación alimentaria 23%, atragantamiento 18%, dolor retroesternal 7%, 4.6% presentaba pirosis, fagofobia, sialorrea, necesidad de agua para deglución y dolor abdominal y 2% masticaba trozos pequeños y evitaba sólidos. Un 82% presentaba elevación de la IgE, 76% rast positivo alimentario (leche 24%, frutos secos 13%, soja 11%, huevo 10% y otros 42%) y 53% eosinofilia. La gastroscopia al diagnóstico fue compatible en el 94%, con surcos longitudinales 46%, exudados blanquecinos 32%, traquealización 11%, edema mucoso 7% y esófago rígido 4%. La primera línea de tratamiento fue omeprazol 88% con remisión histológica (RH) 13%, 6% budesonida (pendiente gastroscopia) y 6% restricción alimentaria (RH 100%). Tras fallo de omeprazol usamos budesonida en el 90% (dos pendientes, resto RH 71%), y omeprazol más restricción alimentaria en el 10% (RH 100%). Actualmente 75% de los pacientes están asintomáticos, realizándose gastroscopia de control en 15 de ellos, observándose 53% de RH.

CONCLUSIONES

En el último año objetivamos un aumento de diagnósticos de EoE en nuestro centro, la gran mayoría con antecedentes alérgicos. Se realiza gastroscopia de forma precoz, probablemente por la forma de presentación y el mayor conocimiento de la enfermedad en atención primaria. Observamos escasa respuesta terapéutica con omeprazol, inferior a la referida en bibliografía y con budesonida similar a otros metaanálisis. Estos resultados deben tratarse con precaución dado nuestro pequeño tamaño muestral.

BIBLIOGRAFÍA

Carolina Gutiérrez Junquera, Sonia Fernández Fernández, Gloria Domínguez-Ortegac, Víctor Vila Miravet, Roger García Puig, Ruth García Romero, Ana Fernández de Valderrama, Rebeca Andradas Rivas y Grupo de Trabajo de Trastornos Gastrointestinales Eosinofílicos de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas (SEGHNP). (2020). Recomendaciones para el diagnóstico y manejo práctico de la esofagitis eosinofílica pediátrica. *Anales de Pediatría*. Vol. 92. Núm. 6. páginas 376.e1-376.e10 (Junio 2020).

CO-12. ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG EN PEDIATRÍA: REVISIÓN DE CASOS EN NUESTRO CENTRO

Millán Omil T*¹, Díaz Fernández F¹, Moreno Álvarez A², Solar Boga A², Fernández González S², Pardo Vázquez J¹

¹, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera. ²Unidad de Gastroenterología Infantil, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera.

OBJETIVOS

La enfermedad de Hirschsprung (EH) es una patología que causa obstrucción intestinal funcional. Es más frecuente en varones y en la mayoría de los casos la afectación involucra únicamente al recto y colon sigmoide. Puede asociarse a otros síndromes o malformaciones. El diagnóstico se confirma con biopsia rectal y el tratamiento es la resección del segmento afectado. Este estudio analiza los datos de pacientes con EH en nuestro centro.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que incluimos pacientes diagnosticados de EH en nuestro centro en los últimos 12 años. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo) y clínicas (síntomatología, extensión). Se analizaron las pruebas complementarias solicitadas, tipo de intervención quirúrgica y complicaciones de la misma.

RESULTADOS

Se incluyeron 10 pacientes, predominantemente varones (70%). 70% fueron diagnosticados en el periodo neonatal y todos ellos antes del año de vida. La clínica más frecuente en el momento del diagnóstico fue la de obstrucción intestinal (80%), 40% presentaron retraso en la eliminación de meconio y un 20% debutó en forma de enterocolitis. Un 20% de los pacientes presentaban únicamente clínica de estreñimiento crónico. En cuanto a la afectación, el 80% presentó EH de segmento corto o ultracorto, y en un 20% la afectación incluía al colon transversal. La comorbilidad más frecuente fue el síndrome de Down (20%). Como pruebas complementarias, se realizó radiografía abdominal en el 90% y enema con contraste en el 70%. Todos los casos fueron confirmados mediante biopsia rectal, evidenciando ausencia de células ganglionares en todos ellos, y un 30% presentaba además hipertrofia de los nervios submucosos. Destaca que en un 30% la tinción con calretinina fue débilmente positiva. En cuanto al tratamiento, en un 60% de pacientes se realizó la cirugía en un único tiempo, siendo la técnica más utilizada la cirugía transanal de De la Torre. Las complicaciones a largo plazo consistieron en estreñimiento en un 70% e incontinencia fecal o soiling en un 20%. Uno de los pacientes falleció como consecuencia de un shock séptico refractario.

CONCLUSIONES

La EH se debe sospechar fundamentalmente en neonatos con síntomas de obstrucción intestinal. Su diagnóstico definitivo es histológico y su tratamiento consiste en la resección del segmento afectado. A pesar de la eficacia de la técnica quirúrgica, las complicaciones a largo plazo tras la cirugía en forma de estreñimiento o episodios de manchado son frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ambartsumyan L, Smith C, Kapur RP. Diagnosis of Hirschsprung Disease. *Pediatr Dev Pathol*. 2020;23(1):8–22. 2. BEATO NUNEZ J. Enfermedad de Hirschsprung. *Rev Cubana Pediatr*. 1951;23(8):449–72. 3. Caro Pizarro V, Rockbrand Campos L. ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG: Una revisión de la literatura. *Rev Centroam para Ciencias la Salud [Internet]*. 2019;13(13):6–18. 4. Kyrklund K, Sloots CEJ, de Blaauw I, Bjørnland K, Rolle U, Cavalieri D, et al. ERNICA guidelines for the management of rectosigmoid Hirschsprung's disease. *Orphanet J Rare Dis*. 2020;15(1):164.

CO-13. HEMATURIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INTESTINAL

Alvarez Diaz M^{*1}, Busto Cuiña M², Viaño Nogueira P³, Otero Pérez L¹, Couceiro Gianzo J¹

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.* ²*Gastroenterología infantil, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.* ³*Nefrología infantil, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

OBJETIVOS

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) asocia frecuentemente manifestaciones extraintestinales. Entre las más habituales se encuentran las nefrourológicas, que pueden ser dependientes de la actividad de la enfermedad (formación de inmunocomplejos) o independientes de la misma (alteraciones metabólicas secundarias a malabsorción, alteraciones anatómicas secundarias, efectos de medicación...).El objetivo del estudio es conocer las principales causas de hematuria en estos pacientes y las características de ésta. Secundariamente, describir las pruebas complementarias que se llevaron a cabo para el diagnóstico etiológico.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo transversal. Se incluyeron todos los pacientes con EII que presentaban hematuria a seguimiento en gastroenterología pediátrica de nuestro hospital entre 2016-2023.Los datos fueron recogidos mediante una base de datos en Excel. Se incluyeron 18 variables en relación a forma de presentación, pruebas diagnósticas y tratamientos realizados.

RESULTADOS

Se analizaron 9 pacientes, siete varones (seis con colitis ulcerosa, uno con enfermedad de Crohn). Seis tenían antecedentes familiares de enfermedad renal.Todos presentaron hematuria macroscópica y proteinuria con cifras variables (uno en rango nefrótico), dolor abdominal y uno dolor testicular. Los episodios fueron recurrentes, con resolución espontánea y duración entre 24-48 horas en ocho casos. Siete referían disuria y en dos se objetivó leucocituria al menos en un episodio. En todos se recogió urocultivo, solo uno positivo para K.Pneumoniae. Se realizó ecografía renal a todos (dos presentaron ectasia calicial y dos microlitiasis), TAC a dos pacientes (en uno se confirmó síndrome de cascanueces) y UroRM en un paciente con TAC normal (sin alteraciones).Se realizó estudio de litiasis renal en cinco pacientes objetivándose hipocitraturia en dos e hiperoxaluria en uno, iniciándose medidas dietéticas, con evolución favorable (no iniciado citrato potásico). En un paciente se realizó estudio genético (normal) y en ninguno biopsia por el momento. El diagnóstico de sospecha fue litiasis renal en 5 casos (confirmado en tres, uno por expulsión de arenilla y en dos por ecografía), síndrome de cascanueces en uno, efecto secundario a tratamiento en uno y nefropatía IgA en los dos restantes (no confirmadas).

CONCLUSIONES

Los pacientes con EII tienen elevado riesgo de desarrollar enfermedades renales secundarias a tratamientos, a la propia enfermedad o a enfermedades asociadas.Se debe monitorizar la función renal en pacientes con EII.La causa más frecuente de hematuria en nuestra muestra fue la litiasis probable, siendo en éstos la evolución favorable con medidas dietéticas.

CO-14. SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÉMICO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Otero González A*¹, Millán Omil T¹, López Lamas V¹, García Martínez M², Pardo Vázquez J¹

¹*Pediatría, Hospital Teresa Herrera, A Coruña.* ²*Pediatría, Hospital Teresa Herrera, A Coruña.*

OBJETIVOS

Se conoce como Síndrome hemolítico urémico (SHU) a una microangiopatía trombótica donde predomina la afectación a nivel renal. Es fundamental reconocer la causa del mismo para una orientación terapéutica adecuada. Se conoce como típico al causado por infección por bacterias entéricas productoras de toxinas shiga o verotoxinas y atípico al primario (genético) y a las otras formas secundarias. El objetivo principal de nuestro trabajo es caracterizar a los pacientes que estuvieron ingresados en un hospital de tercer nivel diagnosticados de SHU.

MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo. El tamaño muestral se compone de todos los pacientes con diagnóstico al alta de SHU entre los años 2016 y 2023 de nuestro hospital. Se realiza un análisis de manera descriptiva de las características del paciente (sexo y edad) y de las características de la patología estudiada (clínica inicial, duración del ingreso, valores analíticos y tratamiento de soporte utilizado).

RESULTADOS

En total son 8 casos de los cuales 6 son mujeres y 3 varones. La edad media son 2,9 años con un rango de edad entre 7 meses y 8 años. Se dividen en 6 SHU típicos y 2 atípicos, ambas formas secundarias asociadas a infección por neumococo. La clínica inicial fue en la mayoría de los casos clínica gastrointestinal (en 2 de ellos no se presentó diarrea sanguinolenta), donde en todos se aisló el *E. Coli* O7:0157 en heces. En los dos por neumococo se iniciaron con cuadro catarral. Todos presentaron anemia (media al diagnóstico de 6.6 g/dL), trombopenia (media al diagnóstico de 48750/mcL), esquistocitos en el frotis periférico y deterioro progresivo de la función renal (con unas medias al diagnóstico de 3,7 mg/dL de creatinina y 132,6 mg/dL de urea). En cuanto al tratamiento de soporte necesitado, 6 de los pacientes necesitaron diuréticos por hipertensión arterial y edemas y 5 soporte respiratorio (precisando 3 de ellos ventilación mecánica invasiva). La diálisis fue necesaria en 6 pacientes (3 peritoneal y 3 por hemofiltración). La media de ingreso de UCIP fue de 21 días, presentando 5 pacientes complicaciones con infecciones nosocomiales, 3 pacientes derrame pleural, 1 paciente deterioro neurológico y 1 paciente colitis isquémica.

CONCLUSIONES

Es importante sospechar SHU ante un paciente que presenta un deterioro importante de la función renal con anemia, trombopenia y esquistocitos en el frotis. El inicio precoz del tratamiento de soporte es vital en la evolución de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Camacho Alonso, J. M., Camacho, V. R., & Manso, G. M. (2013). Síndrome hemolítico urémico. *Anales de Pediatría Continuada*, 11(4), 187–196. [https://doi.org/10.1016/s1696-2818\(13\)70137-9](https://doi.org/10.1016/s1696-2818(13)70137-9) de Azagra Garde, A. M., Bouzas, M. a. I., & Hofheinz, S. B. (s/f). Microangiopatía trombótica. Síndrome hemolítico urémico. *Aeped.es*. de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/46_microangiopatia_s_hemolitico_uremico.pdf

CO-15. REVISIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME NEFRÓTICO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Alvarez Diaz M¹, Viaño Nogueira P², González Piñeiro Y³, Otero Perez L¹, Couceiro Gianzo J¹

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.* ²*Nefrología Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.* ³*Nefrología pediátrica, Hospital do Salnés.*

OBJETIVOS

El síndrome nefrótico (SN) idiopático o primario es la glomerulopatía más frecuente en la edad pediátrica. Su evolución y respuesta inicial a corticoterapia es heterogénea. Esto supone un reto para identificar el riesgo de evolución a enfermedad renal crónica. El objetivo del estudio es conocer la evolución de pacientes diagnosticados de SN en el área sanitaria Pontevedra-Salnés entre 2018 – 2023 y las características clínicas del mismo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional transversal. Se incluyeron pacientes diagnosticados de SN a seguimiento en nefrología pediátrica de nuestra área sanitaria entre 2018-2023. Los datos fueron recogidos mediante una hoja de cálculo en Excel. Variables incluidas: sexo, edad de debut, tiempo de evolución de enfermedad, forma de presentación, respuesta inicial a corticoides, dependencia de corticoides, tratamiento inmunosupresor, biopsia renal y complicaciones.

RESULTADOS

Se analizaron 10 pacientes: 80% varones. La mediana de edad al debut fueron 5 años (RIC 2.1) y el tiempo medio de evolución 4.17 años. Dos tenían antecedentes familiares de enfermedad renal. Nueve pacientes presentaron clínica al debut (edemas, oliguria, proteinuria) y sensibilidad a terapia inicial con corticoides (CS); de ellos: brote único (1), recaídas infrecuentes (4), recaídas frecuentes (5) y corticodependientes en la evolución (4). Ninguno evolucionó a corticorresistente (CR). El filtrado glomerular fue normal en todos. Se objetivó hematuria en cuatro casos e HTA en cinco. En dos se realizó monitorización ambulatoria de la presión arterial precisando tratamiento con antihipertensivos, con evolución favorable. Tres presentaron dislipemia y uno proteinuria residual. La complicación más frecuente fueron los procesos víricos. En todos se realizó ecografía renal, objetivándose ectasia pélvica en un paciente, resto sin hallazgos. En un paciente (CD con persistencia de proteinuria a pesar de intensificación de tratamiento) se realizó biopsia (GN por cambios mínimos) y, por el momento, en ninguno se hizo análisis genético. En CD (5/10) se emplearon inmunosupresores (levamisol 4/10, micofenolato 2/10, ciclofosfamida 1/10). En monoterapia presentaron remisión parcial/total 8/10 y 2/10 precisaron tratamiento combinado. Solo en un caso fue necesario disminuir dosis de inmunosupresor (ciclofosfamida) por reacción adversa medicamentosa (citopenia). Ingresaron 4/10 para intensificación de tratamiento con bolos de corticoterapia endovenosa. En la actualidad la evolución sin corticoterapia es favorable en 5/10.

CONCLUSIONES

Todos los pacientes fueron corticosensibles al diagnóstico y la mitad corticodependientes en su evolución. La biopsia se llevó a cabo en un paciente y su resultado no modificó la elección de tratamiento. En corticodependientes se utilizó como primera línea de tratamiento levamisol, siendo de segunda línea micofenolato o ciclofosfamida.

CO-16. DEBUT Y COMPORTAMIENTO DE MALFORMACIONES LINFÁTICAS E IMPACTO Y CONSIDERACIONES DEL USO DE SIROLIMUS EN SU TRATAMIENTO

Ortega Torres P*¹, Blanco Portals ¹, Méndez Gallart R¹, Dacosta Docampo I¹, Rodríguez Barca P¹, Ramallo Varela S¹, Miguez Fortes L¹, García Palacios M¹

¹*Cirugía Pediátrica, Hospital clínico universitario de Santiago de Compostela.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las malformaciones linfáticas (ML) son anomalías vasculares congénitas que afectan con mayor frecuencia a la región cervicofacial, pero con heterogeneidad en localización y presentación clínica, por lo que existe una variabilidad sustancial en las estrategias de manejo. El Sirolimus es un tratamiento eficaz pero se deben considerar sus efectos adversos. Se presentan cuatro casos de ML de distinta localización, tratamiento y evolución.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: Niña de 13 años que debuta con una masa abdominal no dolorosa palpable desde flanco derecho hasta fosa ilíaca izquierda no dolorosa. En pruebas complementarias se objetiva gran masa intraabdominal quística multiloculada de 20x8.7x13cm con sangrado intralesional. A los 3 meses persiste voluminosa masa abdominal de 10x14x18cm. La principal sospecha diagnóstica es una ML intra-abdominal macroquística gigante de debut tardío por sangrado intralesional. Actualmente asintomática y con actitud expectante, pendiente de iniciar tratamiento con Sirolimus. Caso 2: Recién nacido a término con lesión quística cervicotorácica posterolateral izquierda ya detectada prenatalmente. La masa es blanda, polilobulada, fluctuante y no pulsátil, en la región escapular y laterocervical, de 4x2.8x9 cm. Se inicia tratamiento con Sirolimus, tras dos meses de tratamiento presenta resolución prácticamente completa de la lesión con aumento de triglicéridos y disminución de HDL. Caso 3: Niño de 5 años diagnosticado de ML laterocervical izquierda y tratado hasta en 6 ocasiones en Colombia mediante esclerosis percutánea con bleomicina. Tras varios episodios de linfangitis, se inicia tratamiento con Sirolimus, presentando disminución de la lesión pero aumento de los parámetros del perfil lipídico en controles analíticos. CASO 4: Niña de 14 años diagnosticada de ML microquística cervical derecha a los 2 años de edad. Debuta a los 13 años con disfagia, aumento de tamaño de la lesión y linfangitis. Se inicia Sirolimus, con mejoría clínica y disminución del tamaño de la lesión pero con empeoramiento del perfil lipídico en controles analíticos posteriores.

DISCUSIÓN

Existen varias opciones terapéuticas para las malformaciones linfáticas, desde manejo conservador hasta tratamiento médico, escleroterapia o cirugía. Ninguna de ellas está exenta de complicaciones y rara vez se consigue resolución completa de la lesión. El sirolimus parece ser un tratamiento efectivo, sobre todo en lesiones macroquísticas y niños de menor edad, con mejoría tanto clínica como radiológica, sin embargo se debe tener en cuenta la dislipidemia como un efecto secundario frecuente, por lo que es primordial considerar un tratamiento multidisciplinar e individualizado y consensuar protocolos para su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Triana P, López Gutiérrez JC. Tratamiento farmacológico de las anomalías vasculares. *Cir Pediatr*. 2020;33(1):3-10. Hammill AM, Wentzel M, Gupta A, et al. Sirolimus for the treatment of complicated vascular anomalies in children. *Pediatr Blood Cancer*. 2011;57(6):1018-24. Mehl SC, et al. Institutional Management of Abdominal Lymphatic Malformations: Evolution of Treatment Over a Decade. *J Surg Res*. 2022 Dec;280:296-303. Wiegand S, Dietz A, Wichmann G. Efficacy of sirolimus in children with lymphatic malformations of the head and neck. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2022 Aug;279(8):3801-3810. Adams MT, Saltzman B, Perkins JA. Head and neck lymphatic malformation treatment: a systematic review. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2012 Oct;147(4):627-39. Wiegand S, Wichmann G,

Dietz A, Werner JA. Association between malformation type, location and functional deficits in lymphatic malformations of the head and neck in children. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2023 May;280(5):2535-2540.

CO-17. UTILIDAD DE LA COMBINACIÓN DE TESTS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO ANTIGÉNICOS Y CAPILARES EN EL MANEJO DE PATOLOGÍA INFECCIOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Pereiro Fernández S^{*1}, Vila Pérez D¹, Amado Puentes A¹

¹*Pediatría, Amado Clínica Pediátrica.*

OBJETIVOS

La demanda de consultas pediátricas por procesos infecciosos ha aumentado especialmente tras la pandemia de la COVID-19. Puede ser difícil diferenciar entre procesos víricos de infecciones bacterianas potencialmente graves (IBPG). Existen tests de diagnóstico rápido (TDRs) para muestras respiratorias y heces, así como determinaciones a pie de paciente de procalcitonina (PCT) o proteína C Reactiva (PCR) que ayudarían a disminuir esta incertidumbre.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de una serie consecutiva de pacientes a los que se les aplicó un algoritmo diagnóstico que integra los mencionados TDRs entre el 1 sept 2022 y el 1 marzo 2023. Criterios de exclusión: tratamiento antibiótico o vacunación 48 horas previas, inmunodeficiencias o patología crónica. Variables: Edad, sexo, número pruebas realizadas, porcentaje positivos, cambio en la actitud médica, necesidad de reconsultas.

RESULTADOS

Media de edad 3,2 años, 58% varones. 390 tests en total (PCR 66, PCT 16, respiratorio 288, heces 20). La mayor rentabilidad se encontró con la PCR (48.5%); PCT 37.5%; respiratorios 19,3% influenza A, 10,5% VRS, 6% adenovirus, 1,8% SARS COV-2, 1% influenza B; heces 10% rotavirus, 10% adenovirus. Cambio de actitud terapéutica: 56.1% PCR, 37.5% PCT, respiratorio 31.9%, heces 10%. Reconsulta 25% heces, 18.8% PCT, 15.5% respiratorio, 9% PCR.

CONCLUSIONES

La media de edad de la realización de los tests de acorde con el inicio de la etapa escolar (3 años). En épocas epidémicas se tiende a realizar TDRs de virus respiratorios, por encima del resto de las pruebas disponibles. La mayor utilidad (resultados positivos, modificación de actitud terapéutica, menor necesidad de reconsultas) se encuentra en la PCR, hecho que puede estar influenciado por el punto de corte establecido.

BIBLIOGRAFÍA

Test de diagnóstico microbiológico rápido en la consulta de Pediatría de Atención Primaria. M. Ridao Redondo, A. Amado Puentes, Grupo de Trabajo TECDIAP de la SEPEAP. *Pediatr Integral* 2023; XXVII (7): 395 – 403

CO-18. LA REVOLUCIÓN DEL NIRSEVIMAB: IMPACTO EN LA HOSPITALIZACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Santiago Rivas D*¹, Fernández González L¹, González Freiría N¹, Portugués De La Red ¹, Villares Porto-domínguez A¹, Cabrera Alvargonzalez J², Concheiro Guisán A¹

¹Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. ²Microbiología, Hospital Álvaro Cunqueiro.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto y la eficacia de la campaña de inmunización en la hospitalización por bronquiolitis en un hospital de tercer nivel.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron lactantes menores de 12 meses ingresados por bronquiolitis aguda por VRS durante el último trimestre del 2022 (pre-inmunización) respecto al mismo periodo del 2023 (post-inmunización).

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 172 pacientes. El 80% ingresaron en 2022 con una media de edad de 2,9 meses, representando un 13,5% del total de ingresos en ese periodo. El 20% restante estuvo hospitalizado en 2023 con una media de edad de 6,7 meses, suponiendo un 4,4% del total. De estos, el 36% estaban inmunizados. El principal motivo de no inmunización fue por no ser candidato (67%). En cuanto a la gravedad de bronquiolitis entre inmunizados y no inmunizados se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo menor en el primer grupo ($p = 0.02$). No hubo diferencia respecto a la estancia media ($p = 0.21$), siendo de 6 días. Solo un caso de bronquiolitis con Nirsevimab requirió ingreso en UCIP, en comparación con 18 pacientes no inmunizados. El requerimiento de soporte respiratorio fue del 71% en no inmunizados versus el 50% en inmunizados.

CONCLUSIONES

La administración de Nirsevimab disminuyó la tasa de hospitalización en un 76%. Los niños inmunizados presentaron menor gravedad de bronquiolitis; solamente un caso precisó UCIP. El perfil de edad de los niños ingresados por bronquiolitis por VRS tras la campaña con Nirsevimab, es el de un niño de mayor edad no inmunizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campaña de inmunización frente ao virus respiratorio sincitial [Internet]. Dirección Xeral de Saúde Pública; 2024 [citado 5 de octubre de 2024]. Disponible en: [https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/7249/Instrucao%CC%81n_VRS%20\(GA\)_2024.pdf](https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/7249/Instrucao%CC%81n_VRS%20(GA)_2024.pdf)2. Informe de seguimiento do virus sincitial respiratorio (VRS) en Galicia [Internet]. Dirección Xeral de Saúde Pública; 2024 [citado 5 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/7551/Informe_VRS_semana13.pdf3. Hammitt LL, Dagan R, Yuan Y, Baca Cots M, Bosheva M, Madhi SA, et al. Nirsevimab for Prevention of RSV in Healthy Late-Preterm and Term Infants. *N Engl J Med.* 3 de marzo de 2022;386(9):837-46. 4. Griffin MP, Yuan Y, Takas T, Domachowske JB, Madhi SA, Manzoni P, et al. Single-Dose Nirsevimab for Prevention of RSV in Preterm Infants. *N Engl J Med.* 30 de julio de 2020;383(5):415-25.

CO-19. VIRULENCIA DEL VRS EN LACTANTES EN LA PENÍNSULA IBÉRICA. ESTUDIO RHEDI.

Suárez Camacho R^{*1}, Dacosta Urbietta A², Pardo Seco J², Mallah N², Vázquez López P³, Luaces Cubbels C⁴, Ferrer González P⁵, Rodríguez Pastor S⁶, Rivero Calle I², Flores P⁷, Rodríguez Tenreiro Sánchez C², Rodrigues F⁸, Bangert M⁹, Kramer R⁹, Platero Alonso L¹⁰, Gomes C¹¹, Barbeito Castiñeiras G¹², Gómez Carballa A², Martínón Torres F², ¹³

¹Departamento de pediatría, hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago, Genetics, Vaccines and Infections Research Group (GENVIP), Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ³Departamento de pediatría, Hospital Gregorio Marañón, Hospital Gregorio Marañón. ⁴Institut de Recerca Sant Joan de Deu, Barcelona, Institut de Recerca Sant Joan de Deu, Barcelona. ⁵Departamento de pediatría hospital La Fe, Hospital La Fe, Valencia. ⁶Departamento de pediatría, Hospital Regional de Málaga, Hospital Regional de Málaga. ⁷Departamento de pediatría, Hospital CUF Descobertas, Centro Da Criança e Do Adolescente, Lisboa, Hospital CUF Descobertas, Centro Da Criança e Do Adolescente, Lisboa. ⁸Departamento de pediatría, Centro Hospitalar E Universitario de Coimbra, Centro Hospitalar E Universitario de Coimbra. ⁹Sanofi-Pasteur Lyon, . ¹⁰Sanofi-Pasteur España, . ¹¹Sanofi-Pasteur Portugal, . ¹²Departamento de microbiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ¹³, .

OBJETIVOS

Como objetivo principal nuestro estudio pretende describir la gravedad y las consecuencias de la infección por VRS en los paciente menores de 2 años que acuden a urgencias. Los objetivos secundarios del mismo engloban la descripción de las características demográficas y comorbilidades de estos pacientes, objetivar el uso e recursos sanitarios por infección respiratoria aguda atendida en urgencias, la descripción de loa patrones de confección en pacientes con infección respiratoria aguda por VRS en el servicio de urgencias.

MÉTODOS

Estudio multicéntrico, de cohortes, prospectivo, realizado en 8 hospitales que abarcan 6 áreas metropolitanas en la Península Ibérica (5 hospitales españoles y 3 portugueses). Los criterios de inclusión del estudio se corresponden con pacientes menores de 24 meses que acuden al servicio de urgencias por infección respiratoria aguda u otoños media con inicio de los síntomas en los últimos 5 días, con al menos: * Altas (50%): tos, catarro, OMA. * Bajas (50%): sibilancias, crepitantes, hipofonesis, taquipnea, hipoxemia o apnea. Para asegurar una mayor representatividad se reclutan 4 pacientes en horario de mañana y 4 en horario de noche por semana divididos en 2 periodos (domingo-miércoles y jueves-sábado). Las muestras se analizaron con una PCR en tiempo real empleando Allplex TM Respiratory Panel. Y además de recogerá el número total de paciente que acuden a urgencias por infección respiratoria durante el periodo de seguimiento del estudio.

RESULTADOS

Se reclutaron 914 lactantes en dos periodos (enero 2022-abril2022 y septiembre 2022-marzo2023). El 87% fueron diagnosticados con infección del tracto respiratorio inferior y el 13% con infección del tracto respiratorio superior. El 91,2% se diagnosticó al menos una infección viral y el 38,9% asociaba una coinfección viral. Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron rhinovirus (37,9%) y VRS (24,8%). Y no se detectó ningún microorganismo en el 8,6% de los pacientes. Los pacientes con VRS supusieron un 8,1% del total en la primera temporada y un 40% en la segunda. En comparación con los pacientes no infectados por VRS, presentaron una mayor tasa de diagnóstico de infección del tracto respiratorio inferior (94.7% vs 85.4%, $P=1.12 \times 10^{-4}$) y de ingreso hospitalario (39.2% vs 12.1%; $P<10^{-15}$). No se observaron diferencias entre ambos grupos en ingreso en UCI pediátrica (5.6% vs 7.2%; $P=0.761$).

CONCLUSIONES

1. Con la pandemia de COVID-19 se observó que los lactantes que acudieron a urgencias presentaron infección VRS en menor frecuencia de lo esperado, pero una vez se levantaron las restricciones se observó un aumento de las infecciones por VRS. 2. Las infecciones por VRS se asociaron con una mayor gravedad en comparación con otros microorganismos. 3. Destacar que este estudio es el primero realizado en la Península Ibérica para conocer la carga de la enfermedad por VRS y otros patógenos en urgencias hospitalarias en el período post-pandemia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shi T, McAllister DA, O'Brien KL, Simoes EAF, Madhi SA, Gessner BD, et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children in 2015: a systematic review and modelling study. *The Lancet*. septiembre de 2017;390(10098):946-58.
2. Wildenbeest JG, Billard MN, Zuurbier RP, Korsten K, Langedijk AC, van de Ven PM, et al. The burden of respiratory syncytial virus in healthy term-born infants in Europe: a prospective birth cohort study. *Lancet Respir Med*. 10 de noviembre de 2022;S2213-2600(22)00414-3.
3. Mao Z, Li X, Dacosta-Urbieta A, Billard MN, Wildenbeest J, Korsten K, et al. Economic burden and health-related quality-of-life among infants with respiratory syncytial virus infection: A multi-country prospective cohort study in Europe. *Vaccine*. marzo de 2023;S0264410X23002864.
4. Heinonen S, Jartti T, Garcia C, Oliva S, Smitherman C, Anguiano E, et al. Rhinovirus Detection in Symptomatic and Asymptomatic Children: Value of Host Transcriptome Analysis. *Am J Respir Crit Care Med*. 1 de abril de 2016;193(7):772-82.

CO-20. MANEJO DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Piñeiro Feal L*¹, Rodríguez Chitiva H¹, Loureiro Faro M¹, Tojo Rey T¹, Goris Abelenda M¹, Couceiro Gianzo J¹

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

OBJETIVOS

Las infecciones osteoarticulares (IOA) son un conjunto de infecciones localizadas en huesos (osteomielitis (OM)) y articulaciones (artritis séptica (AS)). Nuestro objetivo es describir y analizar las características de las IOA en un hospital de 2º nivel en los últimos 10 años.

MÉTODOS

Se realizó estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los menores de 15 años ingresados por IOA entre julio del 2014 y agosto del 2024. Se analizaron los datos mediante Microsoft Excel y se muestran mediante cálculo de media o mediana en función de la dispersión de los datos.

RESULTADOS

Se observaron 29 IOA en los últimos 10 años, (41,37% AS, 51,72% OM y 6.89% piomiositis). La media de edad fue 6 años y 4 meses y la mediana 4 años y 6 meses. La localización más frecuente en AS fueron rodilla y cadera (41% respectivamente). Un 80% de las OM se localizaron en MMII, siendo el fémur el más afectado (33%). La media de PCR al ingreso fue 6.32mg/dL y de VSG 53.4mm/h, reduciéndose al alta a 0.54mg/dL y 34.36mm/h. Se consiguió aislamiento microbiológico en 10 casos (Staphylococcus aureus el más común) y hemocultivos positivos en 6 pacientes, todos por S.aureus. Se observó asociación entre hemocultivo positivo y elevación de reactantes de fase aguda (media de PCR 12.3mg/dL y VSG 65.1mm/h, frente a 4.7mg/dL y 49.6mm/h en pacientes con hemocultivo negativo), mayor duración de la antibioterapia intravenosa (21.5/16.45 días) y mayor estancia hospitalaria media (21,6/14,26 días). La antibioterapia empírica IV más usada fue la combinación de cefalosporinas de 3ª generación con cloxacilina, con una duración media de 17,5 días, reduciéndose en 5,1 días entre la primera y segunda mitad del período. La antibioterapia oral más utilizada fueron cefalosporinas de 1º y 2ª generación y con duración media de 37 días y una reducción de 6,8 días entre los dos quinquenios. La estancia hospitalaria media fue de 15,6 días, con menos reingresos en los últimos años (5, 4 antes de 2022).

CONCLUSIONES

-Se observó un descenso tanto de la duración de la antibioterapia como una menor tasa de reingreso. Sin embargo, no se ha observado una reducción significativa de la estancia media.-La presencia de hemocultivo positivo se relaciona con mayores cifras de RFA, mayor duración de la antibioterapia y aumento de la estancia media. -Los antibióticos intravenosos más usados son cefalosporinas de 3ª generación combinadas con cloxacilina y orales las cefalosporinas de 2ª generación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saavedra-Lozano J, Calvo C, Huguet Carol R, Rodrigo C, Núñez E, Pérez C, et al. Documento de Consenso SEIP-SERPE-SEOP sobre etiopatogenia y diagnóstico de la osteomielitis aguda y artritis séptica no complicadas. 2015
2. Saavedra-Lozano J, Calvo C, Huguet Carol R, Rodrigo C, Núñez E, Obando I, et al. Documento de consenso SEIP-SERPE-SEOP sobre el tratamiento de la osteomielitis aguda y artritis séptica no complicadas. 2015

CO-21. UTILIDAD DEL MEMED SCORE PARA EL USO RACIONAL DE LOS ANTIBIÓTICOS

Tiano Marmora S^{*1}, Santiago Rivas D¹, Portugués De La Red¹, Novoa Carballal R¹, Cabrera Alvargonzález J², Gonzalez Durán M¹, Carballo Silva M¹, Gonzalez Freiría N¹, Alvarez Expósito N^{1 2 3}
¹Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. ²Microbiología, Hospital Álvaro Cunqueiro. ³, Hospital Álvaro Cunqueiro.

OBJETIVOS

Valorar la utilidad del Score combinado MeMed BV® como marcador que ayude a diferenciar los cuadros infecciosos víricos de los bacterianos en pacientes pediátricos. El score incluye 3 parámetros bioquímicos: proteína C reactiva (PCR) y dos citoquinas, el Ligando Inductor de Apoptosis relacionado con TNF (TRAIL) y la Proteína 10 inducible por IFN-Gamma (IP-10). Se presenta como alternativa a otros biomarcadores relacionados con infecciones como el recuento de leucocitos, la procalcitonina y la PCR de forma aislada.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo en pacientes <15 años que ingresaron por sospecha de infección entre 1 de mayo a 31 de agosto de 2024. Se analizaron los diagnósticos clínicos y microbiológicos de los pacientes junto con los valores del score. Un score >65 se consideró compatible con infección bacteriana y el score <35 con vírica.

RESULTADOS

Son 40 pacientes (50% mujeres), mediana de edad 3 años (rango 0-14). Un 45% (18 casos), tuvo una infección bacteriana, microbiológicamente confirmada, de forma aislada o como sobreinfección (12 casos) o con clínica altamente compatible (shock séptico o infección supurada). Un 67% de los niños con confirmación microbiológica presentaron un score > 65. 8 pacientes presentaron un análisis positivo para virus y datos clínicos sugestivos de sobreinfección bacteriana, aunque sin resultado positivo bacteriano. El 75 % tuvieron score > 65. Es de destacar que 10 casos (25 % del total) mostraron una clínica indeterminada sin resultados microbiológicos positivos, no pudiendo ser encuadrados en ninguno de los grupos anteriores. Solo dos mostraron score > 65, sin embargo, todos recibieron antibioterapia. En total 38 pacientes recibieron antibiótico; de ellos, solo 18 (47%) tuvieron score > 65. 14 niños (37%) recibieron antibiótico aún con score < 35. Entre los 30 pacientes con diagnóstico clínico-microbiológico definido, el resultado del score fue acorde en 18 casos (60%). La edad <3 años o la fiebre >48 horas se asociaron a mayor probabilidad de un resultado acorde, sin alcanzar significación estadística (p=0.17) y (p=0.23). Se detectó una correlación lineal positiva entre el valor del score y los niveles de PCR y PCT (p<0.05).

CONCLUSIONES

El score MeMed podría ser de utilidad en pediatría en casos de infección para promover el uso racional de antibióticos. Es necesario confirmar su posible utilidad con estudios de mayor tamaño muestral y un diseño que permita determinar en qué tipo de infecciones, edades o tiempo de evolución del proceso podría resultar más discriminativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ibrahim, R. B., Ona, H., Chokkalla, A. K., Tam, E., & Devaraj, S. (2024). Validation of a whole blood machine learning strategy for distinguishing between bacterial and viral infection in a pediatric hospital setting. *Practical Laboratory Medicine* 39. <https://doi.org/10.1016/j.plabm.2024.e003872>. Langedijk, A. C., Rengerink, K. O., Harding, E., Wensing, A., Slooten, R., Israeli, Y., Rosenberg, M., Gottlieb, T., Eden, E., & Bont, L. J. (2024). Natural variability of TRAIL, IP-10, and CRP in healthy adults – The “HERACLES” study. *Cytokine* 176. <https://doi.org/10.1016/j.cyto.2024.156530>. 3. Kalmovich, B., Rahamim-Cohen, D., Shapiro Ben, David, S. (2023). Impact on Patient Management of a Novel Host

Response Test for Distinguishing Bacterial and Viral Infections: Real World Evidence from the Urgent Care Setting. *Biomedicines*, 11, 1498. <https://doi.org/10.3390/biomedicines11051498>. 4. Halabi, S., et al. (2023). Host test based on tumor necrosis factor-related apoptosis-inducing ligand, interferon gamma-induced protein-10 and C-reactive protein for differentiating bacterial and viral respiratory tract infections in adults: diagnostic accuracy study. *Clinical Microbiology and Infection*, 29, 1159-1165. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2023.05.0335>. Lacroix, L., Papis, S., Mardegan, C., Luterbacher, F., L'Huillier, A., Sahyoun, C., et al. (2023). Host biomarkers and combinatorial scores for the detection of serious and invasive bacterial infection in pediatric patients with fever without source. *PLoS ONE*, 18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294032>. 6. Stas, J., Arias, C. A., Bachur, R., Esposito, S., Halabi, S., Kaplan, S. K., Klein, A., Motov, S. M., Rothman, R., Ryan, L. M., Shiber, S., Tenenbaum, T., & Weissman, A. (2022). TRAIL, IP-10, CRP host-protein signature score distinguishes between viral and bacterial infection in sepsis patients. *JAC-Antimicrobial Resistance*, 4. <https://doi.org/10.1093/jacamr/dlac052.002>. 7. Ashkenazi-Hoffnung, L., Livni, G., Scheuerman, O., Berger, I., Eden, E., Oved, K., Shani, L., Kronenfeld, G., Simon, E., Boico, O., Navon, R., Gottlieb, T. M., Barash, E., Paz, M., Yuhas, Y., Berent, E., & Ashkenazi, S. (2021). Differential Serum and Urine CRP, IP-10, and TRAIL Levels in Pediatric Urinary Tract Infection. *Frontiers in Pediatrics*, 9. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.7711188>. Eden, E., Srugo, I., Gottlieb, T., Navon, R., Boico, O., Cohen, A., Bamberger, E., Klein, A., & Oved, K. (2016). Diagnostic accuracy of a TRAIL, IP-10 and CRP combination for discriminating bacterial and viral etiologies at the Emergency Department. *Journal of Infection*, 73(2), 177-180. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2016.05.0029>. Fröhlich, F., Gronwald, B., Bay, J., Simon, A., Poryo, M., Geisel, J., Tegethoff, S. A., Last, K., Rissland, J., Smola, S., Becker, S. L., Zemlin, M., Meyer, S., & Papan, C. (2023). Expression of TRAIL, IP-10, and CRP in children with suspected COVID-19 and real-life impact of a computational signature on clinical decision-making: A prospective cohort study. *Infection*, 51(5), 1349-1356. <https://doi.org/10.1007/s15010-023-01993-110>. Klein, A., Shapira, M., Lipman-Arens, S., Bamberger, E., Srugo, I., Chistyakov, I., & Stein, M. (2023). Diagnostic Accuracy of a Real-Time Host-Protein Test for Infection. *Pediatrics*, 152(6), e2022060441. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-06044111>. Stein M., Shapira M., Bamberger E., Chistyakov I., Dumov D., Srugo I., Stein M., Bont L.J. & Klein A. (2022). BV score differentiates viral from bacterial-viral co-infection in adenovirus PCR positive children. *Frontiers in Pediatrics*. 10:990750. doi: 10.3389/fped.2022.990750.12. Mor, M., Paz, M., Amir, L., Levy, I., Scheuerman, O., Livni, G., Guetta-Oz, C., Yochpaz, S., Berant, R., Schwartz, R., Niv, O., Singer, D., Ashkenazi, S., & Waisman, Y. (2023). Bacterial vs viral etiology of fever: A prospective study of a host score for supporting etiologic accuracy of emergency department physicians. *PLOS ONE*, 18(1), e0281018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.028101813>. Bachur, R. G., Kaplan, S. L., Arias, C. A., Ballard, N., Carroll, K. C., Cruz, A. T., Gordon Jr., R., Halabi, S., Harris, J. D., Hulten, K. G., Jacob, T., Kellogg, M. D., Klein, A., Mishan, P. S., Motov, S. M., Peck-Palmer, O. M., Ryan, L. M., Shapira, M., Suits, G. S., ... Rothman, R. E. (2024). A rapid host-protein test for differentiating bacterial from viral infection: Apollo diagnostic accuracy study. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, 5(3), e13167. <https://doi.org/10.1002/emp2.1316714>. Hainrichson, M., Avni, N., Eden, E., Feigin, P., Gelman, A., Halabi, S., Hartog-David, E., Hulten, K. G., Jalal, A., Kalfon, R., Lamberth, L., Lewis, S., Navon, R., Oved, K., Raz-Pasteur, A., Senderovich, N., Shaham, O., Shraga, M., Simon, E., ... Gottlieb, T. M. (2023). A point-of-need platform for rapid measurement of a host-protein score that differentiates bacterial from viral infection: Analytical evaluation. *Clinical Biochemistry*, 117, 39-47. <https://doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2022.04.01215>. Papan, C., Argentiero, A., Porwoll, M., Hakim, U., Farinelli, E., Testa, I., Pasticci, M. B., Mezzetti, D., Perruccio, K., Etshtein, L., Mastboim, N., Moscoviz, E., Ber, T. I., Cohen, A., Simon, E., Boico, O., Shani, L., Gottlieb, T. M., Navon, R., ... Tenenbaum, T. (2022). A host signature based on TRAIL, IP-10, and CRP for reducing antibiotic overuse in children by differentiating bacterial from viral infections: A prospective, multicentre cohort study. *Clinical Microbiology and Infection*, 28(5), 723-730. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2021.10.01916>. Chokkalla, A. K., Tam, E., Liang, R., Cruz, A. T., & Devaraj, S. (2023). Validation of a multi-analyte immunoassay for distinguishing bacterial vs. Viral infections in a pediatric cohort. *Clinica Chimica Acta*, 546, 117387. <https://doi.org/10.1016/j.cca.2023.117387>

CO-22. NEUMOCOCO EN NUESTRO MEDIO, LA LUCHA CONTINÚA

Loureiro Faro M^{*1}, Piñeiro Feal L¹, Ares Álvarez J², Saez López A³, Couceiro Gianzo J⁴, Baquero Artigao F⁵

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.* ²*Pediatría, Centro Salud Virxe Peregrina.* ³*Microbiología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.* ⁴*Pediatría, Enfermedades Infecciosas, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.* ⁵*Pediatría, Enfermedades infecciosas y Patología tropical, Hospital Universitario La Paz.*

OBJETIVOS

La colonización por neumococo es común en la infancia y está vinculada a diversas infecciones, incluida la otitis media (OMA). Entender la dinámica de la colonización, la distribución de serotipos y sus resistencias permite diseñar estrategias efectivas de prevención y control de la enfermedad neumocócica.

OBJETIVOS: Describir la tasa de portación y distribución de serotipos en aislamientos nasofaríngeos (NP) de *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*) entre niños sanos y con OMA de 6 meses a 5 años.

MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y multicéntrico, de abril de 2022 a enero de 2024. Participaron 4 centros de salud de Pontevedra. Se recogieron 114 muestras de hisopado nasofaríngeo de niños, 64% sanos y 36% en OMA. Se identificó *S. pneumoniae* mediante cultivo y los serotipos mediante aglutinación de látex y Quellung. Se analizó la prevalencia de portación y serotipado en ambos grupos.

RESULTADOS

La portación de *S. pneumoniae* fue del 46.5% (56% OMA vs 44% sanos).

En los pacientes con OMA el 62.5% de los aislamientos pertenecían a serotipos de la vacuna antineumocócica conjugada 20-valente (VCN20), destacando 11A(25% vs 0% sanos) y 10A(13% vs 3% sanos); el 15B fue más prevalente en sanos(20% vs 4% OMA). Las cepas no vacunales se encontraron con mayor prevalencia en sanos (70% vs 37.5% OMA), destacando el serotipo 21 (17% sanos vs 8% OMA) y 16F (8% OMA vs 3% sanos); otros a destacar en sanos fueron 6C (10%), 35B, 17F y 24 F (4.17% cada uno) y en OMA 16F (8%), 35B, 17F, 7C, 23B, 35F (4% cada uno).

De los serotipos de la VCN13 solo se aisló el serotipo 19F en OMA (8%) y el 19A en sanos (3%).

CONCLUSIONES

En ambos grupos se observó un reemplazo por serotipos no-VCN13.

La instauración de la VCN20 supone una cobertura adicional de un 39% de los serotipos que colonizan la NP de los menores de 5 años y del 54% en el grupo OMA. La cobertura de serotipos como el 11A supone una ventaja adicional por su alta incidencia de resistencia a penicilina y amoxicilina.

De las cepas aisladas de la VCN13 no se encontró el serotipo 3, a diferencia de otros estudios coetáneos, importante por su elevada capacidad para colonizar la NF, producir enfermedad invasiva y neumonía adquirida en la comunidad (1^a causa en España de ambas entidades).

Estudios de este tipo son importantes para determinar evolución de serotipos, respuesta a nuevas estrategias vacunales y política antibiótica.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfayate Miguélez, S., Yague Guirao, G., Menasalvas Ruíz, A. I., Sanchez-Solís, M., Domenech Lucas, M., González Camacho, F., Ortíz Romero, M. M., Espejo García, P., Guerrero Gómez, C., Iofrío de Arce, A., Moreno Parrado, L., Sánchez Andrada, R. M., Cascales Alcolea, E., Lorente García, S., Paredes Reyes, P., Casquet Barceló, Á., López Yepes, M. L., Viguera Abellán, J. J., Sanz Mateo, G., & Murcian Pneumococcal Study Group. (2020). Impact of pneumococcal

vaccination in the nasopharyngeal carriage of *Streptococcus pneumoniae* in healthy children of the Murcia region in Spain. *Vaccines*, 9(1), 14. <https://doi.org/10.3390/vaccines9010014>

- de Felipe, B., Aboza-García, M., González-Galán, V., Salamanca de la Cueva, I., Martín-Quintero, J. A., Amil-Pérez, B., Coronel-Rodríguez, C., Palacios-Soria, M. Á., García Ruiz-Santaquiteria, M. I., Torres-Sánchez, M. J., Morón, F. J., Cordero-Varela, J. A., Obando-Pacheco, P., & Obando, I. (2023). Epidemiología molecular de la colonización nasofaríngea neumocócica en niños de Sevilla, tras la implementación del programa de vacunación con VNC13 en Andalucía (España). *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2022.11.005>
- De Miguel, S., Domenech, M., González-Camacho, F., Sempere, J., Vicioso, D., Sanz, J. C., Comas, L. G., Ardanuy, C., Fenoll, A., & Yuste, J. (2021). Tendencias a nivel nacional de la enfermedad neumocócica invasiva en España desde 2009 hasta 2019 en niños y adultos durante la era de la vacuna antineumocócica conjugada. *Clin Infect Dis*. 6 de diciembre de, 73(11), e3778–e3787.
- Epidemiología de la otitis media con perforación espontánea de la membrana timpánica en niños pequeños y asociación con transporte nasofaríngeo bacteriano, recurrencias y vacunación neumocócica en Cataluña, España: estudio prospectivo HERMES Roberto Cilveti. (s/f). Josefa Pérez-Jove.
- Losada-Castillo, I., Santiago-Pérez, I., Juiz-Gonzalez, P. M., Méndez-Lage, S., Purriños-Hermida, M. J., Malvar, A., & Agulla-Budiño, J. A. (2023). Progresión temporal de la distribución de los serotipos de *Streptococcus pneumoniae* productores de enfermedad neumocócica invasiva en Galicia (España) y su relación con la resistencia a antibióticos (periodo 2011-2021). *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2022.12.007>
- Loughran, A. J., Orihuela, C. J., & Tuomanen, E. I. (2019). *Streptococcus pneumoniae* : invasión e inflamación. *Microbiol Spectr*, 7. <https://doi.org/10.1128/microbiolspec.GPP3-0004-2018>
- Morales, M., Ludwig, G., Ercibengoa, M., Esteva, C., Sanchez-Encinales, V., Alonso, M., Muñoz-Almagro, C., & Marimón, J. M. (2018). Changes in the serotype distribution of *Streptococcus pneumoniae* causing otitis media after PCV13 introduction in Spain. *PloS One*, 13(12), e0209048. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209048>
- Pichichero, M., Malley, R., Kaur, R., Zagursky, R., & Anderson, P. (2023). Acute otitis media pneumococcal disease burden and nasopharyngeal colonization in children due to serotypes included and not included in current and new pneumococcal conjugate vaccines. *Expert Review of Vaccines*, 22(1), 118–138. <https://doi.org/10.1080/14760584.2023.2162506>

CO-23. INFECCIONES POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE EN PEDIATRÍA: ¿ESTÁ CAMBIANDO EL ESPECTRO CLÍNICO?

Souto Viñas M^{*1}, Díaz Vizcaya L.², López Villares M.¹, Portugués De La Red M¹, Balado Insunza N¹, Cabrera Alvargonzalez J.³, Concheiro Guisán A.¹

¹Servicio de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. ²Hospital Álvaro Cunqueiro, Hospital Álvaro Cunqueiro. ³Servicio de Microbiología, Hospital Álvaro Cunqueiro.

OBJETIVOS

Mycoplasma pneumoniae es el causante de un gran número de infecciones respiratorias, generalmente leves y autolimitadas, aunque puede causar neumonías graves y patología extrapulmonar. En los últimos años se ha descrito un incremento de casos en la edad pediátrica, así como de las formas extrapulmonares y/o pulmonares más graves. Además, en países asiáticos se ha detectado un incremento en las resistencias al tratamiento habitual. Por esta razón, el propósito de este trabajo fue analizar la tasa de hospitalización y el espectro clínico-epidemiológico de las infecciones provocadas por *Mycoplasma pneumoniae* en el 1º semestre de 2024 en un hospital terciario.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, que incluye a los pacientes hospitalizados en nuestro hospital con un diagnóstico de infección activa por *M. pneumoniae* entre enero y junio de 2024.

RESULTADOS

Se incluyeron 39 pacientes (51% mujeres), con una mediana de edad de 4 años, siendo un 50% menores de 3 años. La detección de *M. pneumoniae* se realizó mediante diagnóstico molecular en aspirado nasofaríngeo en un 85% de los casos; en el resto por serología compatible con infección activa (15%). Los criterios de gravedad que motivaron el ingreso fueron hipoxemia (40%), broncoespasmo refractario (33%) y derrame pleural (20%). Un 25% de los casos presentaron patología extrapulmonar grave: 3 casos afectación mucocutánea (rash y mucositis severa inducida por *Mycoplasma* (MIRM), 1 caso hepatitis colestásica y otro encefalitis aguda. El 100 % de los pacientes recibieron azitromicina con buena respuesta. La estancia media fue de 4 días. Durante el mismo período el año anterior se había detectado 1 única hospitalización por *M. pneumoniae*, pasando de 0,07 casos de infección por *M. pneumoniae* por cada 100 ingresos pediátricos en 2023 a 2,3 casos por cada 100 ingresos en 2024.

CONCLUSIONES

Se ha detectado en nuestra área durante el año actual un incremento significativo en las formas graves de infección por *M. pneumoniae* que precisaron ingreso hospitalario. El desplazamiento de la edad de las formas graves hacia los menores de 3 años y la tendencia al alza de la patología extrapulmonar es acorde con los cambios epidemiológicos descritos en otros estudios. La generalización del diagnóstico molecular probablemente ha contribuido a detectar casos que en épocas anteriores pudieran no haber sido correctamente identificados. La respuesta a azitromicina fue favorable, aunque hemos de vigilar la aparición de resistencias detectadas en otras áreas geográficas y en caso de aparecer tener en mente otras alternativas (claritromicina).

CO-24. EL VALOR DE TRABAJO SOCIAL EN LAS UNIDADES DE NEONATOLOGÍA.

Rodríguez Vidal M^{*1}, Molinos Ojea A¹, González Colmenero E¹, Padín Fontán M¹, Portabales Pesqueira A¹, Concheiro Guisán A¹

¹*Pediatría, CHUVI.*

OBJETIVOS

La valoración de riesgo social en Neonatología es una situación compleja a la que los profesionales sanitarios nos enfrentamos cada día de manera más frecuente. Además, como profesionales en estrecho contacto con las familias ocupamos una posición imprescindible para su detección. Sin embargo, nuestra implicación depende del grado de formación y entrenamiento para identificar y atender adecuadamente estas situaciones. Por este motivo, es fundamental la incorporación de Trabajadores Sociales a nuestras Unidades como profesionales con la formación y las habilidades necesarias para captar las señales de alarma, a través de entrevistas complejas, y evitar así que una situación de riesgo social desemboque en un maltrato. El objetivo de este trabajo es describir las características sociofamiliares y perinatales de todos aquellos recién nacidos que han sido valorados por trabajo social durante su ingreso hospitalario.

MÉTODOS

Para ello, se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de las interconsultas realizadas a Trabajo Social entre 1 Enero de 2022 y 31 Diciembre de 2023.

RESULTADOS

Se han obtenido un total de 238 diadas RN-madres a los que se les ha realizado interconsulta a Trabajo Social desde el Servicio de Neonatología. De ellas el 23% ya tenía seguimiento prenatal. El 54% de las interconsultas se ha realizado exclusivamente para valoración de dependencia a causa de la prematuridad. La gestación sin controlar es el segundo motivo más frecuente, suponiendo el 22% del total. El consumo de tóxicos está presente en un 29% de los casos siendo el consumo de cannabis y cocaína los más frecuentes. El 26% de estas gestantes refiere consumo de tabaco durante la gestación. Tras valoración por Trabajo Social y Servicio de Menores, se procedió a la retirada de custodia en un 7% de casos.

CONCLUSIONES

En nuestro medio trabajo social supone un pilar fundamental para dar soporte a las familias en situación de dependencia y detectar precozmente situaciones de riesgo para maltrato infantil. Es importante conocer la causa que motiva la falta de control del embarazo y detectar estas situaciones de riesgo de forma prenatal. Los determinantes sociofamiliares condicionan una importante morbilidad neonatal. Por ello, la coordinación entre los equipos de neonatología, obstetricia y trabajadores sociales se vuelve imprescindible para detectar estas situaciones de manera precoz y crear redes de protección que garanticen la seguridad de nuestros pacientes desde el periodo fetal.

CO-25. REVISIÓN DE LOS CASOS DE DEFICIENCIA TOTAL DE BIOTINIDASA DIAGNOSTICADOS POR CRIBADO METABÓLICO NEONATAL EN GALICIA DESDE SU INSTAURACIÓN

Dagraza Pérez M^{*1}, Sánchez Pintos P¹, Fernández Iglesias N¹, Penas Iglesias T¹, Iglesias Aldea M¹, Galán Cotelo L¹, Marquès Bagur C¹

¹*Pediatría, Hospital Clínico de Santiago de Compostela.*

OBJETIVOS

La deficiencia total de biotinidasa es un error congénito, autosómico recesivo, del metabolismo de la biotina. El objetivo de este trabajo es revisar los casos de dicha enfermedad diagnosticados a través del Programa Gallego de cribado neonatal desde su instauración en abril de 1987.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo de los casos diagnosticados en Galicia de deficiencia total de biotinidasa a partir del cribado metabólico neonatal. Se han extraído los datos requeridos a través de sus historias clínicas.

RESULTADOS

Seis casos de deficiencia total de biotinidasa, de los cuales cuatro son mujeres y dos varones. En todos ellos, el diagnóstico se confirmó mediante estudio enzimático, detectando una actividad de la biotinidasa en suero <10% de la media de actividad normal (siendo esta $6,6 \pm 1,7$ nmol/min/mL en suero), y mediante estudio genético del gen *BTD*, identificando mutaciones asociadas a su deficiencia, como G511>A y G1330>C. El tratamiento con 10 miligramos de biotina oral al día se inició en todos los casos en el primer mes de vida, antes de la aparición de manifestaciones clínicas derivadas de la enfermedad, con adecuada adherencia posterior al mismo. Todos los casos realizan un seguimiento periódico en la Consulta de Metabolismo del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. En el seguimiento de los casos hasta la fecha, ninguno presentó clínica neurológica, retraso del desarrollo, alteraciones oculares, hipoacusia neurosensorial, infecciones cutáneas, ni síntomas respiratorios. Cuatro casos presentaron xerosis cutánea y dos casos caída del cabello en algún momento del seguimiento. Un caso presentó elevación aislada de ácidos orgánicos en orina, con normalización posterior. Ningún caso ha presentado efectos secundarios al tratamiento suplementario con biotina.

CONCLUSIONES

La deficiencia total de biotinidasa es una enfermedad con alta morbilidad para la que existe un tratamiento efectivo y seguro, siendo este más eficaz cuanto más precozmente se inicie. Su sintomatología es variada e inespecífica, lo que dificulta y retrasa su diagnóstico clínico. De ahí la importancia de su detección en el cribado metabólico neonatal, lo que permite una instauración precoz del tratamiento, permaneciendo los pacientes sin secuelas y con un desarrollo somático y psicomotor normal a lo largo del seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Wolf B, Grier RE, Allen RJ, Goodman SI, Kien CL. Biotinidase deficiency: the enzymatic defect in late-onset multiple carboxylase deficiency. *Clin Chim Acta*. 1983;131(3):273–281. doi:10.1016/0009-8981(83)90096-7- Canda E, Kalkan Uçar S, Çoker M. Biotinidase Deficiency: Prevalence, Impact And Management Strategies. *Pediatric Health Med Ther*. 2020 May 4;11:127-133. doi: 10.2147/PHMT.S198656. PMID: 32440248; PMCID: PMC7211084.- Venkataraman V, Balaji P, Panigrahi D, Jamal R. Biotinidase deficiency in childhood. *Neurol India*. 2013 Jul-Aug;61(4):411-3. doi: 10.4103/0028-3886.117614. PMID: 24005734.- Campistol J, Vilaseca MA, Ribes A, Riudor E. Déficit de biotinidasa. Forma de presentación y respuesta al tratamiento [Biotinidase deficiency. Its form of presentation and response to treatment]. *An Esp Pediatr*. 1996 Apr;44(4):389-92. Spanish. PMID:

8796946.- Couce Pico ML, Martín-Torres F, Castiñeiras DE, Alonso-Fernández JR, Fraga JM. Deficiencia de biotinidasa: importancia de su diagnóstico neonatal y tratamiento precoz [Biotinidase deficiency: importance of its neonatal diagnosis and early treatment]. An Esp Pediatr. 1999 May;50(5):504-6. Spanish. PMID: 10394193.

CO-26. CONVULSIONES NEONATALES: REVISIÓN DE CINCO AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Alvarez Diaz M^{*1}, Otero Perez L¹, Crespo Suarez P², Alonso Fernández J¹, ¹

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.* ²*Neonatología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

OBJETIVOS

Las convulsiones neonatales (CN) representan un signo clínico de disfunción neurológica, siendo la encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI), su causa principal, seguida de otras como causa hemorrágica, infartos o infecciones. El objetivo es analizar la etiología, características clínicas y evolución de pacientes diagnosticados de CN entre 01/2019-06/2024 en un hospital de segundo nivel.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo transversal que incluye a todos los neonatos con sospecha de convulsiones en la unidad neonatal de nuestro hospital entre 01/2019-06/2024. Se analizaron las siguientes variables: edad gestacional, tipo de parto, reanimación neonatal, inicio y tipo de crisis, duración, pruebas diagnósticas, tratamiento y evolución.

RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes (procedencia: maternidad 7, parto 10, urgencias 3), dos pretérmino, resto a término. El tipo de parto fue eutócico (9), instrumentalizado (3) y cesárea (8). Ocho precisaron reanimación. Las crisis se iniciaron mayoritariamente en las primeras 72 horas (15/20), rango 2 horas-29 días. El tipo de crisis más frecuente fueron las clonías (11/20), seguidas de las apneas (6/20). Se objetivó hipoglucemia por hiperinsulinismo (1), hipocalcemia-hipomagnesemia (1), hiperbilirrubinemia (1) y meningoencefalitis bacteriana (1) en pruebas analíticas y en pruebas de imagen, la ecografía cerebral mostró alteraciones en el 50% de los casos, confirmándose hallazgos en resonancia magnética (9/10) o TAC (1/10). En el 65% se confirmaron las crisis por EEG convencional, aEEG en 2 pacientes y Holter EEG en 1 paciente. De los 18 pacientes tratados, 10 respondieron a fenobarbital en monoterapia, precisando combinación con otros antiepilépticos en 5 casos (levetiracetam, fenitoína, oxcarbacepina, valproico, vigabatrina, clobazán). En 5 pacientes se encontraron alteraciones genéticas relacionadas con el neurodesarrollo y la epilepsia. La etiología más frecuente en nuestro estudio fue hemorrágica (5: HIV 1, otras 4), seguida de EHI (3), infartos isquémicos (2), hemimegalencefalia (2), causas genéticas (2), trastorno paroxístico no epiléptico (2). Otras causas incluyeron infecciones (1), trastornos metabólicos (2). En dos casos se descartaron convulsiones. En el seguimiento hubo 3 exitus (adecuación del esfuerzo terapéutico), un síndrome de West, una paresia espástica, una hipoacusia neurosensorial profunda y un caso con convulsiones refractarias.

CONCLUSIONES

Las CN presentan una etiología y forma de presentación diversas, lo que exige un alto índice de sospecha. Las pruebas de imagen y el monitor de función cerebral son esenciales para el diagnóstico y manejo terapéutico. Las CN pueden conllevar secuelas a largo plazo en el neurodesarrollo.

CO-27. MORTALIDAD PERINATAL EN CHUAC 2019-2023.

Fernández Vales H^{*1}, Porto López M¹, Fuentes Carballal J¹, Martínez Regueira S¹, Sucasas Alonso A¹, Taboada Perianes M¹, Fernández Trisac J¹

¹*Servicio de Pediatría. Unidad de Neonatología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

OBJETIVOS

La mortalidad perinatal, que abarca muertes fetales intraútero, intraparto y neonatales, representa un desafío significativo en la atención obstétrica y neonatal. Los hospitales deben implementar protocolos rigurosos, incluyendo análisis genético, examen anatomopatológico placentario y necropsia fetal, para abordar las causas de mortalidad perinatal, especialmente la de causa desconocida. Este estudio tiene como objetivo describir la mortalidad perinatal en un centro hospitalario en un período de 5 años y analizar algunos subgrupos de interés para mejorar la comprensión y la atención en este campo.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo utilizando la base de datos de mortalidad perinatal de un centro hospitalario en el período 2019-2023, con n=88. Se describieron las principales variables prenatales, del parto y neonatales, así como las variables maternas de interés. Se realizó un análisis descriptivo en función del momento del fallecimiento, y análisis descriptivo y bivalente de subgrupos específicos: prematuros grandes inmaduros y periviables (<26 semanas), muertes por infección y muertes por crecimiento intrauterino retardado, para identificar asociaciones y patrones relevantes.

RESULTADOS

La tasa de mortalidad perinatal global fue de 7,57/1000 nacidos vivos, siendo de 3,26/1000 nacidos vivos para la mortalidad fetal intraútero, 1,53/1000 nacidos vivos para la mortalidad intraparto y 2,78/1000 nacidos vivos para la mortalidad neonatal. En los pacientes fallecidos por infección la tasa de corioamnionitis en análisis patológico registrada fue de un 70% vs. 9,4% (p<0,001). En los pacientes fallecidos con crecimiento intrauterino retardado la presencia de infartos placentarios significativos es de un 80% vs. 9,5% (p<0,001). En los pacientes grandes inmaduros se encontraron diferencias significativas en la presencia de corioamnionitis, rotura prematura de membranas y muerte intraparto.

CONCLUSIONES

Las tasas de mortalidad perinatal en nuestro centro son equiparables a las tasas publicadas en países de nuestro entorno. Los resultados destacan la importancia de implementar y aplicar protocolos efectivos para abordar la mortalidad perinatal (especialmente la causa desconocida) y mejorar la atención obstétrica y neonatal. A pesar de algunas tasas ligeramente elevadas de mortalidad, se identificaron prácticas positivas, como el alto porcentaje de necropsias realizadas. Los resultados resaltan la importancia del análisis anatomopatológico exhaustivo de la placenta para una mejor comprensión de las causas de mortalidad perinatal y su utilidad en el diagnóstico de la insuficiencia placentaria y la corioamnionitis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perinatal death investigations: What is current practice?. J.W. Nijkamp, N.J. Sebire, K. Bouman, F.J. Korteweg, J.J.H.M. Erwich, S.J. Gordijn. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 22 (2017) 167-175. 2. Clinical Reports—Standard Terminology for Fetal, Infant, and Perinatal Deaths. CAPT Wanda Denise Barfield, MD, MPH, and the COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-1037. doi:10.1542/peds.2011-1037. 3. Classification of causes and associated conditions for stillbirths and neonatal deaths. Vicki Flenady, Aleena M. Wojcieszek. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 22 (2017) 176-185.

CO-28. CORIOAMNIONITIS HISTOLÓGICA Y SU RELACIÓN CON LA SEPSIS VERTICAL EN PRETÉRMINO

Fernández Vales H^{*1}, Porto López M¹, Fuentes Carballal J¹, Martínez Regueira S¹, Sucasas Alonso A¹, Taboada Perianes M¹, Fernández Trisac J¹

¹*Servicio de Pediatría. Unidad de Neonatología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña..*

OBJETIVOS

La corioamnionitis se ha descrito tradicionalmente como un importante factor de riesgo de sepsis vertical. Se define como la inflamación aguda del amnios y el corion, generalmente secundaria a una infección bacteriana ascendente. Los gérmenes más frecuentes son: Streptococcus agalactiae (SGB), Escherichia coli, Ureaplasma y Mycoplasma hominis. En la actualidad se maneja el concepto de "Triple I" (infección o inflamación intrauterina) que aplica criterios más estrictos para su diagnóstico, a fin de reducir el uso de antibioterapia intraparto y el del recién nacido de bajo riesgo. Los objetivos de este trabajo son determinar los patógenos aislados en los cultivos de placentas de recién nacidos prematuros (RNPT) y su sensibilidad antibiótica; así como su relación con la positividad del hemocultivo del RNPT. Valorar si los hallazgos histológicos de la placenta se relacionan con un resultado positivo del cultivo placentario y neonatal.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo en RNPT menores de 32 semanas nacidos entre 2016 y 2023 en los que se realizó estudio histológico de la placenta. Se analizó la anatomía patológica junto con los resultados del cultivo placentario y del hemocultivo del RNPT, así como el perfil de resistencias antimicrobianas.

RESULTADOS

Se incluyeron 201 de un total de 271 RNTP nacidos en ese período. En 83 placentas (41,3%) se detectaron signos de corioamnionitis. No hubo diferencias entre la edad gestacional y la presencia de signos de inflamación placentaria. No obstante, en las edades gestacionales más extremas se encontró más frecuentemente estadios de inflamación avanzados. 112 placentas (55%) fueron sometidas a análisis microbiológico. Un 49% presentaron un aislamiento positivo: E. coli (47%), SGB (9%) y E. faecalis (9%). Las principales resistencias antibióticas fueron a ampicilina y amoxicilina-clavulánico. Se estableció relación entre la presencia de signos histológicos de corioamnionitis y cultivo placentario positivo ($p < 0,05$). Un 8% de los RNTP presentó un hemocultivo positivo (E. coli el más frecuente). encontrándose signos de corioamnionitis en el 65%. El estadio de inflamación fue superior entre aquellos casos de corioamnionitis en los que el hemocultivo del recién nacido fue positivo, aunque de forma no significativa.

CONCLUSIONES

Pese al amplio porcentaje de placentas con corioamnionitis (42%), la frecuencia de sepsis vertical confirmada no alcanzó el 15% de los prematuros estudiados. Por otra parte, 35% de los RNTP infectados tuvieron placentas sin datos de corioamnionitis, aunque cuando los hubo fueron de estadio avanzado. E. coli destaca como agente en corioamnionitis y sepsis vertical.

CO-29. AFRONTANDO EL DESCONOCIMIENTO

García Fontao C*¹, Oiz Urriza I¹, Álvarez Rodríguez I¹, Sánchez Pintos P², Martín López-pardo M³

¹Residente, CHUS. ²ADJUNTA ENFERMEDADES RARAS Y METABÓLICAS, CHUS. ³ADJUNTA eNFERMEDADES RARAS Y METABÓLICAS, CHUS.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En nuestro centro hospitalario contamos con la unidad de enfermedades raras y metabólicas; por lo que aprovechando la experiencia y a los profesionales con lo que contamos, vamos a dar a conocer a tres pacientes con una misma enfermedad genética ligada a una mutación en el gen ABCD1.

CASOS CLÍNICOS

Estamos hablando de la enfermedad peroxisomal más común, la adrenoleucodistrofia ligada a X. En ella, se produce una acumulación de ácido grasos de cadena muy larga que evolutivamente dañarán las glándulas suprarrenales y/o la sustancia blanca a nivel cerebral. Si las personas afectas son varones suelen presentar sintomatología a edades más tempranas. Nuestros 3 casos clínicos, son todos varones afectados a edad infantil y cuyas madres son portadoras asintomáticas en la vida adulta. Todos ellos tienen un fenotipo diferente dentro de esta misma enfermedad, lo que es algo curioso. De una manera teórica digamos que hay diferentes tipos según la edad de diagnóstico y los síntomas predominantes:- Cerebral: Existe una desmielinización inflamatoria grave. En edad infantil es de las más frecuentes y cuanto antes sea la desmielinización más rápida será la progresión.- Adrenomieloneuropatía: Hay una lesión de axones distales a nivel espinal y de nervio distal, asociando en la mayoría una insuficiencia suprarrenal. En 3-4ª década.- Addison aislado: insuficiencia suprarrenal.

DISCUSIÓN

Raramente tenemos algún paciente con alguna enfermedad rara, pero no por ello dejan de ser menos importantes. En concreto, las enfermedades en las que tienen un genotipo con varios fenotipos son un reto aún mayor para los profesionales. Quisiéramos a través de nuestros casos clínicos dar a conocer un poco mejor esta entidad, diagnóstico, seguimiento, tratamiento y posibles complicaciones. Pudiendo ampliar miras y ofreciendo una asistencia más amplia en conocimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Protocolos de diagnóstico y tratamiento de los errores congénitos del metabolismo. (2018). 2ª edición. ERGON, Madrid.
- Engelen M, van Ballegoij WJC, Mallack EJ, Van Haren KP, Köhler W, Salsano E, van Trotsenburg ASP, Mochel F, Sevin C, Regelman MO, Tritos NA, Halper A, Lachmann RH, Davison J, Raymond GV, Lund TC, Orchard PJ, Kuehl JS, Lindemans CA, Caruso P, Turk BR, Moser AB, Vaz FM, Ferdinandusse S, Kemp S, Fatemi A, Eichler FS, Huffnagel IC. Recomendaciones internacionales para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con adrenoleucodistrofia: un enfoque basado en el consenso. *Neurología*. 22 de noviembre de 2022; 99(21):940-951. doi: 10.1212/WNL.000000000000201374.
- Engelen M, Kemp S, de Visser M, van Geel BM, Wanders RJ, Aubourg P, Poll-The BT. Adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X (X-ALD): presentación clínica y pautas para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento. *Orphanet J Rare Dis*. 13 de agosto de 2012;7:51. DOI: 10.1186/1750-1172-7-51.

CO-30. SOMATROGÓN: UNA HORMONA DE CRECIMIENTO DE LARGA ACCIÓN. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL DÉFICIT DE GH.

Castro Feijóo L*¹, Iglesias Meleiro J¹, Tejera Pérez R¹, Vázquez Mato B¹, Cabanas Rodríguez P¹

¹Pediatría, Endocrinología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago.

OBJETIVOS

La hormona de crecimiento de larga acción (LAGH) representa un cambio e innovación importante en el tratamiento del paciente que requiere hormona de crecimiento. Su eficacia, seguridad, inmunogenicidad y biodisponibilidad debe ser comparable a la rhGH de administración diaria. Con ellas se espera disminuir la carga de tratamiento, influenciar positivamente la calidad de vida del paciente y familia, mejorar la adherencia y en consecuencia la eficacia terapéutica. Recientemente Somatrogón, una LAGH, ha sido aprobada para su uso por la EMA y la FDA en el niño diagnosticado de déficit de GH. Su comercialización ha sido autorizada por la AEMPs. **OBJETIVOS:** Evaluar la eficacia terapéutica, seguridad y adherencia en un grupo de niños diagnosticados de déficit de GH tratados con LAGH (Somatrogón) de administración semanal.

MÉTODOS

Pacientes prepuberales diagnosticados de déficit de GH tratados con Somatrogón con seguimiento clínico trimestral en los que se han valorado criterios de eficacia terapéutica (variación del SDS de talla, relación de la talla con talla diana, avance de MO-maduración ósea y talla final(TF); de seguridad (IGF1, IGFBP3, bioquímica hormonal, metabolismo lipídico y glucémico y AES) y adherencia (mediante registro de administración).

RESULTADOS

10 pacientes (2 niñas y 8 niños) con déficit de GH han sido tratados en nuestra unidad con Somatrogón. Cinco de ellos inicialmente y durante 1 año fueron tratados con rhGH diaria para luego continuar con Somatrogón. Se presenta la evolución de 6 años de seguimiento. A)Eficacia terapéutica: Todos los pacientes han incrementado la velocidad de crecimiento hasta recuperar su curva de crecimiento acorde a su potencial genético, con ganancias de SDS de talla >1SDS. Sin adelanto de la MO y con una evolución de maduración sexual acorde a edad cronológica. Tres pacientes han alcanzado TF, una niña con 161,1 cm (SDS-0,16) y dos varones con 171,4 cm (SDS-0,63) y 170,1 cm (SDS-0,71). B)Seguridad: Los niveles de IGF1 se han mantenido en rango de seguridad y solo en dos pacientes, en pubertad, se requirió modificación de la dosis terapéutica. Sin AES ni reacciones locales relevantes. Los pacientes y las familias han manifestado su satisfacción con la administración semanal.C)Adherencia terapéutica: Ha sido del 100%.

CONCLUSIONES

- Somatrogón muestra una seguridad y eficacia similar a rhGH de administración diaria en el tratamiento del déficit de GH. Se observa una excelente adherencia. Además de una menor carga de tratamiento que incide en la calidad de vida del paciente y familia.
- Las LAGH se perfilan como un tratamiento innovador y seguro en el manejo de la talla baja con indicación de hormona de crecimiento. No obstante son necesarios estudios poscomercialización con series amplias y datos de talla final, evaluación de seguridad, eficacia y adherencia a largo plazo que permitan ampliar nuestro conocimiento en el uso de LAGH.

BIBLIOGRAFÍA

L. Castro-Feijóo, P Cabanas Rodríguez, Roberto Tejera Pérez, José María Iglesias. GH de larga acción. Rev Esp Endocrinol Pediatr 2024;15 Suppl(2):47-56

COMUNICACIONES PÓSTER

P-01. LA IMPORTANCIA DE UNA DETALLADA EXPLORACIÓN FÍSICA AL NACIMIENTO.

Galán Vallina S^{*1}, Paytubí Fernández J¹, Amil Pena T¹, Garcia Cuadrado A¹, Rodríguez Díaz L², Vázquez López E²

¹*Pediatría , Hospital Universitario Lucus Augusti.* ²*Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los defectos del tubo neural son alteraciones que ocurren en el periodo inicial del embarazo, afectando al correcto desarrollo del sistema nervioso central del feto. El disrafismo espinal cerrado/oculto (DEO) se caracteriza por la fusión incompleta del tubo neural a nivel de la médula caudal, permaneciendo la lesión cubierta por piel sin exposición del tejido nervioso. Existen alteraciones cutáneas asociadas a la presencia de DEO, siendo en muchos casos la única manifestación inicial (hipertrichosis localizadas, lesiones hiperpigmentadas, vasculares, lipomatosas o con solución de continuidad cutánea...).El espectro clínico es variable, incluyendo pacientes asintomáticos hasta el deterioro neurológico progresivo con afectación de esfínteres, debilidad de miembros inferiores o alteración de la sensibilidad a este nivel. La ecografía de canal medular puede utilizarse como examen inicial, siendo la Resonancia Magnética (RM) la prueba de elección que determinará la localización del cono medular y extensión de las lesiones. El tratamiento quirúrgico es el de elección, siendo el manejo conservador un enfoque aceptable en pacientes asintomáticos o con síntomas leves.

CASOS CLÍNICOS

Recién nacido a término por parto vaginal. Embarazo controlado, como único antecedente relevante: diagnóstico de comunicación interventricular en ecografías antenatales. Madre con Diabetes Mellitus tipo 1, con buen control glucémico. Al nacimiento Apgar 9/10 y peso de 3400 gramos. A la exploración se objetiva estigma cutáneo a nivel lumbar consistente en área eritemato-violácea con zona de aplasia cutánea. El paciente se encontraba asintomático con adecuada movilidad de las cuatro extremidades, reflejos osteotendinosos normales, diuresis y meconiorrexis positiva las primeras horas de vida. Ante dichos hallazgos se realiza ecografía de canal vertebral, confirmando la existencia de defecto de cierre posterior en localización lumbar, en relación con DEO con posible médula anclada asociada. Se contacta con el Servicio de Neurocirugía de centro de referencia que recomiendan seguimiento y realización de RM ambulatoria. Se realizaron dos RM cerebral y medular, con hallazgos que confirman el diagnóstico y asocia lesión intramedular sólida sugestiva de ependimoma mixopapilar, pendiente de confirmación. A la edad de 4 meses el paciente se encuentra asintomático, con adecuado desarrollo psicomotor, en espera de intervención quirúrgica diferida dada la situación actual.

DISCUSIÓN

Recalcar la importancia de una detallada exploración física del recién nacido, dada su utilidad para identificar patologías graves mediante la simple observación de posibles defectos cutáneos que puedan orientar un diagnóstico precoz, siendo de gran importancia, ya que la corrección quirúrgica oportuna puede prevenir un daño neurológico irreversible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buzón Serrano L, Bardella Gil C, Sancho Mensat A, Bolsa Ferrer IT, Morte Coscolín P, Domingo Belanche A. Sospechando un disrafismo espinal oculto: signos cutáneos . Rev Pediatr Aten Primaria. 2023;(32):e193-e194.2. Budke Neukamp, M. El disrafismo espinal oculto. Pediatr Integral 2014; XVIII (10): 729-738.

P-02. LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN OCULAR

Fernández Patiño R¹, Picans Leis R¹, Pisón Marcos I², Gómez Vieites C², García Zuazola I², Baña A¹, López Sanguos C¹, Durán Fernández-feijóo C¹, Oiz I^{*2}

¹Neonatología, CHUS. ²Pediatría, CHUS.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La leucocoria se define como la presencia de una pupila blanquecina secundaria a un proceso patológico retropupilar. Se trata de un signo de alarma que exige un diagnóstico etiológico urgente ya que, si no se corrige, puede producir una pérdida parcial o total de visión que puede llegar a ser irreversible si no se corrige de forma precoz. Entre la etiología se encuentran cataratas, retinoblastoma, traumatismos, persistencia de vasculatura fetal o infecciones, entre otras. Dentro de las causas más frecuentes, las cataratas tienen una prevalencia de 1-15/10.000, tratándose de la causa más frecuente de privación visual tratable. Se clasifican en uni- o bilaterales, siendo el pronóstico visual mejor en estas últimas. Tras el diagnóstico se debe realizar un estudio completo y precoz, con una anamnesis detallada, exploración ocular, pruebas de imagen y estudios analíticos con metabolismo fosfo-cálcico, hierro, cobre y función hepática, así como estudios microbiológicos, genéticos y metabólicos para determinar la etiología. La causa más habitual en nuestro medio es la genética, detectando mutaciones en el 80% de los niños.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos el caso de un neonato de 10 días derivada por su Pediatra por leucocoria bilateral sin otra sintomatología. Se trata de un recién nacido a término sin antecedentes perinatales de interés. Como antecedentes familiares destaca un padre diagnosticado de catarata a los 15 años, de probable causa traumática. Al diagnóstico, se completa estudio con analítica sanguínea, PCR de citomegalovirus, ecografía cerebral y estudio cardiológico sin hallazgos patológicos, así como estudio de galactosemia con resultado negativo. Es valorada por oftalmología que evidencia una opacidad central en ambos ojos, con papila y polo posterior normales, sugestivo de restos de membrana pupilaren ambos ojos. Dado que se descarta catarata congénita, no se extrae estudio genético. Actualmente, recibe seguimiento estrecho por Oftalmología persistiendo opacidad puntiforme bilateral, sin repercusión visual.

DISCUSIÓN

Conclusiones 1. La exploración ocular minuciosa del recién nacido es de vital importancia para la detección de patología potencialmente grave. 2. La leucocoria es un signo de gravedad, por lo que se debe realizar un estudio completo para el diagnóstico diferencial y el inicio de tratamiento precoz, que condicionará el pronóstico visual. 3. Aunque la causa más frecuente de leucocoria en nuestro medio son las cataratas congénitas, existen otras causas menos habituales que se deben investigar para establecer un correcto tratamiento y pronóstico

BIBLIOGRAFÍA

1. https://www.aepap.org/sites/default/files/pags._543-556_ofthalmologia_pediatria.pdf
2. https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2022/03/Curso-2021-22_LEUCOCORIA-EN-NEONATOS_Maria-Gomez.pdf

P-03. ENCEFALITIS NEONATAL POR VHH6

Oiz Urriza I^{*1}, Fernández Patiño R², Picans Leis R³, García Zuazola I¹, Gómez Vieites C¹, Pisón Marcos I¹, López Sanguos C³, Baña A³, Durán Fernández-feijóo C³, M^a Luz Couce⁴

¹Pediatría, CHUS. ²Neonatología, Chus. ³Neonatología, CHUS. ⁴Jefa de Servicio de Neonatología, CHUS.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La infección por virus del herpes humano tipo 6 (HHV-6) suele cursar con fiebre y exantema, siendo su presentación con afectación del sistema nervioso central más infrecuente. Para el diagnóstico de meningoencefalitis, es necesaria una clínica compatible, así como la exclusión de otras etiologías, ya que una prueba de reacción en cadena de la polimerasa por sí sola no establece el diagnóstico. Entre las manifestaciones clínicas se encuentran las crisis convulsivas, alteración de conciencia, alucinaciones, hemiparesia o mioclonías, entre otros. Una vez confirmada, el tratamiento se debe instaurar de forma urgente para evitar secuelas neurológicas, que se presentan en el 40-50% de los casos (alteraciones del neurodesarrollo, mioclonías, déficit de atención e hiperactividad...).

CASOS CLÍNICOS

Presentamos el caso de un neonato varón pretérmino de 34 semanas de edad gestacional sin otros antecedentes perinatales de interés que ingresa al mes de vida con clínica de hipoactividad, hipertonia de miembros y apneas. Como antecedentes familiares destaca una hermana mayor con febrícula y otra con un exantema inespecífico y en la exploración física presenta afectación del estado general, mala coloración y perfusión e hipotensión. Con la sospecha de shock séptico se inicia tratamiento con volumen, antibioterapia empírica con ampicilina y cefotaxima, tratamiento antiepiléptico y soporte respiratorio no invasivo. Se completó el estudio con analítica sanguínea, punción lumbar, electroencefalograma y ecografía cerebral, descartando otras causas y confirmando el diagnóstico de meningoencefalitis por VHH-6, con PCR positiva en sangre y LCR. Dada la afectación neurológica del paciente se inicia tratamiento con ganciclovir intravenoso durante 10 días y, posteriormente, valganciclovir vía oral. Evolución favorable con mejoría progresiva del estado general, sin presentar nuevas crisis durante el ingreso. Posteriormente, se completó estudio con resonancia magnética cerebral que mostró un dudoso realce leptomeníngeo sin otros hallazgos significativos y potenciales evocados auditivos compatibles con hipoacusia de transmisión de oído izquierdo. Evolutivamente presenta desarrollo neurológico acorde a la edad sin presentar nuevas crisis convulsivas ni alteraciones neurológicas.

DISCUSIÓN

1. Aunque la manifestación del VHH-6 suele ser benigna, existen complicaciones graves (encefalitis, miocarditis...) que asocian mayor riesgo de secuelas y mortalidad. 2. El tratamiento antiviral de la infección por VHH-6 puede estar justificado en el caso de afectación del SNC por presentar mayor riesgo de complicaciones a largo plazo. 3. En el caso de nuestro paciente, tras descartar otras etiologías, existe un correlato claro del VHH-6 como causante de la clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kharbat AF, Lakshmi-Narasimhan M, Bhaskaran S, Parat S. Incidental Detection of Human Herpesvirus-6 in Cerebrospinal Fluid Analysis: To Treat or Not to Treat? *Cureus*. 2022 Jun 3;14(6):e25629. doi: 10.7759/cureus.25629. PMID: 35785001; PMCID: PMC9249039. 2. Green DA, Pereira M, Miko B, Radmard S, Whittier S, Thakur K. Clinical Significance of Human Herpesvirus 6 Positivity on the FilmArray Meningitis/Encephalitis Panel. *Clin Infect Dis*. 2018 Sep 14;67(7):1125-1128. doi: 10.1093/cid/ciy288. PMID: 29635334; PMCID: PMC7108106.

P-04. RIESGO DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH EN RECIÉN NACIDA TRAS EMBARAZO NO CONTROLADO Y PARTO EXTRAHOSPITALARIO, A BORDO DE UN CRUCERO.

Francisco González L*¹, Granja Martínez C¹, Oliván Pérez P¹, Portugués De La Red M¹

¹*Pediatría, Hospital Vithas Vigo.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se estima que se infectan por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) cada día más de 400 niños, mayoritariamente por transmisión vertical (TV) de la madre infectada al hijo, durante la gestación, parto o por lactancia materna (LM). La tasa de TV varía, según diferentes estudios, entre 13-48% dependiendo del lugar y de si las madres dan LM. En España, las medidas de profilaxis han disminuido la TV por debajo del 1% y los casos de infección están relacionados sobre todo, con fallos en las medidas de prevención de la TV o diagnóstico tardío al final del embarazo o parto.

CASOS CLÍNICOS

Recién nacida (RN) de 12 horas de vida, impresionada a término (2800g), ingresa tras parto a bordo de un crucero. Embarazo desconocido, no controlado, madre de 34 años procedente de Sudáfrica, VIH positiva, infección conocida, refiere tratamiento antirretroviral (TAR) combinado con buena adherencia, sin carga viral (CV) reciente (última hace 6 meses, indetectable). Parto eutócico, Apgar 9/10, tomas de LM las primeras horas de vida. Al ingreso se inicia TAR combinada en la RN con 3 fármacos (zidovudina, lamivudina y nevirapina), que se desescala a sólo zidovudina una vez se conocen CV indetectable materna y PCR ARN de VIH negativa de la paciente. Se administran vacuna e Ig anti VHB. El 4º día de ingreso presenta fiebre y mal olor umbilical, se inicia antibioterapia con cloxacilina y gentamicina iv ante sospecha de onfalitis. Crecimiento de *Pseudomonas* spp. sensible a gentamicina en cultivo de exudado umbilical, continuando gentamicina parenteral 10 días, con buena evolución. En serología inicial de la RN Ag de superficie de VHB positivo (siendo el materno negativo), negativizado en control posterior (atribuida positividad inicial a vacunación neonatal). CMV orina negativo. Segunda PCR VIH, a las 3 semanas, negativa. Profilaxis con zidovudina 4 semanas sin incidencias.

DISCUSIÓN

En el caso de esta paciente, ante CV materna próxima al parto desconocida, sin profilaxis intraparto y habiendo recibido LM, se trataba de una situación de potencial alto riesgo de TV de VIH-1, por lo que la profilaxis posexposición neonatal se realizó con tratamiento combinado. Una vez comprobado que el riesgo era bajo (CV materna indetectable y primera PCR negativa) se pudo pasar a monoterapia. Destaca también el hallazgo de Ag de superficie de VHB en el neonato, atribuible a la vacunación, así como la importancia de la atención neonatal en medio hospitalario, permitiendo en este caso controlar una infección potencialmente grave (onfalitis).

BIBLIOGRAFÍA

Prieto Tato LM, Guillén Martín S, Illán Ramos M, Ramos Amador JT. VIH. Prevención de la transmisión vertical (profilaxis posnatal con antirretrovirales) (v.2.0/2019). Guía ABE.Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto. Ministerio de Sanidad. 2023.

P-05. BOLSA ROTA NEONATAL MENOR A 24 HORAS: ¿UN RIESGO REAL EN NEONATO A TÉRMINO?

Vilas Vazquez C^{*1}, Fariña Nogueira S², González Piñeiro Y², Moure Gonzalez J²

¹*Pediatría, Hospital do Salnés.* ²*Pediatría, Hospital do Salnés.*

OBJETIVOS

Tras los cambios introducidos en nuestro centro a nivel obstétrico respecto al manejo de bolsa rota prolongada con manejo expectante en horas (24 horas) y posibilidad de vigilancia domiciliaria que se han iniciado en el año 2017, iniciamos este estudio para valorar su impacto.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todos los neonatos con bolsa rota prolongada (hasta 24 horas) con criterios de vigilancia domiciliaria, según el protocolo interno consensuado y aplicado actualmente en nuestro Hospital tanto a nivel obstétrico como pediátrico en un hospital comarcal con partos de bajo riesgo. El análisis se centró en variables tanto a nivel de morbilidad y mortalidad neonatal o materna.

RESULTADOS

No existen diferencias tanto a nivel de ingreso, porcentaje de sepsis, edad media materna, edad gestacional, tipo de parto, apgar al nacimiento, peso recién nacido

CONCLUSIONES

Pese a la importancia atribuida al tiempo de bolsa rota prolongada y la necesidad de vigilancia hospitalaria para disminuir el riesgo de sepsis neonatal, no existe evidencia en nuestra experiencia respecto a diferencias tanto a nivel morbilidad como mortalidad materna o neonatal en caso de partos de bajo riesgo que cumplan los requisitos de inclusión para vigilancia hospitalaria. Asimismo tras lo analizado, estos neonatos no requieren mayores estudios salvo vigilancia clínica estrecha.

BIBLIOGRAFÍA

Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term. Cochrane. DOI 10.1002/14651858.CD005302.pub3

P-06. ACV NEONATAL COMO CAUSA DE CRISIS CONVULSIVAS

Oiz Urriza I^{*1}, Fernández Patiño R², Picans Leis R², Sevivas Fontoura C², García Zuazola I², Pisón Marcos I¹, Gómez Vieites C¹, López Sanguos C², Baña A², Durán C², Couce M^a Luz²

¹Pediatría, CHUS. ²Neonatología, CHUS.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los accidentes cerebrovasculares (ACV) perinatales son lesiones cerebrales secundarias a la interrupción flujo sanguíneo cerebral debido a una obstrucción o hemorragia entre las 28 semanas de edad gestacional y los 28 días de vida postnatal. Afecta a 1/3.5 de cada 1.000 recién nacidos vivos y los síntomas pueden ser inespecíficos (apneas, dificultad para la alimentación...) o en forma de convulsiones en el 80% de los casos, siendo la segunda causa más frecuente en el recién nacido a término por detrás de la encefalopatía hipóxico- isquémica. Para el diagnóstico, se realizan análisis de sangre con estudio de coagulación, pruebas de imagen, análisis de líquido cefalorraquídeo y electroencefalograma (EEG).

CASOS CLÍNICOS

Presentamos a una recién nacida a término sin antecedentes perinatales de interés. Nace mediante parto instrumentalizado con ventosa con peso adecuado, llanto enérgico y buen tono. Ingres a las 24 horas de vida por movimientos clónicos en miembro superior derecho que se propagan a extremidad inferior ipsilateral, presentando en la ecografía cerebral datos compatibles con infarto en región de Arteria Cerebral Media izquierda y EEG con actividad focal izquierda. Recibe tratamiento con fenobarbital con disminución progresiva de la clínica y desaparición de las crisis y la actividad epileptiforme a partir del octavo día de vida, permitiendo retirada del tratamiento. Previo al alta, se completa estudio con una resonancia magnética que confirma el diagnóstico de infarto isquémico en el territorio de la ACM izquierda con zonas de necrosis cortical laminar y transformación hemorrágica petequeal. Se realiza también estudio cardiológico que no muestra alteraciones significativas y estudio de coagulación siendo heterocigoto para la mutación G20210A asociada al gen de la Protrombina y C667T de la MTHFR. Actualmente, realiza seguimiento en los servicios de Atención Temprana y Neurología Pediátrica sin evidencia de nuevas crisis convulsivas. Presenta una hemiparesia derecha leve con adecuada funcionalidad y adecuado desarrollo neurológico para la edad.

DISCUSIÓN

Conclusiones- La detección y diagnóstico precoz de los ACV permiten un tratamiento precoz y una mejoría del pronóstico.- La secuela principal es la hemiplejía contralateral. Establecer la localización y extensión de la lesión es determinante para establecer este pronóstico a largo plazo.- El estudio etiológico inicial incluye estudio de coagulación, pruebas de imagen, análisis de líquido cefalorraquídeo y EEG, así como un despistaje cardiológico.- El monitor de función cerebral ayuda a detectar la presencia de correlato eléctrico y monitorizar la respuesta al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Usefulness of Cranial Ultrasound for Detecting Neonatal Middle Cerebral Artery Stroke Olivé, Gemma et al. *Ultrasound in Medicine and Biology*, Volume 45, Issue 3, 885 - 8902. *J Child Neurol*. 2011 September ; 26(9): 1154–1162. doi:10.1177/0883073811408312.3. Chabrier S, Peyric E, Drutel L, Deron J, Kossorotoff M, Dinomais M, Lazaro L, Lefranc J, Thébault G, Dray G, Fluss J, Renaud C, Nguyen The Tich S; Accident Vasculaire Cérébral du nouveau-né (AVCnn; [Neonatal Stroke]) Study Group. Multimodal Outcome at 7 Years of Age after Neonatal Arterial Ischemic Stroke. *J Pediatr*. 2016 May;172:156-161.e3. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.01.069. Epub 2016 Mar 9. PMID: 26968833.4. Arnaez J, Arca G, Martín-Ancel A, Agut T, Garcia-Alix A. Neonatal Arterial Ischemic Stroke: Risk Related to Family History, Maternal Diseases, and Genetic Thrombophilia. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2018 Jan;24(1):79-84. doi: 10.1177/1076029617736383. Epub 2017 Nov 6. PMID: 29108421; PMCID: PMC6714630.5. Agut T, Roca P, García-Alix A. Estado epiléptico neonatal no detectado con aEEG

monocanal [Neonatal status epilepticus undetected with single-channel aEEG]. *An Pediatr (Barc)*. 2017 Jul;87(1):57-58. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2016.03.003. Epub 2016 Apr 8. PMID: 27068069.

P-07. ADMINISTRACIÓN DE CALOSTRO OROFARÍNGEO COMO TERAPIA INMUNOLÓGICA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Rodríguez Carbonell M*¹

¹UCI NEONATAL, HOSPITAL PROVINCIAL PONTEVEDRA.

OBJETIVOS

Denominamos recién nacido prematuro a aquel que nace antes de las 37 semanas de gestación(1) El calostro de las madres de estos neonatos tiene una concentración más alta en factores defensivos tales como inmunoglobulinas, especialmente IgA(2). La administración de calostro por vía orofaríngea proporciona una barrera de protección local y beneficios a nivel sistémico(3) Al realizar la alimentación trófica mediante sonda nasogástrica se evita la boca, la faringe y el esófago, cuya mucosa se ve privada de los beneficios inmunológicos de este.(4)El objetivo principal será determinar si la administración de calostro orofaríngeo de forma temprana tiene efectos inmunológicos en los recién nacidos prematuros.

MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Scielo, Dialnet, Cuiden y Science Direct. Se incluyeron artículos en lengua castellana e inglesa con una antigüedad menor a 10 años (2014-2024) y de acceso libre. Fueron excluidos artículos en otros idiomas, los que no valorasen la IgA como parámetro de protección inmunológica y aquellos con una antigüedad superior a 10 años. Las palabras claves fueron : “calostro orofaríngeo/oropharyngeal colostrum, prematuro/premature, efecto inmunológico/ immunological effect”. Fueron aceptados 5 estudios.

RESULTADOS

En el ensayo doble ciego realizado por Lee J et al (2015) los resultados concluyeron que los niveles de IgA secretora y lactoferrina a la semana y 2 semanas fueron significativamente más altos en el grupo calostro(5) Respecto al estudio prospectivo realizado por Álvarez et al (2016), los niveles de IgA sérica fueron significativamente mayores en el grupo de intervención que en el grupo control (p 0,026)(6) En un estudio controlado aleatorizado llevado a cabo por M Glass et al (2017), aquellos prematuros que habían recibido el calostro mostraron niveles más elevados de IgA que el grupo control (p < 0.05)(7) Con relación al ensayo controlado aleatorio doble ciego de Romero et al (2022) los resultados demostraron que el grupo al que se le administró calostro orofaríngeo mostraban cifras más altas de IgA (p< 0,001)(8) En el estudio llevado a cabo por Yan Fu et al (2022) demostraron que el contenido de IgA de la saliva era mayor en el grupo que recibió el calostro orofaríngeo tanto en el control del día 1 como del día 7 (p< 0,05)(9)

CONCLUSIONES

La administración de calostro orofaríngeo durante los primeros quince días de vida influye sobre el desarrollo del sistema inmunitario de los prematuros, observándose un aumento de la producción de inmunoglobulinas A y M, lactoferrina y una disminución de citoquinas proinflamatorias. La cantidad dependerá de la edad gestacional y se administrará cada 3-4 horas. El calostro proporciona protección bacteriostática y bactericida contra la infección, por lo que, realizar esta práctica estimulará y favorecerá el desarrollo del sistema inmunológico de estos pacientes altamente susceptibles.

BIBLIOGRAFÍA

1.Rellan Rodríguez S, GarcíadeRiberayM. PazAragón García. C. El recién nacido prematuro [Internet]. Aeped.es. [citado el 5 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf 2.Handle.net. [citado el 5 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/43398> 3.Administración orofaríngea de calostro materno. Resultados en la salud de los prematuros: protocolo de un ensayo controlado aleatorizado

[Internet]. Revista Fundasamin. 2017 [citado el 5 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.revista.fundasamin.org.ar/comentario-de-articulo-administracion-orofaringea-de-calostro-materno-resultados-en-la-salud-de-los-prematuros-protocolo-de-un-ensayo-controlado-aleatorizado/> 4. Edu.ar. [citado el 7 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://riu.austral.edu.ar/bitstream/handle/123456789/1076/Revista%20Enfermería%20Neonatal.%20Abril%202018%3B26%3B16-22.pdf?sequence=1&isAllowed=y5>. Lee J, Kim H-S, Jung YH, Choi KY, Shin SH, Kim E-K, et al. Oropharyngeal colostrum administration in extremely premature infants: an RCT. *Pediatrics* [Internet]. 2015;135(2):e357-66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2014-20046>. Martín Álvarez Estefanía, Jiménez Cabanillas María Victoria, Peña Caballero Manuela, Serrano López Laura, Kajarabille Naroa, Díaz Castro Javier et al. Efectos de la administración de calostro orofaríngeo en recién nacidos prematuros sobre los niveles de inmunoglobulina A. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2016 Abr [citado 2024 Oct 04]; 33(2): 232-238. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000200007&lng=es. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.95>. 7. Glass KM, Greecher CP, Doheny KK. Oropharyngeal administration of colostrum increases salivary secretory IgA levels in very low-birth-weight infants. *Am J Perinatol* [Internet]. 2017;34(14):1389–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-16036558>. Romero-Maldonado S, Soriano-Becerril DM, García-May PK, ReyesMuñoz E, Muñoz-Ortíz EG, Carrera-Muñíos S, Granados-Cepeda ML, Cardona-Pérez JA, Castro-Millán E, Segura-Cervantes E, Ceballos G, Montoya-Estrada A Efecto de la administración orofaríngeo de calostro en recién nacidos prematuros =32 semanas de gestación sobre la respuesta inmune y la morbilidad neonatal: un ensayo clínico aleatorizado doble ciego. *Front Pediatr.* 2022 Jul 8;10:891491. doi: 10.3389/fped.2022.891491. PMID: 35874579; PMCID: PMC9304973. Disponible en : 9. Fu ZY, Huang C, Lei L, Chen LC, Wei LJ, Zhou J, et al. The effect of oropharyngeal colostrum administration on the clinical outcomes of premature infants: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2023;144(104527):104527. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748923000925>

P-08. SÍNDROME DE BECWITH-WIEDEMANN: UN CASO PRÁCTICO Y SU MANEJO CLÍNICO

Amenedo García Á^{*1}, Cachaldora Losada M¹, Fernández Álvarez C¹, García Pose A¹, Vergara Pérez I¹, Pardo Vázquez J¹

¹*Pediatría, CHUAC.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El Síndrome de Becwith-Wiedemann (SBW) es un trastorno congénito poco frecuente caracterizado por sobrecrecimiento corporal asimétrico, hipoglucemias hiperinsulinémicas y desarrollo de tumores embrionarios de manera precoz. Es más frecuente en niños nacidos mediante técnicas de reproducción asistida. En el aspecto genético se debe a mutaciones en genes del cromosoma 11 encargados de la regulación del crecimiento (CDKN1C o IGF2), siendo en la mayoría de los casos mutaciones de novo. El diagnóstico se basa en el conjunto de síntomas clínicos y el estudio genético. No existe tratamiento específico y el seguimiento de las distintas manifestaciones clínicas que lo caracterizan dependen de la edad del paciente.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos el caso de un recién nacido pretérmino tardío, fruto de un embarazo obtenido mediante fecundación in vitro. Al nacimiento precisa ingreso en Neonatología por macrosomía y necesidad de fototerapia por hiperbilirrubinemia. A la exploración física destaca fenotipo peculiar con macroglosia, diástasis de rectos abdominales y edema de labios mayores sin datos de virilización. En el cribado metabólico de orina se detectó elevación de 17-OH-progesterona, confirmando elevación en sangre, y solicitando estudio genético para descartar déficit 21-hidroxilasa. Se sospecha de un SBW (más de 4 puntos en el Score Internacional SBW 2018), por lo que se completan estudios con ecografías, radiografía de tórax, niveles de amonio en sangre, normales, y valoración multidisciplinar. A los 2 meses de vida precisa hospitalización por fallo de medro con desnutrición moderada (Índice de Shukla 84%) secundario a dificultades para la alimentación por macroglosia así como hipoglucemias, descartando causa hiperinsulinémica, y corrigiendo situación nutricional con administración de suero glucosado y fórmula hipercalórica a través de sonda nasogástrica. Debido a los problemas que presenta con la alimentación se realiza glosectomía parcial a los 3 meses de vida. Se realiza despistaje tumoral mediante estudio de marcadores tumorales y ecografía abdominal, descartándolos. Actualmente está a seguimiento por equipo multidisciplinar, pendiente de resultado del estudio genético, con adecuado desarrollo ponderoestatural y seguimiento con mediciones de glucemia, marcadores tumorales y ecografías abdominales con el fin de descartar tumores embrionarios.

DISCUSIÓN

El SBW suele identificarse al nacer por la presencia de macrosomía, macroglosia y defectos de la pared abdominal. No existe un tratamiento específico, sino que se debe individualizar a cada paciente y llevar a cabo un manejo integral y un seguimiento multidisciplinar, realizando en cada consulta valoración antropométrica, examen físico detallado y seguimiento estricto con el fin de descartar aparición de tumores embrionarios y otras complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Lapunzina Badía P, del Campo Casanelles M, Delicado Navarro A, Fernández-Toral J, García-Alix A, García-Guereta L, et al. Guía clínica para el seguimiento de pacientes con síndrome de Beckwith-Wiedemann. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2006;64(3):252–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13085513Brioude>, F., Kalish, J., Mussa, A. et al. Clinical and molecular diagnosis, screening and management of Beckwith–Wiedemann syndrome: an international consensus statement. *Nat Rev Endocrinol* 14, 229–249 (2018). <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.166>

P-09. PSEUDOHIPOPARATIROIDISMO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE CONVULSIONES.

Palma Huelva B*¹, Míguez González A¹, Martín Andrés L¹, Rodríguez Rodríguez C², González Rodríguez L³, López Fernández A⁴, Novoa Gómez G³, Fernández Cebrián S⁵

¹*Pediatría y Áreas Específicas, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.* ²*Neurología Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.* ³*Endocrinología Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.* ⁴*Cardiología Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.* ⁵*Gastroenterología Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La osteodistrofia hereditaria de Albright es una enfermedad genética de herencia autosómica dominante y poco frecuente en edad pediátrica. Como características fenotípicas destacan braquimetacarpiya o braquimetatarsia de predominio en cuarto y quinto dedo, asociando generalmente facies lunar, obesidad, estatura corta, osificaciones subcutáneas y en ocasiones retraso mental. Analíticamente destaca hipocalcemia, hiperfosfatemia con PTH plasmática elevada en ausencia de insuficiencia renal. Es importante realizar un tratamiento precoz con el objetivo de normalizar la calcemia y evitar la osteopenia a largo plazo.

CASOS CLÍNICOS

Niña de 5 años que consulta en el servicio de urgencias por episodio de pérdida de conocimiento con hipotonía, revulsión ocular, relajación de esfínteres y periodo postictal posterior, compatible con crisis comicial afebril. A la exploración física destaca fenotipo peculiar con cara redondeada y cuello corto, braquidactilia del 4º y 5º metacarpianos, calcificación subcutánea del talón derecho con reflejos rotulianos exaltados. Como antecedentes familiares, la madre presenta también calcificaciones subcutáneas. Se decide ingreso hospitalario y se realiza una analítica sanguínea objetivándose hipocalcemia (6 mg/dl); hiperfosforemia (8,5 mg/dl) y PTH elevada (1220 pg/ml). Asimismo destaca en dicho contexto electrocardiograma con prolongación de QT (497 ms) y electroencefalograma con actividad lenta y epileptiforme en áreas posteriores. Se completa estudio diagnóstico con resonancia cerebral, cariotipo y estudio oftalmológico sin alteraciones. Se añade serie ósea con huesos de la mano de aspecto tosco y discreta osteopenia generalizada. Se solicita estudio genético, actualmente pendiente de resultado. Tras su ingreso y dada la sospecha clínica-analítica se inicia tratamiento con calcio y vitamina D para corrección de la calcemia. Valorada por Neurología Infantil iniciándose lamotrigina ante resultado patológico de electroencefalograma. Tras normalización de la calcemia, se objetiva normalización del ECG.

DISCUSIÓN

-El pseudohipoparatiroidismo es una entidad muy poco frecuente en la edad pediátrica, que requiere un alto índice de sospecha para orientar su diagnóstico y tratamiento precoces. -Es importante realizar un tratamiento precoz para corrección de las alteraciones electrolíticas y evitar complicaciones posteriores. -Es necesario un seguimiento multidisciplinar, como en nuestro caso, para un correcto manejo de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Osteodistrofia hereditaria de Albright. Identificación de una mutación original en una familia (analesdepediatria.org) Pseudohipoparatiroidismo en un paciente pediátrico (analesdepediatria.org)

P-10. EL LADO OSCURO DE LA DIETA SALUDABLE: AUMENTO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR POR CONSUMO DE VEGETALES.

Corcobado Donoso S^{*1}, San Martín Barroso R¹, Anegón García M¹, Mourelle Vázquez N¹, Novoa Gómez G¹, Fernández Cebrián S¹

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La sitosterolemia es una anomalía primaria de la mucosa intestinal. Su fisiopatología consiste en un aumento en la absorción de esteroides vegetales de la dieta, especialmente el sitosterol. Su herencia es autosómica recesiva y se debe a mutaciones en los genes ABCG5 o ABCG8, que codifican la Esterolina 1 y 2, respectivamente. Tiene un espectro clínico muy heterogéneo, desde asintomático hasta infartos de miocardio a edades tempranas. Principalmente afecta a la piel provocando xantomas y xantelasmas; a hematíes dando anemia y a las arterias provocando aterosclerosis. Para el diagnóstico inicial se solicita una analítica sanguínea que incluya perfil lipídico y niveles de fitoesteroides y se confirmara con un estudio genético. Su tratamiento consiste en excluir los esteroides vegetales de la dieta y asociar Ezetimiba para inhibir la absorción intestinal de los mismos.

CASOS CLÍNICOS

Paciente varón de 7 años y 6 meses remitido a consulta de Endocrinología Pediátrica por talla baja (p5). Como antecedentes destacan varios familiares con hipercolesterolemia a tratamiento. Se solicitan analítica sanguínea, donde lo único destacable es una hipercolesterolemia con cifras de LDL aumentadas y cifras de triglicéridos normales. Se pauta tratamiento dietético y recomendaciones de ejercicio físico, y tras 6 meses sin mejoría, se inicia tratamiento con Estatinas. Se realiza nuevo control analítico persistiendo cifras elevadas de colesterol. Por ello, y dados los antecedentes familiares, se solicita estudio genético, descartando una hipercolesterolemia familiar, y evidenciando una mutación en heterocigosis del gen ABCG5 asociado a Sitosterolemia autosómica recesiva. En ese momento se solicitan niveles de fitoesteroides en plasma, hallándose elevados el sitosterol y el campesterol. Se suspende el tratamiento con Estatinas, se retiran los esteroides vegetales de la dieta, y se inicia tratamiento con Ezetimiba diario, consiguiendo la normalización de los niveles de colesterol en sangre.

DISCUSIÓN

- La sitosterolemia es una enfermedad rara del metabolismo de los lípidos, aunque parece que su prevalencia debe ser mucho mayor, ya que probablemente esté infradiagnosticada.
- Debemos tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial ante una hipercolesterolemia que no responde adecuadamente al tratamiento con Estatinas, y, sobre todo, si hay antecedentes familiares de hipercolesterolemia, o de muertes cardiovasculares prematuras.
- Su tratamiento incluye evitar alimentos ricos en esteroides vegetales, asociando como fármaco de primera elección, el Ezetimiba.
- Se aconseja el estudio genético de los familiares de primer grado de individuos portadores de mutaciones en los genes ABCG5 o ABCG8.

BIBLIOGRAFÍA

- Yoo EG. Sitosterolemia: a review and update of pathophysiology, clinical spectrum, diagnosis, and management. *Ann Pediatr Endocrinol Metab* 2016;21:7-14
- Tama Sánchez FA; Tama Sánchez MA. Sitosterolemia. Serie Monográfica Enfermedades Raras Correlación Clínica - Patológica. Guayaquil - Ecuador 2020
- Tada H, Nomura A, et al. Diagnosis and management of sitosterolemia 2021. *Jatheroscler Tromb*, 2021;28:791-801
- Sale G, Pate S, et al. Sitosterolemia. *Cardiovascular Drug Reviews* Vol. 20, No. 4, pp. 255–270
- García C, Ruiz CJ et al. Sitosterolemia: una causa poco conocida de hipercolesterolemia en la infancia. *Acta Pediatr Esp.* 2019; 77(7-8): e142-e147
- Liebeskind A, Peterson AM et al. Sitosterolemia. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDTtext.com, Inc.; 2000. 2023 Mar 10.

P-11. TIROTOXICOSIS EN ENFERMEDAD DE KAWASAKI: A PROPÓSITO DE UN CASO

Otero González A*¹, López Lamas V¹, Pardo Cao A¹, Parga Hervés A¹, García Martínez M¹, Pardo Vázquez J¹

¹, *Hospital Teresa Herrera.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La tiroiditis de Hashimoto es la causa más frecuente de disfunción tiroidea en países con suficiencia de yodo. Puede presentarse como hipotiroidismo, eutiroidismo o en un pequeño porcentaje como hipertiroidismo, lo que se conoce como hashitoxicosis. Se conoce que estas alteraciones tiroideas se asocian a ciertas patologías autoinmunes. Además, en algunos estudios se ha visto que ciertas patologías autoinmunes pueden aumentar el riesgo de Enfermedad de Kawasaki. Revisando la literatura no hemos encontrado casos en los que las alteraciones tiroideas se produzcan secundariamente a la Enfermedad de Kawasaki, tal y como describimos en nuestro caso clínico.

CASOS CLÍNICOS

Varón de 9 años, sin antecedentes personales de interés, ingresado en nuestro Hospital por cuadro febril compatible con Enfermedad de Kawasaki. Presentó a lo largo de la evolución de la enfermedad fiebre de 4 días de evolución (hasta inicio de tratamiento), exantema generalizado, labios fisurados, hiperemia conjuntival y descamación periungueal. Además presentaba alteraciones analíticas características como piuria estéril, elevación de GPT, PCR, VSG, trombocitosis, hipoalbuminemia y anemia normocítica y normocrómica. En la ecocardiografía presentaba ectasia de ambas coronarias proximales (Z score de 2.36) e insuficiencia mitral, y en la ecografía abdominal hidrops vesicular. Recibió tratamiento con inmunoglobulinas, precisando dos ciclos por reaparición de fiebre, antiagregación con AAS y corticoides iv. Previo al alta se realizó analítica sanguínea en la que se objetivó una alteración tiroidea consistente en hipertiroidismo primario (TSH <0.01 mcUI/ml, T4 4.6 ng/dL, T3 7 pg/ml), con elevación de anticuerpos anti-TPO (438 U/ml). Es valorado por Endocrinología Infantil siendo diagnosticado de probable tiroiditis de Hashimoto en fase de Hashitoxicosis. Tras dos meses presentó normalización de valores de hormonas tiroideas con negativización de los anticuerpos anti-TPO, habiendo pasado por una fase de hipotiroidismo subclínico que no precisó tratamiento.

DISCUSIÓN

La tiroiditis de Hashimoto puede actuar como factor de riesgo para la Enfermedad de Kawasaki pero también ser consecuencia de este síndrome autoinmune. En nuestro caso clínico la forma de presentación fue la Hashitoxicosis y tuvo una evolución benigna y temporal, con resolución del cuadro sin precisar tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Ibáñez Toda L, Marcos Salas MV. Actualización en patología tiroidea. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 161-74. Brown RS. Autoimmune thyroiditis in childhood. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2013;5 Suppl 1(Suppl 1):45-9. doi: 10.4274/jcrpe.855. Epub 2012 Nov 15. PMID: 23154164; PMCID: PMC3608006.

P-12. TÍTULO: FIEBRE AL REGRESO DEL TRÓPICO

Tojo Rey T*¹, Rodríguez Chitiva A¹, Piñeiro Feal L¹, Goris Abelenda M¹, Couceiro Gianzo J¹, .

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La malaria es la enfermedad parasitaria más prevalente en el ser humano, siendo los niños uno de los grupos de riesgo más susceptibles de padecerla. Se transmite por la picadura del mosquito hembra *Anopheles* spp infectado y el 95% de la carga de la enfermedad se concentra en el continente africano. La especie más prevalente, a la vez que la más grave, es el *Plasmodium Falciparum*, seguida del *P. Vivax*. La clínica es inespecífica, con cefalea, fiebre alta, dolor abdominal o vómitos. En su diagnóstico es esencial la sospecha clínica: todo paciente con síndrome febril que haya realizado un viaje reciente a una zona endémica es susceptible de padecer malaria.

CASOS CLÍNICOS

Paciente de 8 años, originaria de Ghana y residente en Pontevedra. Realizó un viaje a su país de origen sin recibir quimioprofilaxis. Presenta durante el viaje picos febriles que no responden a antitérmicos, se diagnostica de malaria (sin precisar especie) y es tratada durante 3 días con Artesunato IV con ingreso hospitalario. Posteriormente asintomática. Acude un mes después del viaje al centro de salud de Pontevedra por fiebre y mialgias. Exploración física sin alteraciones. Ante la sospecha de malaria se ingresa y se realiza prueba de gota gruesa donde se objetiva *Plasmodium falciparum* con parasitemia de 0,4%. En la analítica se objetivó anemia normocítica, normocrómica, sin otra citopenia. Dado que la paciente proviene de una aérea resistente a cloroquina, no tomó profilaxis antes de su viaje y recibió tratamiento con artemisininas en combinación, se decide iniciar tratamiento con Malarone (Atovacuona+proguanil). Se repiten las mismas pruebas complementarias 2 días después objetivándose una disminución de la parasitemia a 0,15%, clínicamente afebril sin aparición de otra sintomatología desde el inicio del tratamiento. En controles posteriores parasitemia negativa.

DISCUSIÓN

-Los síntomas inespecíficos pueden dificultar el diagnóstico temprano de malaria, por lo que es vital que los profesionales de la salud estén atentos a su posibilidad diagnóstica. -Es importante considerar la procedencia de los pacientes al tratar la malaria, especialmente en áreas con alta resistencia a los tratamientos convencionales. -El seguimiento post-hospitalización en consultas de infectología es esencial para detectar nuevas manifestaciones clínicas. Un grado de parasitemia superior al 5% se asocia con mayor gravedad y complicaciones. -La profilaxis antes de viajar a zonas endémicas es crucial para prevenir la enfermedad y proteger la salud de los viajeros. -La concienciación y prevención son fundamentales en la lucha contra la malaria.

BIBLIOGRAFÍA

-Wilson ME, Weld LH, Boggild A, et al. Fever in returned travelers: results from the GeoSentinel Surveillance Network. *Clin Infect Dis* 2007; 44:1560.-Svenson JE, MacLean JD, Gyorkos TW, Keystone J. Imported malaria. Clinical presentation and examination of symptomatic travelers. *Arch Intern Med* 1995; 155:861.-Hendriksen IC, White LJ, Veenemans J, et al. Defining falciparum-malaria-attributable severe febrile illness in moderate-to-high transmission settings on the basis of plasma PfHRP2 concentration. *J Infect Dis* 2013; 207:351.-Hogan B, Eibach D, Krumkamp R, et al. Malaria Coinfections in Febrile Pediatric Inpatients: A Hospital-Based Study From Ghana. *Clin Infect Dis* 2018; 66:1838.-Deen JL, von Seidlein L, Dondorp A. Therapy of uncomplicated malaria in children: a review of treatment principles, essential drugs and current recommendations. *Trop Med Int Health* 2008; 13:1111.-Hatz C, Soto J, Nothdurft HD, et al. Treatment of acute uncomplicated falciparum malaria with artemether-lumefantrine in nonimmune populations: a safety, efficacy, and pharmacokinetic study. *Am J Trop Med Hyg* 2008; 78:241.-Whalen ME, Kajubi R, Goodwin J, et al. The Impact of

Extended Treatment With Artemether-lumefantrine on Antimalarial Exposure and Reinfection Risks in Ugandan Children With Uncomplicated Malaria: A Randomized Controlled Trial. *Clin Infect Dis* 2023; 76:443.

P-13. MALIGNO PARECE, BENIGNO FINALMENTE FUE

Suárez Camacho R^{*1}, Galán Cotelo L², Crego Rodríguez L², Navarro Gonzalo C³, Rivero Calle I¹, López Franco M¹, Dacosta Urbieto A¹, Torrado González S²

¹*Departamento de Infectología pediátrica, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.*

²*Departamento de oncología pediátrica, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.*

³*Departamento de pediatría, CHUS, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las tumoraciones cervicales en pediatría son un motivo frecuente de consulta. Las etiologías son múltiples, pero en su mayoría se corresponden con inflamación de adenopatías cervicales secundarias a cuadros infecciosos. Aunque, existen otros procesos que pueden debutar como masas cervicales como las malformaciones congénitas, patologías glandulares o enfermedades malignas. A pesar de que estas tumoraciones son con mucha frecuencia benignas, es importante recordar que existen lesiones malignas que deben diagnosticarse de forma precoz. Para ello, es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial en función de su localización, la edad de aparición y la sintomatología concomitante.

CASOS CLÍNICOS

Paciente de 2 años- 5 meses que acude a urgencias por aparición de bultoma cervical izquierdo de aparición brusca desde hace 7 días. Afebril en todo momento y sin otra sintomatología. AP: contacto con ganado, ingiere carne de matanza y bebe aguda de pozo. AF: padre: aftosis recurrente, úlcera intestinal (descartada EEII); madre: psoriasis. EF: tumoración laterocervical izquierda de consistencia dura, adherida a planos profundos, que borra ángulo mandibular izquierdo, con un tamaño aproximado de 4,5x5 cm, indolora y sin inflamación local. Asociaba algunas pequeñas adenopatías inferiores y derechas. Se realiza analítica sin alteraciones, frotis normal, ligera elevación de reactantes, IgM en el límite de detección para Mycoplasma. Se inicia tratamiento empírico con azitromicina (5mg/kg/d) y se programa seguimiento. Se solicita prueba de imagen observándose en ecografía una masa sólida, heteroecogénica con marcada vascularidad en el estudio Doppler con posibilidades diagnósticas entre neuroblastoma cervical o rhabdomioma, orientándose en RM con mayor posibilidad hacia rhabdomioma. Se programa cirugía, ante sospecha de tumoración maligna, observándose abundante material purulento intraoperatorio, se realiza biopsia y se inicia tratamiento con amoxicilina-clavulánico. En AP se observa tejido linfóide con inflamación granulomatosa no necrotizante, descartándose patología maligna. Se realiza Mantoux (11mm) con resultado positivo e IGRA negativo. Ante sospecha de infección por micobacteria no tuberculosa (MNT) se inicia tratamiento con azitromicina y ciprofloxacino, sustituyéndose por azitromicina + rifabutina por mala evolución y dificultades de tolerancia. Actualmente la paciente presenta una disminución de la masa cervical tras dos meses de tratamiento. Finalmente, el cultivo para micobacterias resultó negativo. Ante buena evolución alta sospecha clínica de MNT, se decide mantener misma pauta terapéutica.

DISCUSIÓN

- Las masas cervicales obligan a hacer un diagnóstico diferencial de las distintas entidades diagnósticas posibles, entre las que se encuentran los tumores malignos. -La realización de una buena historia clínica que nos aporte datos epidemiológicos, incluyendo sintomatología acompañante; así como la realización de una EF completa y la solicitud de pruebas complementarias para determinar sus características, es crucial. -Las infecciones por micobacterias atípicas o no tuberculosas debe formar parte de nuestro diagnóstico diferencial, especialmente en tumoraciones laterocervicales en preescolares y muy especialmente ante resultados de mantoux positivo e IGRA negativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del T, Rabes R, Cooke EF, Ramos AM, Rabes DR, Cooke F, et al. Adenitis cervical superficial y abscesos cervicales profundos. *Protoc diagnósticos y Ter en Pediatría* [Internet]. 2023;2(1):125-37.

LXXIV CONGRESO DE LA SOPEGA 2024

Disponible en: www.aeped.es/protocolos/2. Fayoux P, Maltezeanu A. Masas cervicales en el niño. EMC - Otorrinolaringol [Internet]. 2022;51(1):1-19. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S16323475214602003>. López Davis A M-GR. Cirugía Oral y Maxilofacial. Editor Médica Paramericana Terc ed. 2012;439-155.

P-14. TIBOLA/DEBONEL: UNA ADENOPATÍA, UNA ESCARA NECRÓTICA Y ANTES... UNA GARRAPATA.

Molinos Ojea A*¹, Amaro Castro R¹, Fernández Villar A¹, Del Campo García A¹, Concheiro Guisán A¹
¹*Pediatría, CHUVI.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

“Tick-borne Lymphadenopathy” (Linfoadenopatía transmitida por garrapatas) TIBOLA o “Dermacentor-Borne Necrosis Erythema Lymphadenopathy” (Linfadenopatía eritematosa transmitida por Dermacentor) DEBONEL es una de las enfermedades transmitidas por garrapatas más frecuente en España entre la edad pediátrica. Es transmitida por la hembra adulta de la garrapata Dermacentor marginatus. Su principal agente etiológico es Rickettsia slovacica y el periodo de incubación es de unos 5-7 días. En el 90% de los casos, la picadura de la garrapata se localiza en el cuero cabelludo, donde aparece una escara melicérica con halo eritematoso que evoluciona a una escara necrótica, acompañada de linfadenopatías dolorosas. En ocasiones, puede acompañarse de fiebre, astenia y cefalea. El diagnóstico es principalmente clínico, pudiendo apoyarnos en las serologías específicas para R. slovacica (también para R. conorii, dada la reactividad cruzada). El tratamiento de elección es la doxiciclina durante 7-14 días, siendo una alternativa adecuada la azitromicina o claritromicina.

CASOS CLÍNICOS

Paciente de 6 años que acude al servicio de urgencias por aparición de una lesión cutánea en cuero cabelludo. Como antecedente, refiere la picadura de una garrapata en dicha localización 7 días antes. La paciente se encuentra asintomática y con buen estado general, permaneciendo afebril. A la exploración física destaca una escara necrótica con halo eritematoso y un conglomerado adenopático laterocervical derecho de 2-3cm de diámetro máximo, así como adenopatías occipitales inferiores a 1 cm. Se solicita una analítica sanguínea donde destaca leucocitosis de 12.520/mm³, con reactantes de fase aguda y transaminasas en rango de la normalidad. Las serologías frente a R. conorii, Borrelia burgdorferi y Coxiella burnetii son negativas. Se realiza desbridamiento quirúrgico bajo sedoanalgesia y se pauta tratamiento antibiótico con azitromicina 5 días y amoxicilina-clavulánico 7 días. A los pocos días presenta pico febril, presentando posteriormente una evolución favorable.

DISCUSIÓN

La asociación de una picadura de garrapata con linfadenopatía cervical dolorosa debe hacernos pensar en un DEBONEL / TIBOLA. Ante serologías negativas podrían haber sido útiles para confirmar este diagnóstico, fundamentalmente clínico, las técnicas moleculares (PCR) sobre el material de la escara. En nuestro caso el tratamiento con azitromicina y amoxicilina-clavulánico tras el desbridamiento quirúrgico ha resultado eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

Portillo A, Santibáñez S, García-Álvarez L, Palomar AM, Oteo JA. Rickettsioses in Europe. Microbes Infect. 2015 Nov-Dec;17(11-12):834-8. doi: 10.1016/j.micinf.2015.09.009. Santibáñez S, Portillo A, Ibarra V, Santibáñez P, Metola L, García-García C, Palomar AM, Cervera-Acedo C, Alba J, Blanco JR, Oteo JA. Epidemiological, Clinical, and Microbiological Characteristics in a Large Series of Patients Affected by Dermacentor-Borne-Necrosis-Erythema-Lymphadenopathy from a Unique Centre from Spain. Pathogens. 2022 Apr 30;11(5):528. doi: 10.3390/pathogens11050528.

P-15. LA IMPORTANCIA DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA FIEBRE PROLONGADA - BARTONELOSIS SISTÉMICA CON ADENITIS SUBMANDIBULAR Y AFECTACIÓN HEPATOESPLÉNICA

Rodríguez Díaz L^{*1}, Galán Vallina S¹, García Cuadrado A¹, Aguilar Gutiérrez D¹, Calviño Costa C¹, Vázquez López E¹

¹*Pediatría y áreas específicas, Hospital Universitario de Lucus Augusti (HULA).*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad por arañazo de gato es una entidad predominantemente autolimitada caracterizada por la aparición de adenopatías dolorosas que pueden persistir durante meses y que pueden asociar fiebre, entre otros. Su principal agente causal es la *Bartonella henselae*, un bacilo gramnegativo cuya transmisión casi siempre se debe al arañazo de un gato infectado por esta bacteria; suele afectar a niños y adultos jóvenes durante las estaciones de otoño e invierno. Un pequeño porcentaje de pacientes pueden tener manifestaciones atípicas como hepatitis o infección diseminada. El diagnóstico se confirma con PCR o serología positiva con un aumento de cuatro veces en los títulos para *Bartonella henselae* obtenidas entre la fase aguda y la fase de convalecencia y, en ocasiones, por la biopsia donde se objetiva inflamación granulomatosa con necrosis central estrellada. En caso de enfermedad autolimitada muchos estudios aconsejan sólo tratamiento sintomático, aunque artículos recientes sugieren que la azitromicina acelera la reducción de las adenopatías, siendo útiles también el ciprofloxacino y la doxiciclina.

CASOS CLÍNICOS

Niña de 10 años que acude por fiebre y adenopatía dolorosa de 20 días de evolución, en contacto previo con un gato. Tras la persistencia del cuadro a pesar de antiinflamatorios y amoxicilina-clavulánico, se realiza una ecografía cervical, donde se aprecia un conglomerado adenopático con áreas sugestivas de abscesificación, y una ecografía abdominal, sugestiva de afectación hepatoesplénica. Por ello, se realizan varias pruebas complementarias, objetivando elevación de reactantes de fase aguda y serología positiva para *Bartonella henselae*, confirmándose dicha infección con una PCR de muestra ganglionar. Se inician entonces varias asociaciones de antibióticos, corticoides intravenosos y drenajes de áreas abscesificadas cervicales. Sin embargo, a pesar de mejoría transitoria, la paciente requiere varios ingresos de larga estancia para el control de la infección. Finalmente, tras descartar afectación de otras localizaciones y apreciando mejoría clínico-analítica, se decide alta para manejo ambulatorio con pauta de doxiciclina y rifampicina hasta completar 3 meses de tratamiento, que es cuando remite la fiebre, alcanzando la remisión hasta el día de hoy.

DISCUSIÓN

A pesar de que lo más frecuente sea el curso autolimitado, es esencial en pacientes con fiebre prolongada la realización de pruebas complementarias, en especial ecografía abdominal y ecocardiograma, para el despistaje de enfermedad sistémica. Asimismo, a pesar de la certeza de que, en pacientes inmunodeprimidos o con compromiso sistémico, existe beneficio de la asociación de rifampicina con diversos antibióticos, se necesitan más estudios que disciernen que combinación de tratamiento es más óptima.

BIBLIOGRAFÍA

Martín Díaz, M. aA, Rubio Flores, C., Corral de la Calle, M., & de Lucas Laguna, R. (2006). Enfermedad por arañazo de gato. *Anales de pediatría (Barcelona, Spain)*: 2003), 65(5), 506–508. [https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.010](https://doi.org/10.1157/13094257Rodríguez-Rodríguez, M., Rodríguez-Rosell, M. V., Blanco-Costa, M. I., & Rodríguez-Asensio, J. (2016). Cat scratch disease. Presentation of several clinical cases. <i>Atencion primaria</i>, 49(3), 196–197. <a href=)

P-16. MÁS ALLÁ DE LAS PAPERAS. ABSCESO PAROTÍDEO COMO COMPLICACIÓN DE UNA PAROTIDITIS BACTERIANA.

Liñares Couselo C*¹, Ortiz López I¹, Vadillo González F¹, Parejo Rodríguez A¹, Fernandez Cebrián S¹
¹*Pediatría, CHUO.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La primera causa de infección aguda de glándulas salivares es la parotiditis epidémica, popularmente conocida como “paperas” producida por el virus de la parotiditis epidémica. Sin embargo, la inflamación parotídea puede ser secundaria a otros virus o bacterias de forma aguda o de forma recurrente como la parotiditis juvenil, 2º causa más frecuente; o de forma crónica secundario a infecciones como tuberculosis o VIH.

CASOS CLÍNICOS

Escolar de 8 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que ingresa por tumefacción facial derecha dolorosa de 12 días de evolución con empeoramiento en las últimas 48 horas; siempre afebril. En la exploración física presenta trismus y tumefacción facial derecha indurada, caliente y eritematosa que borra el ángulo mandibular, sin secreción visible a través del conducto de Stenon. En el estudio realizado destaca hemograma con leucocitosis y neutrofilia y reactantes elevados, Mantoux e IGRA negativos y estudio inmunológico negativo excepto ANA 1/80. La ecografía de partes blandas realizada revela gran colección de 16 cm³ en parótida y músculo masticador muy sugestiva de absceso. Se realiza seguimiento conjunto con el servicio de Otorrinolaringología. Se decide iniciar cobertura antibiótica empírica con amoxicilina-clavulánico iv y un ciclo de metilprednisolona. Realizada precozmente PAAF ecoguiada (radiología intervencionista) se extrae material purulento aislándose en cultivo *Streptococo pyogenes* sensible al antibiótico pautado. Evolución tórpida con persistencia de la tumoración tras primeros 7 días de antibioterapia, por lo que suspende amoxicilina-clavulánico y se inicia cefotaxima y clindamicina iv. Finalmente, ante escasa mejoría tras otros 7 días de nueva dupla antibiótica, se realiza drenaje quirúrgico ecoguiado con monitorización del nervio facial previa caracterización de la lesión por TAC. Tras cirugía se objetiva completa resolución de colecciones a los 14 días de tratamiento; completando posteriormente con otros 7 días más en domicilio.

DISCUSIÓN

- La parotiditis de origen bacteriano es una entidad a tener presente en la infancia ante inflamación unilateral de la parótida con o sin supuración por el conducto de Stenon, si bien no es la causa más frecuente de parotiditis en el niño. Pueden presentar complicaciones tales como: absceso parotídeo, osteomielitis, sepsis, obstrucción respiratoria, síndrome De Lemierre y otras.- Ante parotiditis supurada es pertinente iniciar antibioterapia empírica y posteriormente si posible, dirigida según el agente causante durante tiempo prolongado. Las pruebas de imagen están indicadas para descartar complicaciones como la abscesificación de la glándula en cuyo caso además del tratamiento médico se deberá realizar drenaje quirúrgico para su resolución.

BIBLIOGRAFÍA

Jiménez Montero B, Suárez Arrabal MC, De Lamo González E. Parotiditis aguda y parotiditis recurrente. *Protocdiagnter pediatr.* 2023;2:111-124D. Aguilera Alonso, A. Lowy Benoliel. Patología de las glándulas salivares. *PediatrIntegral* 2022; XXVI (7): 423 –433Mary A Albrecht, MD. Mumps. *Uptodate2024*. Nieto González JC, Monteagudo Sáez I, Serrano Benavente B. Síndrome de Sjögren. *Protocdiagnter pediatr.* 2020;2:187-194. Chiang MH, Su YT, Huang LT. Acute Appearance of a Neck Mass in an 11-Year-Old Girl. *PediatrRep.* 2020 Oct 27;12(3):98-102. doi: 10.3390/pediatric12030022. PMID: 33120883; PMCID: PMC7717657.

P-17. TESTS DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO RESPIRATORIOS EN LA ERA NIRSEVIMAB

Pereiro Fernández S^{*1}, Vila Pérez D¹, Del Campo García A², De La Flor Bru J³, Amado Puentes A¹
¹*Pediatría, Amado Clínica Pediátrica.* ²*Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro.* ³*Pediatría, Cap Vila Vella de Sant Vicenç dels Horts.*

OBJETIVOS

El estudio se centró en analizar el impacto de la vacunación con nirsevimab en la incidencia de infecciones por virus respiratorio sincitial (VRS) en niños, específicamente en el ámbito de la Atención Primaria. Se busca evaluar si la vacunación con nirsevimab podía reducir la carga de enfermedad asociada con el VRS y disminuir la necesidad de reconsultas en este entorno clínico.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo comparativo en el que se analizaron pacientes a los que se les realizaron pruebas de diagnóstico rápido respiratorio, incluyendo la detección de VRS, influenza y otros virus respiratorios. Se compararon dos períodos de tiempo: uno previo a la inmunización con nirsevimab y otro posterior a la misma. Se recopilaron datos como edad, número de consultas, diagnósticos de bronquiolitis aguda por VRS, entre otros .

RESULTADOS

Se observó una disminución significativa en el número de diagnósticos de bronquiolitis aguda por VRS, así como en la necesidad de reconsultas por esta condición. La introducción de la vacunación con nirsevimab se asoció con una reducción del 40% en el número total de bronquiolitis agudas diagnosticadas, lo que sugiere un impacto positivo en la carga de enfermedad relacionada con el VRS en el ámbito de la Atención Primaria .

CONCLUSIONES

Los resultados del estudio indican que la vacunación con nirsevimab puede ser una estrategia efectiva para prevenir infecciones por VRS en niños, especialmente en el entorno de la Atención Primaria. Esta intervención demostró reducir la incidencia de bronquiolitis aguda por VRS y disminuir la morbilidad asociada con esta infección viral. Se destaca la importancia de continuar investigando el impacto a largo plazo de nirsevimab y su eficacia a nivel poblacional .

BIBLIOGRAFÍA

Tegethoff SA, Fröhlich F, Papan C. Point-of-Care Testing in Children With Respiratory Tract Infections and Its Impact on Management and Patient Flow. *Pediatr Infect Dis J.* 2022; 41: e475-7Amado Puentes A, Ridao Redondo M, Grupo TECDIAP. Tests de diagnóstico microbiológico rápido en la consulta de pediatría de atención primaria.*Pediatr Integral* 2023; XXVII (7): 395 – 403. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2023-10/test-de-diagnostico-microbiologico-rapido-en-la-consulta-de-pediatria-de-atencion-primaria-2023/>Francisco L, Cruz-Cañete M, Pérez C, Couceiro JA, Otheo E, Launes C, Rodrigo C, Jiménez AB, Llorente M, Montesdeoca A, Rumbao J, Calvo C, Frago S, Tagarro A. Nirsevimab for the prevention of respiratory syncytial virus disease in children. Statement of the Spanish Society of Paediatric Infectious Disease (SEIP). *An Pediatr (Engl Ed).* 2023 Oct;99(4):257-263. doi: 10.1016/j.anpede.2023.09.006. Epub 2023 Sep 22. PMID: 37743207.Turalde-Mapili MWR, Mapili JAL, Turalde CWR, Pagcatipunan MR. The efficacy and safety of nirsevimab for the prevention of RSV infection among infants: A systematic review and meta-analysis. *Front Pediatr.* 2023 Apr 4;11:1132740. doi: 10.3389/fped.2023.1132740. PMID: 37082704; PMCID: PMC10110918.Kieffer A, Beuvelet M, Sardesai A, Musci R, Milev S, Roiz J, Lee JKH. Expected Impact of Universal Immunization With Nirsevimab Against RSV-Related Outcomes and Costs Among All US Infants in Their First RSV Season: A Static Model. *J Infect Dis.* 2022 Aug 15;226(Suppl 2):S282-S292. doi: 10.1093/infdis/jiac216. PMID: 35968866; PMCID: PMC9377043.

P-18. OTITIS MEDIA AGUDA, MÁS ALLÁ DE LAS BACTERIAS. ESTUDIO RHEDI.

Suárez Camacho R^{*1}, Dacosta Urbietta A², Pardo Seco J², Mallah N³, Vázquez López P⁴, Luaces Cubbels C⁵, Rivero Cale I², Oltra Benamente M⁶, Rodríguez Pastor S⁷, Flores P⁸, Bandeira T⁹, Rodríguez Tenreiro Sánchez C², Bangert M¹⁰, Kramer R¹⁰, Platero Alonso L¹¹, Gomes C¹², Barbeito Castiñeiras G¹³, Gómez Carballa A², Martínón Torres F^{2, 14}

¹Departamento de pediatría, hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago, Genetics, Vaccines and Infections Research Group (GENVIP), Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ³Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago, Genetics, Vaccines and Infections Research Group (GENVIP), . ⁴Departamento de pediatría, Hospital Gregorio Marañón, Hospital Gregorio Marañón. ⁵Institut de Recerca Sant Joan de Deu, Barcelona, Institut de Recerca Sant Joan de Deu, Barcelona. ⁶Departamento de pediatría hospital La Fe, Hospital La Fe, Valencia . ⁷Departamento de pediatría, Hospital Regional de Málaga, Hospital Regional de Málaga. ⁸Departamento de pediatría, Hospital CUF Descobertas, Centro Da Criança e Do Adolescente, Lisboa, Hospital CUF Descobertas, Centro Da Criança e Do Adolescente, Lisboa. ⁹Departamento de pediatría, Centro Hospitalar Universitario Lisboa Norte , Centro Hospitalar Universitario Lisboa Norte . ¹⁰Sanofi-Pasteur Lyon, . ¹¹Sanofi-Pasteur España, . ¹²Sanofi-Pasteur Portugal, . ¹³Departamento de microbiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ¹⁴, .

OBJETIVOS

La otitis media aguda (OMA) es un motivo de consulta frecuente en pediatría, especialmente en el lactante. La etiología de la OMA se ha atribuido tradicionalmente a patógenos bacterianos como *Streptococcus pneumoniae* o *Haemophilus influenzae*, siendo en uno de los motivos de prescripción antibiótica más frecuente. Aunque el papel de los virus en la OMA ha cobrado relevancia en los últimos años, no se realizan pruebas microbiológicas en la práctica clínica habitual y los estudios sobre el tema son escasos.

MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo de cohortes en 8 unidades de Urgencias de Pediatría de España y Portugal en la temporada de enero-abril 2022 y septiembre 2022 – abril 2023. Se reclutaron pacientes con edad = 24 meses que acuden al servicio de urgencias con síntomas respiratorios. Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos y una muestra nasofaríngea para estudios microbiológicos (PCR).

RESULTADOS

Se reclutaron un total de 912 pacientes de los cuales 103 (11,29%) fueron diagnosticados de OMA. Del total, un 31,1% (n=32) asociaba una infección por rinovirus (HRV); 18,4 % (n=19) por adenovirus (AdV); 14,6% (n=15) VRS; 13,6% (n=14) enterovirus (HEV); 13,6% (n=14) parainfluenza (PIV); 12,6% (n=13) bocavirus (HBoV); 9,7% (n=10) metaneumovirus (MPV); 8,7% (n=9) coronavirus estacionales (CoV); 7,8% (n=8) gripe (Flu); y un 1,9% (n=2) SARS-CoV-2. Además del total de los pacientes el 77,7% (n=80) tuvieron colonización faríngea por *Haemophilus influenzae* y el 58,3 % (n=60) por *Streptococcus pneumoniae*. El 92,2% (n=95) de los pacientes con OMA recibió tratamiento antibiótico y dentro de este grupo, el antibiótico más frecuentemente usado fue la amoxicilina 81% (n=77).

CONCLUSIONES

El virus más frecuentemente aislado en pacientes con otitis media aguda fue el HRV, de patogenicidad dudosa, seguido por virus causantes de patología respiratoria de forma habitual como adenovirus y el VRS. El rol de los virus en la otitis media aguda y la idoneidad del tratamiento antibiótico en el menor de 2 años debe continuar estudiándose.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz Cañete M, López Martín D, Cañete CM, Martín Otitis LD. Otitis media aguda y otitis externa. Mastoiditis. *Protoc diag ter pediatr* [Internet]. 2023;2(1):97-110. Disponible en: www.aeped.es/protocolos/2. Hijano Bandera F. Otitis media aguda. *An Pediatr Monogr*. 2003;1(1):3-9.3. Del Castillo Martín F, Baquero Artigao F, De La Calle Cabrera T, López Robles M V., Ruiz Canela J, Alfayate Miguelez S, et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la otitis media aguda. *An Pediatr*. 2012;77(5).

P-19. UN DIAGNÓSTICO CONTRARRELOJ

Liñares Couselo C*¹, Martín Andrés L¹, Pazos Diz N¹, Barreiro Carballo L¹, Sarmiento Carrera N¹, Parejo Rodriguez A¹, Bello Giz J², Cabo Gómez F³, Fernández Cebrián S¹

¹Pediatría, CHUO. ²Anatomía Patológica, CHUO. ³Dermatología, CHUO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome de la piel escaldada estafilocócica es una enfermedad causada por toxinas exfoliativas de algunas cepas de *Staphylococcus Aureus*. El diagnóstico es clínico pero dependiendo de la presentación inicial puede resultar un reto diagnóstico.

CASOS CLÍNICOS

Varón de 5 años, sano, que consulta por cuadro de lesiones cutáneas de 48 horas de evolución, inicialmente eritematosas y pruriginosas con progresión rápida a lesiones ampollosas generalizadas con afectación de mucosa ocular y bucal. Valorado al inicio del cuadro con juicio clínico de escarlatina, iniciando tratamiento con penicilina oral. A la exploración física eritrodermia en tronco con lesiones ampollosas rotas en el 14% de la superficie corporal con Nikolsky positivo, fisuras labiales y eritema conjuntival. En las primeras horas de ingreso aumento marcado del número de lesiones y afectación del estado general por dolor cutáneo. Ante diagnóstico diferencial entre escaldadura estafilocócica y Síndrome de Stevens-Jhonson (ingesta previa de antibiótico) se inicia tratamiento antibiótico empírico con clindamicina y cefotaxima y ciclosporina iv. Se interconsulta con dermatología que realiza biopsia cutánea de las lesiones y posteriormente análisis inmediato por parte del patólogo mediante técnica de cortes en congelación de muestra en fresco, obteniendo, en menos de una hora, informe anatomo-patológico donde se objetiva afectación epidérmica superficial, con un plano de despegamiento supraespinoso y componente inflamatorio mínimo, hallazgos sugestivos de síndrome de la piel escaldada. Retirada de ciclosporina manteniendo antibioterapia y curas cutáneas con buena evolución hasta el alta.

DISCUSIÓN

El diagnóstico del síndrome de piel escaldada es clínico, en caso de duda con otras entidades dermatológicas, la biopsia cutánea permite diferenciarlas. La técnica de cortes en congelación de muestras en fresco ofrece un diagnóstico histopatológico rápido permitiendo un tratamiento dirigido en las primeras horas evitando así, conductas terapéuticas innecesarias.

BIBLIOGRAFÍA

Ricardo Hernández-Sarmientoa, Maria Isabel Lozano-Jaramillob, Martha I. Álvarez-Olmos. Síndrome de piel escaldada estafilocócica en lactante mayor. *Revista de pediatría*. 52(1):15-18. A.P. Nso Roca, F. Baquero-Artigao, M.J. García-Miguel, M.I. de José Gómez, F.J. Aracil Santos y F. del Castillo Martín. Síndrome de escaldadura estafilocócica. *Anales de pediatría*. 2008;68(2):124-7Morgan Brazel, Anand Desai, Abhirup Are 1 and Kiran Motaparathi. Scalded Skin Syndrome and Bullous Impetigo. *Medicina* 2021, 57, 1157.

P-20. A PROPÓSITO DE UN CASO DE IMPÉTIGO

Parga Hervés A¹, Otero González A*¹, Yáñez Mesía S¹, Presno López I¹, Pardo Vázquez J¹, *Hospital Teresa Herrera.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El impétigo es una infección de la epidermis muy contagiosa y frecuente. Puede aparecer a cualquier edad, con mayor incidencia en menores de cinco años. Es más frecuente al inicio de verano. El contagio se produce por autoinoculación o por contacto directo o a través de fómites. Produce lesiones epidérmicas no cicatriciales, bien delimitadas, generalmente en zonas expuestas, y puede adoptar las formas ampollosa (25% de los casos) o no ampollosa (75% de los casos). Las formas no ampollosas son causadas por *S. Aureus*, *S. Pyogenes* y algunas especies de *Estreptococos*. La forma ampollosa por toxinas de *S. Aureus*.

CASOS CLÍNICOS

Niña de 4 años de edad que es traída a la unidad de Urgencias por lesiones ampollas en mano derecha de 48 horas de evolución, con empeoramiento progresivo. La paciente refiere dolor intenso en mano derecha. Presenta también 3 lesiones eritematosas y costrosas en zona facial, que aparecieron los 4 días previos a acudir, siendo estas las primeras lesiones observadas en la paciente. Afebril en todo momento, sin otra clínica infecciosa. Al explorar a la paciente y observar las lesiones se sospecha de un impétigo ampolloso y se decide drenar las ampollas mandando una muestra del líquido a cultivo. Se realiza cura de las lesiones con mupirocina y se pauta tratamiento domiciliar con antibioterapia tópica cada 8 horas y Cefadroxilo a 50 mg/kg/día. Se remite a la paciente a su centro de atención primaria para realizar curas de las lesiones, así como seguimiento por su pediatra de atención primaria. Se explican a la paciente y a sus progenitores síntomas y signos de alarma por los que tendría que regresar a Urgencias. Durante siete días la paciente fue a realizar curas de las lesiones en su centro de salud con una evolución favorable. A las 48 horas se obtiene el resultado del cultivo en el que crece un *S. Aureus* sensible a Cefadroxilo.

DISCUSIÓN

El impétigo es una patología frecuente en la edad infantil y un motivo de consulta habitual en urgencias. Existe un espectro muy amplio de afectación en esta patología, en el caso que presentamos necesitó un tratamiento intensivo y un seguimiento diario por parte del pediatra de atención primaria hasta su resolución.

BIBLIOGRAFÍA

Moraga-Llop, F. A., & Martínez-Roig, A. (s/f). Enfermedades bacterianas de la piel. *Pediatriaintegral.es*. Recuperado el 30 de septiembre de 2024, de https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/06/235-243-Enf.Bact_.pdf

P-21. MYCOPLASMA PNEUMONIAE: LA BACTERIA DE LAS MIL CARAS.

Díaz Vizcaya L.¹, López Villares M.¹, Portugués De La Red M.¹, Balado Insunza N.¹, Gonzalez Freiria N.¹, Cabrera Alvargonzalez J.², Concheiro Guisán A.¹, Souto Viñas M*¹

¹*Servicio de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.* ²*Servicio de Microbiología, Hospital Álvaro Cunqueiro.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En diciembre de 2023, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades informó sobre un aumento en la incidencia de infección por *Mycoplasma pneumoniae* en diversos países europeos. Esta situación, también se ha detectado en España, acompañada de un aumento de ingresos hospitalarios y de manifestaciones sistémicas extrapulmonares asociadas a esta bacteria. El objetivo de este documento es presentar dos ejemplos de estas manifestaciones: el MIRM (*Mycoplasma Induced Rash and Mucositis*) y la hepatitis colestásica.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: Varón de 7 años que consulta inicialmente por fiebre y dificultad respiratoria, a las que se asocian a las 24 horas, vómitos, mucositis oral e hiperemia conjuntival. La radiografía de tórax muestra una consolidación basal derecha. Se pauta tratamiento ambulatorio con Amoxicilina, Miconazol y solución de aftas. Al día siguiente, acude de nuevo a urgencias por progresión de la mucositis e inicio de secreción ocular y molestias genitales y se indica su hospitalización. En la analítica sanguínea se observa leucocitosis con neutrofilia y una elevación de la Proteína C Reactiva (PCR). Además, las pruebas serológicas son positivas para *M. pneumoniae* (IgM). En días posteriores se observa una mejoría gradual de las lesiones cutáneo-mucosas y del cuadro respiratorio. Recibe analgesia, tratamiento tópico y azitromicina por vía oral. Caso 2: Varón de 14 años con antecedente de acné tratado con isotretinoína, que acude a Urgencias por cuadro febril de 72 horas, malestar general, dolor abdominal generalizado con diarrea, ictericia mucocutánea, exantema máculopapuloso diseminado, mucositis oral y balanitis. Se realiza analítica sanguínea en la que destaca hipertransaminasemia (GGT máxima: 198 UI/L) e hiperbilirrubinemia mixta. Tras su ingreso se objetiva oliguria (asociada a hipoalbuminemia) y descamación cutánea en dedos de manos y pies. Recibe fluidoterapia endovenosa, analgesia sistémica, tratamiento tópico y metilprednisolona. Ante positividad serológica para *M. pneumoniae* se añade azitromicina oral con buena evolución clínica y alta a domicilio. En el seguimiento ambulatorio se comprueba normalización de la función hepática.

DISCUSIÓN

La mayoría de las infecciones por *M. pneumoniae* son respiratorias y suelen tener un curso benigno y auto-limitado. Sin embargo, esta infección se debe tener cuenta en el diagnóstico diferencial de múltiples patologías (cutáneas, hematológicas, neurológicas, gastrointestinales) ya que sus formas extrapulmonares pueden ser muy graves, asociando una alta morbimortalidad. Reconocerlas con prontitud ayuda al tratamiento precoz basado en macrólidos y medidas adyuvantes específicas para cada manifestación.

P-22. ERROR INNATO DE LA INMUNIDAD REVELA SU ROSTRO A TRAVÉS DE INFECCIONES INVASIVAS

Gómez Vieites M^{*1}, García Iglesias F¹, García Zuazola I¹, Dacosta A¹, Rivero I¹

¹*Pediatría, Hospital de Santiago de Compostela.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las inmunodeficiencias primarias por deficiencia del complemento son un grupo heterogéneo de enfermedades raras caracterizadas por susceptibilidad a infecciones recurrentes, especialmente bacterias encapsuladas y un mayor riesgo de desarrollar enfermedades autoinmunes. El diagnóstico temprano y la intervención oportuna son cruciales para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: Paciente varón caucásico de 2 años remitido por sospecha de déficit de complemento tras presentar meningitis neumocócica y celulitis orbitaria. Como antecedente destacar el antecedente de enfermedades autoinmunes en familiares de segundo grado. Caso 2: Paciente varón asiático de 1 año con antecedentes de meningitis bacteriana a los 6 meses y cuadro febril de un mes de duración a los 10 meses. Ninguno presenta antecedentes perinatales de interés, vacunación sistemática según calendario. En la exploración física no se encuentran hallazgos relevantes. Ante la sospecha de déficit de complemento se solicita estudio de inmunidad. Los resultados analíticos del primer paciente objetivaron un CH50 no detectable, un estudio normal de la cadena terminal del complemento y un C2 indetectable, déficit del complemento más frecuente en raza caucásica. En el segundo paciente se objetivó un déficit de fracción C9 del complemento, déficit más frecuente en raza asiática, confirmándose una mutación en heterocigosis en el gen C9. Tras el diagnóstico de deficiencia del factor C2 y C9 se inicia profilaxis antibiótica con amoxicilina y penicilina respectivamente y se indica vacunación antineumocócica 20-valente, MenACWY, MenB y antigripal.

DISCUSIÓN

En los pacientes con deficiencia del complemento es crucial la implementación de medidas preventivas como la profilaxis antibiótica y la adecuación del calendario vacunal. El pediatra de Atención Primaria debe jugar un papel fundamental tanto en la detección de signos de alarma como en el seguimiento posterior de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez SM, Mendoza Palomar NA, Olbrich P. Abordaje práctico de las infecciones más frecuentes en pacientes con inmunodeficiencias primarias y secundarias [Internet]. Aeped.es. [citado el 1 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/24_abordaje_practico_infecciones.pdf. Cos Padrón Y, Marsán Suárez V, Villaescusa Blanco R, Macías Abraham C. Deficiencias de los componentes de las vías de activación clásica y alternativa del sistema del complemento. Rev Cuba Hematol Immunol Hemoter [Internet]. 2006 [citado el 1 de octubre de 2024];22(1):0-0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-028920060001000063. Reula Ma. E, de Arriba Méndez S. Diagnóstico y manejo de las inmunodeficiencias primarias en niños [Internet]. Aeped.es. [citado el 1 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/28_inmunodeficiencias_primarias.pdf. Inmunodeficiencias 1. I- Vacunación en grupos de riesgo [Internet]. Gob.es. [citado el 1 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/docs/Inmunodeficiencias.pdf#page11>

P-23. ABSCESO HEPÁTICO POR ENTAMOEBIA HISTOLYTICA EN PEDIATRÍA. DIAGNÓSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO.

García Cuadrado A^{*1}, Santana Monzón S¹, Almuiña Simón C¹, Galán Vallina SC¹, Rodríguez Díaz L¹, Vázquez López E¹

¹*Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA).*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La amebiasis por *Entamoeba Histolytica* es una parasitosis de transmisión fecal-oral, que se inicia tras la ingestión de quistes procedentes de alimentos y/o aguas contaminadas, así como por déficit de higiene. Se observa con frecuencia en personas procedentes de zonas endémicas, aunque la mayoría de infectados son portadores asintomáticos. La prueba diagnóstica de elección es la biología molecular en heces, o bien la visualización de quistes o trofozoítos en materia fecal. En caso de afectación extraintestinal, como es el caso del absceso hepático, el estudio de heces puede dar falsos negativos, por lo que el diagnóstico deberá ser mediante prueba de imagen, apoyado por la serología periférica. Su tratamiento se basa en la eliminación inicial de los trofozoítos con Metronidazol, seguida de los quistes con el amebicida intraluminal.

CASOS CLÍNICOS

Niño de 5 años procedente de Colombia, residente en España desde hacía 6 meses que acude a urgencias por dolor abdominal de 3 días de evolución irradiado a hipocondrio derecho y epigastrio, asociando febrícula y deposiciones diarreicas. En la exploración física destacaba una hepatomegalia marcada, resto sin interés. Se observó elevación de reactantes de fase aguda y hallazgos sugestivos de absceso hepático en ecografía abdominal. Ingresa en planta recibiendo tratamiento empírico con Piperacilina- Tazobactam y Metronidazol. Se obtiene posteriormente serología periférica positiva para *Entamoeba Histolytica*, así como hallazgo en biología molecular de heces, retirándose antibioterapia, la cual había sido desescalada a Ceftriaxona, al séptimo día, y completando tratamiento con Metronidazol durante 10 días, con cese de clínica. Posteriormente fue alta a domicilio con seguimiento en consultas de Infectología pediátrica, finalizando tratamiento con paromomicina oral durante 7 días. Al mes del alta, se encuentra asintomático, con importante disminución de tamaño de lesión en ecografía, así como resultado de estudio de control de parásitos en heces negativo.

DISCUSIÓN

A pesar de la baja incidencia de esta entidad en nuestra población, sus complicaciones la convierten en una patología importante a descartar en pacientes con clínica y epidemiología compatible, a fin de poder realizar un diagnóstico precoz, que no retrase la instauración del tratamiento antiparasitario. En zonas endémicas es prioritario su control en suministros de agua potable, así como la eliminación apropiada aguas fecales, potenciando la higiene personal y la educación sanitaria, lo que contribuirá a disminuir la transmisión y desarrollo de la infección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barros García P, Martínez Escribano B, Romero González J. Parasitosis intestinales. *Protoc diagn ter pediatr.* 2023;1:123-137. 2. Aparicio Rodrigo M, Díaz Cirujano AI. Parasitosis intestinal (v.1/2021). *Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 3-mayo-2021].* 3. Hernanz Lobo A, Ramírez Cuentas JH, Gerig Rodríguez NE. Parasitosis intestinales y extraintestinales en Pediatría. *Protoc diagn ter pediatr.* 2023;2:197-218.

P-24. CEFALOCELE ATRÉSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Palma Huelva B*¹, Bouza Romero A², Sardina Ríos A³, Dorribo Dorribo E³, Monner Romero R³, Otero Duran L³, Conde Lorenzo N⁴, Pérez López C⁵, Fernández Cebrián S⁶

¹*Pediatría y Áreas Específicas, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.* ²*Pediatría y Áreas Específicas, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.* ³*Neonatología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.* ⁴*Neurología Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.* ⁵*Radiología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.* ⁶*Gastroenterología Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cefalocele se define como la herniación de estructuras intracraneales a través de un defecto óseo craneal. El cefalocele atrésico es una forma involucionada de cefalocele verdadero que contiene células neuronales, gliales y meninges cubiertas por piel, en la que el contenido de la lesión se conecta al tejido cerebral a través de un tallo fibroso. Comprende aproximadamente el 1% de todas las malformaciones congénitas cerebroespinales y el 10% de los cefaloceles. Es habitual que el diagnóstico se realice en el periodo prenatal o postnatal inmediato y suelen estar asociados a diferentes malformaciones del sistema nervioso central y anomalías venosas intracraneales.

CASOS CLÍNICOS

Neonato nacido a término en la semana 40, de sexo masculino. Parto eutócico sin incidencias. Segunda gestación normocontrolada de mujer de 40 años. No riesgo infeccioso. Cribado prenatal de riesgo intermedio, por lo que se realiza DNA fetal que resulta de bajo riesgo. No se encontraron alteraciones en las ecografías antenatales. A la exploración física en la Planta de Maternidad presenta un bultoma fluctuante parietal derecho, de consistencia blanda, no adherido a planos profundos, umbilicado en superficie, sin cambios cutáneos asociados. Exploración neurológica sin alteraciones, no presenta rasgos dismórficos ni signos sugestivos de disrafismo espinal. Dados los hallazgos de la exploración física, se solicita una ecografía de partes blandas en la que se observa una masa en el espesor del tejido celular subcutáneo que comunica a través de un vaso con el seno venoso longitudinal superior. Se decide ingreso en la unidad neonatal para el estudio de dicha lesión. Se realiza una resonancia magnética, en la que se visualiza un cefalocele parietal posterior atrésico de 18 x 18 mm con persistencia del seno falciano embrionario, en ausencia de la vena de Galeno y seno recto. Se amplía el estudio con una ecografía de canal vertebral, abdominal y exploración oftalmológica, sin alteraciones. Dado que el paciente se encontraba asintomático, se decide alta a domicilio con seguimiento ambulatorio por parte de los Servicios de Neurocirugía y Neuropediatría. A los 2 meses se realiza TC craneal en el que se evidencia defecto óseo en la línea media interparietal posterior, de aproximadamente 20 x 14mm.

DISCUSIÓN

El cefalocele atrésico es una entidad que se presenta más frecuentemente en las regiones occipital y parietal. Las anomalías concomitantes del sistema nervioso central son más frecuentes en pacientes con cefaloceles atrésicos parietales. En función de su tamaño y localización tendrán un abordaje quirúrgico o conservador. En pacientes asintomáticos podría ser suficiente con realizar un seguimiento de la lesión y del desarrollo neurológico.

BIBLIOGRAFÍA

-Yokota, A., Kajiwara, H., Kohchi, M., Fuwa, I., & Wada, H. (1988). Parietal cephalocele: clinical importance of its atretic form and associated malformations. *Journal of Neurosurgery*, 69(4), 545–551.- Hsu, S.-W., & Chaloupka, J. C. (2012). Atretic parietal cephalocele associated with sinus pericranii: Embryological consideration. *Brain & Development*, 34(4), 325–328.

P-25. QUISTE DE DUPLICACIÓN INTESTINAL EN UN NEONATO Y SU DIFICULTAD DIAGNÓSTICA.

Rivas Vázquez M^{*1}, Manso Gómez M¹, Suárez Sanmartín A¹, Mesías De Concepción L¹, Torrado Chouciño A¹, Luaces González J¹

¹*Pediatría, CHUF.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El quiste de duplicación intestinal es una malformación típicamente benigna, de aparición en etapas tempranas del desarrollo embrionario, generalmente asociadas a las porciones proximales de intestino delgado, aunque pueden aparecer otras localizaciones. Se dividen en dos tipos, aquellos independientes de la luz intestinal, generalmente de forma redondeada, y aquellos que permanecen en contacto con la luz, más tubulares. Se pueden asociar hasta en un tercio de los casos a otras malformaciones a nivel intestinal o espinal, y la diversidad en su presentación clínica y de imagen puede complicar el diagnóstico.

CASOS CLÍNICOS

En el caso que presentamos se produjo un diagnóstico prenatal de quiste abdominal, con sospecha inicial de quiste ovárico doble, al encontrarse dos lesiones hipoeoicas en región abdominal/pélvica. En controles ecográficos sucesivos se objetiva la desaparición de la menor de las lesiones, así como aparición de un nivel en el interior de la otra lesión, con sospecha de sangrado intraquístico. Nacimiento a término, sin incidencias, asintomática y con APGAR 9/10. Se realiza ecografía abdominal al nacimiento, donde se objetivan características típicas del quiste de duplicación intestinal, no visibles en controles prenatales por limitaciones técnicas. Se objetiva una formación quística, bien delimitada, de 34 x 21 mm, presentando una pared gruesa, con una línea interna ecogénica, y línea externa hipoeoica, que recuerda a una pared intestinal, siendo altamente sugestiva de quiste de duplicación intestinal, diagnóstico apoyado por el nivel intraquístico ya descrito previamente, en probable relación con mucina o restos de mucosa intestinal.

DISCUSIÓN

Se deriva a cirugía pediátrica de centro de referencia, donde mantienen por el momento actitud expectante. No ha presentado complicaciones hasta la fecha. Tampoco se han descrito malformaciones asociadas en las pruebas complementarias realizadas. Concluimos resaltando la importancia de valorar esta entidad en el diagnóstico diferencial de estructuras quísticas abdominales en el paciente pediátrico, por su variabilidad en su presentación, pudiendo confundirse con masas sólidas en caso de contener elementos formes en su interior, y de la posibilidad de presentar malformaciones asociadas, y más raramente complicaciones como malignización u obstrucciones.

BIBLIOGRAFÍA

Marrone L, Liberati M, Khalil A, Rizzo G, Leombroni M, Buca D, Bascietto F, Gustapane S, Flacco ME, Manzoli L, Acharya G, D'Antonio F. Outcome of fetal gastro-intestinal cysts: a systematic review and meta-analysis. *Prenat Diagn.* 2016 Oct;36(10):966-972. doi: 10.1002/pd.4921. Epub 2016 Sep 29. PMID: 27595985. Richards DS, Langham MR, Anderson CD. The prenatal sonographic appearance of enteric duplication cysts. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1996 Jan;7(1):17-20. doi: 10.1046/j.1469-0705.1996.07010017.x. PMID: 8932626. Kangaroo H, Sample WF, Hansen G, Robinson JS, Sarti D. Ultrasonic evaluation of abdominal gastrointestinal tract duplication in children. *Radiology.* 1979 Apr;131(1):191-4. doi: 10.1148/131.1.191. PMID: 424583.

P-26. LESIÓN CONGÉNITA EN LA BASE DE LA LENGUA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ortega Torres P*¹, Blanco Portals M¹, Méndez Gallart R¹, García Palacios M¹

¹*Cirugía Pediátrica, Hospital clínico Universitario de Santiago de Compostela.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los hamartomas leiomiomatosos linguales son lesiones infrecuentes generalmente asintomáticas y suelen presentarse clínicamente como una pequeña lesión de menos de 1,5 cm de diámetro mayor, de color rosado, pedunculado y en la línea media de la lengua. El diagnóstico diferencial se debe realizar con las masas congénitas en la línea media de la lengua y debe realizarse confirmación histológica. Se presenta el caso clínico de un hamartoma leiomiomatoso lingual infantil.

CASOS CLÍNICOS

Niño de un año de edad que consulta a los 2 meses de vida por una lesión en la base de la lengua, objetivada al mes de vida. A la exploración física se evidencia una masa pediculada de superficie lisa, rosada y consistencia firme al tacto de unos 1.5cm. Se lleva a cabo una gammagrafía sin la posibilidad de discernir tiroides lingual debido a la distribución fisiológica del radiofármaco en dicha localización. Tras el aumento progresivo de la lesión se realiza exéresis bajo anestesia general. La anatomía patológica describe una lesión de 1,8 x 1 cms correspondiente con hamartoma leiomiomatoso. No ha presentado complicaciones ni recurrencia de la lesión hasta el momento.

DISCUSIÓN

Los hamartomas se definen por el predominio del músculo liso en el examen histológico y un crecimiento excesivo de los tejidos normales endógenos al sitio de desarrollo. La propensión de estas lesiones a ocurrir en la línea media puede deberse a su ubicación como región de fusión durante el desarrollo embriológico. Suelen ser asintomáticos aunque pueden provocar trastornos en la alimentación y estar asociados a otras anomalías genéticas, como el síndrome orofaciodigital. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica ya que la morbilidad es baja y el procedimiento suele ser curativo. Es importante realizar un diagnóstico diferencial de las masas congénitas en la línea media de la lengua, incluyendo los quistes del conducto tirogloso, tiroides lingual, lesiones vasculares o neoplasias.

BIBLIOGRAFÍA

Gao TZ, Schafer A, Althubaiti A, Fung B, Elmaraghy C. A Case of an Infantile Lingual Leiomyomatous Hamartoma. *Case Rep Otolaryngol.* 2022 Oct 11;2022:5377771. Nakanishi K, Nomura J, Matsumura Y, Yanase S, Kato H, Tagawa T. Leiomyomatous hamartoma of the tongue in an infant: a case report. *J Dent Child (Chic).* 2012 May-Aug;79(2):111-4. de la Rosa-García E, Mosqueda-Taylor A. Leiomyomatous hamartoma of the anterior tongue: report of a case and review of the literature. *Int J Paediatr Dent.* 1999 Jun;9(2):129-32. Hahn CH, Munch-Petersen HR. Leiomyomatøst hamartom ved tungebasis [Leiomyomatous hamartoma at base of tongue]. *Ugeskr Laeger.* 2010 Mar 1;172(9):710-1. Danish.

P-27. DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE UNA HERNIA DE MORGAGNI CONGÉNITA

Suárez Sanmartín A*¹, Rivas Vázquez M¹, Manso Gómez M¹, Mesías De Concepción L¹, García Fernández E¹, Luaces González J¹, Gómez Tellado M²

¹Pediatría, Hospital Universitario de Ferrol. ²Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario de A Coruña.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hernia de Morgagni es una hernia paraesternal diafragmática, anterior o retroesternal, de patogenia desconocida. Puede manifestarse en el recién nacido como dificultad respiratoria aguda por hipoplasia pulmonar, o pasar desapercibida y ser un hallazgo incidental en una radiografía de tórax, como en nuestro caso. Fuera del periodo neonatal, la sintomatología suele ser de tipo gastrointestinal. Su diagnóstico suele hacerse mediante radiografía y a veces puede ser necesaria la realización de estudios con contraste o con tomografía computarizada (TC). Su tratamiento es quirúrgico por el riesgo de estrangulación que conlleva.

CASOS CLÍNICOS

Nuestro caso es una lactante mujer de 4 meses que es traída al servicio de Urgencias por fiebre, cuadro catarral, dificultad respiratoria y rechazo de la ingesta de 48 horas de evolución. Precisó ingreso hospitalario para soporte respiratorio en contexto de bronquiolitis aguda. En las pruebas complementarias realizadas, solo destaca una PCR de 26.62 mg/L y se detectó un virus Influenza A en aspirado nasofaríngeo. Como antecedentes personales, fue una gestación a término, con sospecha de crecimiento intrauterino retardado (CIR) en la última semana, sin otros hallazgos ecográficos significativos, finalizada mediante parto eutócico con APGAR 9/10. No hubo incidencias durante el periodo neonatal y no existen antecedentes familiares de interés. Durante el ingreso, se instaura oxigenoterapia de alto flujo con escasa respuesta, por lo que se añaden nebulizaciones de adrenalina con mejoría de la sintomatología respiratoria. Además, en contexto de persistencia de tiraje intercostal e hipoventilación en hemitórax izquierdo, se realiza una radiografía de tórax. En dicha prueba, se visualizan asas intestinales a nivel supradiafragmático retrocardíaco, hallazgos compatibles con una hernia de Morgagni bilateral. Con este diagnóstico, se coloca una sonda nasogástrica y se decide agilizar la retirada del soporte respiratorio. Una vez resuelta la infección respiratoria aguda, la paciente permanece asintomática y se evidencian ruidos hidroaéreos a nivel retroesternal. Ante buena evolución y ausencia de datos de alarma, se acuerda alta a domicilio. Posteriormente, se realiza la reparación quirúrgica de la hernia por vía laparoscópica, sin presentar incidencias.

DISCUSIÓN

La hernia diafragmática congénita es una entidad de diagnóstico perinatal en la mayoría de los casos. La variante de Morgagni es poco frecuente y la forma leve suele pasar desapercibida por su poca expresión clínica en la edad neonatal, siendo un diagnóstico tardío e incidental en muchas ocasiones. En general, la tendencia es la de retrasar la intervención quirúrgica, hasta la estabilización del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Fernández, J. M., Gordillo, L. A., Azcona, M. C., Gil, M. M., & Martín, A. A. (2005). Hernia diafragmática de Morgagni de presentación tardía. *Anales de Pediatría*, 62(1), 81-83. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000200098](https://doi.org/10.1157/13070190Rolando, M. H., Ramon, M. T. S., Paul, M. A., Rolando, M. H., Ramon, M. T. S., & Paul, M. A. (s. f.). Revisión de la literatura de la hernia de Morgagni y presentación de un caso. <a href=)

P-28. HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Suso Sánchez P¹, Millán Omil T*¹, Altamirano S², García Saavedra S², López¹, Pardo Vázquez J¹

¹*Pediatría, Hospital materno-infantil A Coruña.* ²*Cirugía Pediátrica, Hospital materno-infantil A Coruña.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hernia diafragmática traumática (HDT) es una entidad excepcional en la edad pediátrica. Puede ser secundaria a un traumatismo penetrante (infrecuente en nuestro entorno) o cerrado. En estos últimos el traumatismo debe ser de gran intensidad, generando una presión intraabdominal extrema que rompa el diafragma, además de lesiones en otras vísceras e inestabilidad hemodinámica. Es indicador de gravedad en un paciente politraumatizado y puede suponer una amenaza inmediata de muerte. Su diagnóstico puede suponer un reto en la atención inicial de paciente politraumatizado.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos el caso clínico de un varón de 7 años, sin antecedentes de interés relacionado, politraumatizado tras un atropello accidental a velocidad moderada. En la primera atención del 061, destaca lesión en región fronto-temporal y Glasgow calculado de 11 puntos. A su llegada a la Unidad de Urgencias pediátricas se realiza abordaje ABCDE, destacando, en la auscultación hipofonosis bilateral con excursión torácica simétrica, con constantes en rango de la normalidad recibiendo soporte respiratorio con mascarilla- reservorio. Tras estabilización inicial, se solicita Rx tórax y posteriormente se realiza TC torácico, que objetiva rotura diafragmática anterior izquierda con herniación torácica de la cámara gástrica y compresión de pulmón ipsilateral. Se somete a intervención quirúrgica urgente consistente en cierre laparoscópico de defecto diafragmático. Además, en TC SNC se evidencia hematoma epicraneal frontoparietal y orbitario, fractura en seno maxilar, techo de la órbita y seno frontal, con neumoencéfalo. RM de SNC posterior confirma lesión axonal difusa. Recibe inicialmente soporte en UCIP, pudiendo ser trasladado en los primeros días a planta de hospitalización y posteriormente dado de alta ante buena evolución clínica. Actualmente permanece asintomático desde el punto de vista respiratorio.

DISCUSIÓN

La hernia diafragmática traumática es una entidad rara, pero que debemos tener presente como posible lesión amenazante para la vida en la atención inicial del paciente politraumatizado. Suele convivir con múltiples lesiones orgánicas de diversa índole, por lo que puede ser difícil de sospechar inicialmente. Se debe tener en cuenta ante alteraciones en la auscultación y ventilación del paciente. Pruebas de imagen torácico como Rx o TC torácico pueden proporcionar el diagnóstico. Tras la estabilización inicial, debe someterse a reparación quirúrgica urgente para cierre del defecto.

BIBLIOGRAFÍA

-Carrillo Esper R, López Caballero C. Hernia diafragmática secundaria a trauma abdominal cerrado. Revista de la Facultad de Medicina (México) 2011 12;/54(6):18–22.-M Eisenberg. Thoracic trauma in children: Initial stabilization and evaluation. RG Bachur. Uptodate. Last review sept 2024.

P-29. A PROPÓSITO DE UN CASO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A UNA APENDICITIS SUBCLÍNICA

Porto López M*¹, Parga Hervés A¹, Otero González A¹, Mato Amado P¹, Altamirano S², Lema Carril A², Pardo Vázquez J¹

¹Pediatría, CHUAC. ²Cirugía Pediátrica, CHUAC.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Una obstrucción intestinal es un síndrome causado por la detención, más o menos completa, más o menos persistente, de heces y gases en cualquier tramo intestinal, ocasionada por causas orgánicas o funcionales. Entre las causas más frecuentes se encuentran las hernias o las bridas aunque no hay que olvidar otras causas como el íleo adinámico.

CASOS CLÍNICOS

Niña de 10 años que es traída por dolor abdominal cólico que sus padres relacionan con la ingesta de agua no potable una semana antes, que le causó vómitos, diarrea y dolor abdominal de manera autolimitada. Es orientado inicialmente como gastroenteritis aguda. Posteriormente, acude a nuestro Servicio de Urgencias en varias ocasiones en el plazo de dos semanas presentando la misma clínica de dolor abdominal cólico. Inicialmente con buen control del dolor con analgesia convencional presentando posteriormente empeoramiento progresivo del mismo y vómitos. El día de su ingreso, acude a nuestra Unidad de Urgencias por empeoramiento de dolor abdominal, vómitos biliosos, diarrea y pérdida de 2,5 kg en los últimos 2 días. La paciente presenta regular estado general con palidez cutánea, abdomen distendido y molestias a la palpación abdominal de manera generalizada. Se pide analítica que muestra un aumento de la PCR frente previas (+1.2 mg/dL respecto a primera), ecografía abdominal y radiografía abdominal que muestran hallazgos sugestivos de obstrucción intestinal. Dada la clínica se decide ingreso con sonda nasogástrica y dieta absoluta. Al día siguiente se amplían estudios con TAC abdominal con contraste intravenoso, donde se observa oclusión intestinal con torsión de vasos mesentéricos en región ileocecal, craneal a fosa ilíaca derecha. Finalmente se realiza intervención quirúrgica donde se observa ausencia de apéndice cecal a nivel del ciego, estando en su lugar cicatriz de posible amputación tras apendicitis no diagnosticada. Se procede a liberación de las bridas, resección de porción de íleon proximal y anastomosis de íleon término-terminal, con buena evolución y posterior resolución del cuadro.

DISCUSIÓN

Es importante tener en consideración la obstrucción intestinal entre los diagnósticos diferenciales de dolor abdominal en Urgencias. Aunque la etiología más frecuente sean las hernias, la apendicitis puede ser causa de obstrucción intestinal

BIBLIOGRAFÍA

Gil Romea, I., Moreno Mirallas, M. J., Deus Fombellida, J., Mozota Duarte, J., Garrido Calvo, A., & Rivas Jiménez, M. (2001). Obstrucción intestinal. *Medicina Integral*, 38(2), 52–56. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-obstruccion-intestinal-13015326>

P-30. ATRAPAMIENTO DEL NERVIIO CUTÁNEO ABDOMINAL COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL NO QUIRÚRGICO

Dacosta Docampo I^{*1}, Crego Rodríguez L², Ortega Torres P¹, Méndez Gallart R¹, Rodríguez Barca P¹, Miguez Fortes L¹, Ramallo Varela S¹, García Palacios M¹

¹*Cirugía Pediátrica, Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela.* ²*Pediatría, Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo abdominal (ACNES, Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome) es una causa infradiagnosticada de dolor abdominal en niños y adolescentes. Se presenta cuando el nervio cutáneo anterior, una rama de los nervios intercostales (T7-T12), queda atrapado al atravesar la fascia del músculo recto abdominal, provocando un dolor localizado. Este dolor se suele confundir con patologías abdominales viscerales, lo que conlleva estudios y tratamientos invasivos. Su reconocimiento en la población pediátrica es fundamental para evitar procedimientos quirúrgicos innecesarios.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: Niña de 12 años que acude a urgencias por dolor localizado en hemiabdomen derecho de una semana de evolución. Los episodios de dolor son punzantes, no relacionados con la ingesta, aumentaban con la actividad física y con mala respuesta a analgesia. En la exploración, el dolor se acentuaba con la palpación superficial de FID, signo de Carnett positivo, sin defensa abdominal. La analítica sanguínea sin alteraciones y la ecografía abdominal mostraba un apéndice cecal de diámetro normal. Con la sospecha de ACNES, se realizó un bloqueo nervioso local con L-bupivacaína y triamcinolona en los puntos dolorosos, con resolución completa del dolor. La paciente se mantuvo asintomática aproximadamente 1 mes. Caso 2: Niña de 12 años que acude repetidamente a urgencias por dolor abdominal localizado en FID, ingresada en tres ocasiones para analgesia intravenosa. En la exploración, el dolor aparecía a la palpación superficial de FID, sin defensa y con signo de Carnett positivo. Las pruebas analíticas, de imagen (ecografía, radiografía y TAC) fueron normales. Ante la persistencia del dolor, se realizaron interconsultas a Cirugía Pediátrica y Ginecología, sin hallar causas orgánicas. Tras la sospecha diagnóstica de ACNES se realiza un bloqueo nervioso local en los puntos dolorosos, logrando mejoría significativa y resolución del cuadro clínico durante 2 meses.

DISCUSIÓN

El atrapamiento del nervio cutáneo abdominal (ACNES) debe considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en niños, especialmente cuando el dolor es localizado y exacerbado por la contracción de los músculos abdominales. El tratamiento con bloqueos anestésicos locales como la L-bupivacaína en los puntos dolorosos, es altamente efectivo. En ambos casos clínicos se obtuvo periodos de disminución de dolor de hasta 2 meses, requiriendo bloqueos posteriores. El reconocimiento precoz de esta entidad puede evitar estudios diagnósticos invasivos y tratamientos quirúrgicos innecesarios, mejorando significativamente la calidad de vida de los pacientes pediátricos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boelens OB, Scheltinga MR, Houterman S, Roumen RM. Management of anterior cutaneous nerve entrapment syndrome in a cohort of 139 patients. *Ann Surg.* 2011;254(6):1054-1058.2. Scheltinga MR, Boelens OB, Tjon A, Ten WE, Roumen RM. Surgery for refractory anterior cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES) in children. *J Pediatr Surg.* 2011;46(4):699-703.3. Skinner AV, Lauder GR. Rectus sheath block: successful use in the chronic pain management of pediatric abdominal wall pain. *Pediatr Anesth.* 2007;17(12):1203-1211.

P-31. HAY BLUMBERG MÁS ALLÁ DE LA APENDICITIS

Goris Abelenda M^{*1}, García González M², Couceiro Gianzo J¹, Tojo Rey T¹, Piñeiro Feal L¹, Ortega Torres P³, García Palacios M³

¹Pediatría, CHUP. ²Pediatría, Centro de salud de Marín. ³Cirugía Pediátrica, CHUS.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El uraco es un remanente embriológico de la alantoides que puede dar lugar a diferentes anomalías, entre las que destaca el quiste de uraco. Este se caracteriza por la persistencia de una cavidad quística habiéndose obliterado los extremos uracales vesical y umbilical. Los quistes uracales permanecen habitualmente asintomáticos salvo cuando se complican, siendo la complicación más frecuente la infección.

CASOS CLÍNICOS

Paciente de 4 años de edad, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que acude al servicio de Urgencias por presentar en las últimas 24 horas dolor abdominal suprapúbico, vómitos, disminución de la ingesta y disuria. Afebril en domicilio, se termometra primer pico febril en servicio de urgencias. A la exploración física presenta regular estado general, posición antiálgica con tronco flexionado. Abdomen blando y depresible, dolor intenso a palpación en fosa ilíaca derecha, con Blumberg positivo. No alteraciones externas a nivel umbilical. En analítica sanguínea destaca leucocitosis con neutrofilia y PCR elevada (8,3 mg/dl). Analítica de orina sin alteraciones. Ante sospecha de abdomen agudo se solicita ecografía abdominal que muestra una estructura pseudotubular hipoecoica de 5 x 7 x 13 mm, con mínima vascularización asociada en el estudio doppler, compatible con un quiste del uraco infectado. Se contacta con cirugía pediátrica decidiéndose ingreso. Se opta por vigilancia estrecha y tratamiento conservador. El paciente es dado de alta tras 10 días de tratamiento con antibioterapia intravenosa (amoxicilina/clavulánico 3 días + piperacilina/tazobactam 7 días), con seguimiento posterior en consultas externas de cirugía. Pendiente de los resultados de la CUMS que confirmará o descartará nuestra sospecha diagnóstica.

DISCUSIÓN

Un signo de Blumberg positivo no es sinónimo de apendicitis. El diagnóstico de un quiste infectado requiere de una alta sospecha clínica pues puede simular otras causas de abdomen agudo. Entre las pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico de esta entidad, destaca la ecografía. El tratamiento del quiste de uraco dependerá de si presenta complicaciones asociadas o no. En el caso de que esté infectado se aconseja tratamiento antibiótico. Existe la posibilidad de degeneración tardía a adenocarcinoma, sarcoma o carcinoma de células transicionales (1/5 000 000 casos) por lo que puede plantearse la opción de tratamiento quirúrgico en los quistes no infectados.

BIBLIOGRAFÍA

<https://piper.espacio->

seram.com/index.php/seram/article/view/7407https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322014000500010https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082006000100004https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062005000300017<https://www.sapd.es/rapd/2022/45/5/05><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10065034/><https://www.aeu.es/reuniones/lelr2024/resumenGR.aspx?Sesion=6&Numero=V-97>

P-32. ANOMALÍAS VASCULARES: TODO QUEDA EN FAMILIA

Loureiro Faro M*¹, Ares Álvarez J², Piñeiro Feal L¹, Couceiro Gianzo J¹

¹Pediatría , Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra . ²Pediatría , Centro Salud Virxe Peregrina.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las anomalías vasculares como el pinzamiento aortomesentérico (síndrome de Wilkie), el síndrome de cascanueces o la compresión ureteral por vaso polar son condiciones poco frecuentes que pueden dar lugar a dolor abdominal paroxístico o hematuria recidivante e inexplicable de años de evolución. Dada la inespecificidad de los síntomas es frecuente que pasen desapercibidos durante años, pudiendo conllevar problemas más graves como malnutrición o daño renal irreversible. Presentamos el caso de dos hermanos con dolor abdominal recurrente asociados a este tipo de condición.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1 Mujer de 15 años con episodios de dolor epigástrico y distensión abdominal recurrente desde la primera infancia. Asocia vómitos, con alimentos sin digerir de días previos, que alivian el dolor. No presenta otra clínica relevante y permanece asintomática entre los episodios. Los espasmolíticos e inhibidores de bomba de protones (IBP) no inducen mejoría. Estudios analíticos y ecográficos repetidos normales, siendo diagnosticada de dolor abdominal funcional. Realizan ecografía extramuros donde se sospecha síndrome de Wilkie por ángulo aortomesentérico agudo y estrechamiento de 3º porción de duodeno a su paso, allí completan con endoscopia donde se objetiva anillo fibroso en 2ª porción duodenal. Dada la edad se decide interconsulta con cirugía general quienes deciden realización de TAC abdominal donde se identifica estenosis focal a nivel de la pinza aortomesentérica, con un ángulo aortomesentérico de 13º y distancia aortomesentérica de 5.5mm compatibles con síndrome de Wilkie. Además, incidentalmente se visualiza compresión de vena renal izquierda compatible con síndrome de cascanueces. Caso 2 Niño de 11 años con dolor paroxístico ocasional en flanco derecho de 5 años de evolución a punta de dedo sin otra clínica asociada. Entre las pruebas complementarias solicitadas en atención primaria destaca discreta elevación de creatinina, sin estar en rango de insuficiencia renal y ecografía con moderada dilatación del sistema pielocalicial. Se deriva a nefrología quien realiza renograma diurético con patrón obstructivo y uroRMN que confirma el diagnóstico de estenosis pieloureteral por compresión extrínseca debido a vaso polar, por lo que es derivado a cirugía pediátrica. Ambos hermanos están pendientes de corrección quirúrgica en el momento actual.

DISCUSIÓN

-Ante cuadros de dolor abdominal recurrente con algún dato de organicidad (nocturno, localizado, vómitos alimenticios, no respuesta a analgesia habitual...) se debe ampliar el diagnóstico diferencial.- Se deben valorar cuidadosamente la clínica asociada y los antecedentes familiares y personales para evitar retrasos diagnósticos.-A pesar de ser condiciones relativamente poco frecuentes pueden asociarse tanto intrapersonal como intrafamiliarmente.

P-33. DISPLASIA DE SCHIMKE: TIRANDO DEL HILO EN EL ESTUDIO DE PROTEINURIA EN RANGO NEFRÓTICO.

Rodríguez Vidal M^{*1}, Lores González O¹, De La Red Portugués M², Pardal Souto M², García Martínez E², Concheiro Guisán A²

¹*Pediatría, CHUVI.* ²*Pediatría, CHUVI.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La displasia inmuno-ósea de Schimke es una osteocondrodisplasia con afectación multisistémica que incluye dismorfismo facial y esquelético, baja estatura, lesiones cutáneas, inmunodeficiencia de células T y enfermedad renal progresiva. La mayoría presentan como primera manifestación renal proteinuria que evoluciona en años posteriores a síndrome nefrótico corticorresistente y puede avanzar a fallo renal. El sustrato patológico es habitualmente una glomerulonefritis focal y segmentaria. La gravedad y la progresión de los síntomas es muy variable. No existe tratamiento específico, sino sintomático, estando en investigación la terapia génica.

CASOS CLÍNICOS

Niña de 7 años y 5 meses derivada por su pediatra de AP por proteinuria (3 g/L) en analítica solicitada por fallo de medro. Además, presentaba cifras de TA por encima del percentil 95 para su talla. Como antecedente personal destaca prematuridad de 32 semanas. No refieren antecedentes familiares de patología renal. En la exploración física presenta: •Somatometría: Peso 13.5 kg (p<1, -2.62 DE). Talla: 94.5 cm (p<1, -6.21 DE). •Rasgos faciales peculiares como: facies triangular con nariz ancha, orejas de baja implantación, microdoncia con separación de incisivos laterales y caninos superiores. •Datos sugestivos de displasia ósea: tórax corto y ancho, cuello corto. •Lesiones cutáneas en la forma de manchas hipercrómicas (cuello, axilas, región suprapúbica e inguinal) y presencia de pelo fino. Durante el ingreso se completa el estudio de talla baja disarmónica y proteinuria. Se realiza serie ósea que muestra hallazgos compatibles con una displasia espondiloepifisaria con presencia de cuerpos vertebrales aplanados, displasia de ambas caderas y cifosis dorsal. Por otro lado, se constata proteinuria de tipo glomerular en rango nefrótico (índice proteínas/creatinina hasta 12mg/mg con albuminuria muy elevada 7424 mg/g Cr) sin asociar en este momento síndrome nefrótico (albúmina mínima 3.2mg/dl, no edemas). Se decide iniciar tratamiento antiproteinúrico con Enalapril por persistencia de proteinuria en rango nefrótico y dado el riesgo elevado de presentar eventos isquémicos/hemorrágicos cerebrales se inicia AAS 50mg/24h. Los hallazgos son sugestivos de displasia inmunoósea de Schimke. Se detecta una mutación en homocigosis (herencia autosómica recesiva) en el gen SMARCAL1 (variante patogénica: c.1933C>T,p.Arg645Cys).

DISCUSIÓN

El diagnóstico precoz de esta patología facilita un seguimiento estrecho por parte de nefrología de la progresión de la enfermedad renal y la anticipación de otras complicaciones. (ej hipertensión o eventos cerebrovasculares). Garantiza además establecer el apoyo psicosocial integral que es esencial para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marietta Clewing, J., Antalfy, B. C., Lucke, T., Najafian, B., Marwedel, K. M., Hori, A., Powel, R. M., Safo Do, A. F., Najera, L., SantaCruz, K., John Hicks, M., Armstrong, D. L., & Boerkoel, C. F. (2006). Schimke immuno-osseous dysplasia: a clinicopathological correlation. *Journal of Medical Genetics*, 44(2), 122–130. <https://doi.org/10.1136/jmg.2006.044313.2>. Lippner E, Lücke T, Salgado C, et al. Schimke Immunoosseous Dysplasia. 2002 Oct 1 [Updated 2023 Mar 30]. In: Adam MP, Feldman J, Mirzaa GM, et al., editors. *GeneReviews*® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2024.3. Zieg, J., Bezdicka, M., Nemciková, M., Miroslava Balašćáková, Suková, M., Katalin Šterbová, Karel Vondrák, Jirí Dušek, & Krepelová, A. (2023). Schimke immunoosseous dysplasia: an ultra-rare disease. a 20-year case series from the tertiary hospital in the Czech Republic. *Italian Journal*

of Pediatrics, 49(1). <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01413-y>.4. Orozco, R. A. P., Padilla-Guzmán, A., Forero-Delgadillo, J. M., Jiménez, V. A. O., Pachajoa, H., Parra, N. J. V., & Restrepo, J. M. (2023). Schimke immuno-osseous dysplasia. A case report in Colombia. *Molecular Genetics and Metabolism Reports*, 37, 100995. <https://doi.org/10.1016/j.ymgmr.2023.100995>.5. Hunter, K. B., Lücke, T., Spranger, J., Smithson, S. F., Harika Alpay, Jean Luc André, Asakura, Y., Bogdanovic, R., Bonneau, D., Cairns, R., Karlien Cransberg, Fründ, S., Fryssira, H., Goodman, D., Helmke, K., Hinkelmann, B., Lama, G., Lamfers, P., Loirat, C., & Majore, S. (2009). Schimke immunoosseous dysplasia: defining skeletal features. *European Journal of Pediatrics*, 169(7), 801–811. <https://doi.org/10.1007/s00431-009-1115-9>.6. Basiratnia, M., Babaei, A., & Inaloo, S. (2019). Schimke immuno-osseous dysplasia: A case report. *Indian Journal of Nephrology*, 29(4), 291. https://doi.org/10.4103/ijn.ijn_95_18.7. Saraiva, J. M., Dinis, A., Resende, C., Faria, E., Gomes, C., Correia, A. J., Gil, J., & N da Fonseca. (1999). Schimke immuno-osseous dysplasia: case report and review of 25 patients. *Journal of Medical Genetics*, 36(10), 786–789. <https://doi.org/10.1136/jmg.36.10.786>.8. Belefrod, D. T., Diab, M., Qubty, W. F., Malloy, M. J., Long, R. K., & Shieh, J. T. (2019). Schimke immunoosseous dysplasia and management considerations for vascular risks. *American Journal of Medical Genetics - Part A*, 179(7), 1246–1252. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.61148>

P-34. GLOMERULONEFRITIS POST-INFECCIOSA, UNA ETIOLOGÍA INESPERADA.

Penas Iglesias T^{*1}, Urisarri Ruiz De Cortazar A¹, Dagraza Pérez M¹, Fernández Iglesias N¹, Galán Coteló L¹, Iglesias Aldea M¹, Marqués Bagur C¹, Rey García S¹, López Franco M¹

¹, *Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela* .

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las glomerulopatías son un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por una pérdida variable de las funciones normales del glomérulo renal. Algunas de ellas cursan en brotes, ocasionalmente desencadenados por procesos infecciosos, manifestándose como un síndrome nefrótico, síndrome nefrítico, hematuria macroscópica o alteraciones del sedimento urinario. Es importante realizar un adecuado diagnóstico diferencial al debut de la enfermedad, dadas las implicaciones pronósticas y terapéuticas derivadas.

CASOS CLÍNICOS

Paciente de 7 años diagnosticado de neumonía a tratamiento con amoxicilina oral sin mejoría clínica. Acuden a urgencias 3 días después del diagnóstico visualizándose en la radiografía de tórax nuevos focos consolidativos. Se rota antibioterapia a amoxicilina-clavulánico y azitromicina oral. Acuden de nuevo a urgencias tras 48 horas de tratamiento por persistencia de febrícula; presenta desde entonces dolor abdominal, orinas oscuras con espuma sobrenadante, edema palpebral bilateral e hipertensión arterial (percentiles >p95). Entre las pruebas complementarias en urgencias, destacan: hematuria y proteinuria con cilindros hialino-granulosos en el sedimento urinario y elevación de cifras de creatinina (0,57mg/dL) en analítica. En la exploración física persiste hipoventilación basal izquierda. Se decide ingreso en planta de hospitalización por síndrome nefrítico en contexto de neumonía con evolución tórpida. Se pauta antihipertensivo con amlodipino y restricción hidrosalina con mejoría progresiva de las cifras de tensión arterial. Durante el ingreso se realizan pruebas complementarias objetivando una hipocomplementemia de C3 (<16mg/dL) con C4 en rango de la normalidad, función renal alterada (alb/creat 1667mg/g, prot/creat 2,39mg/mg, IgG/creat 68mg/g) y una PCR positiva para mycoplasma pneumoniae. Permanece afebril con diuresis conservada. Al alta seguimiento ambulatorio en consultas de nefrología. Al mes del diagnóstico, recuperación de orinas claras con normalización de tensión arterial. Ascenso progresivo de los niveles de C3 con normalización al 5º mes.

DISCUSIÓN

•Ante un síndrome nefrítico con descenso del complemento debe pensarse principalmente en glomerulonefritis post-infecciosa (GNPI), glomerulopatía C3 o lupus eritematoso. •La glomerulonefritis post-streptocócica es la causa más común de síndrome nefrítico en la infancia y suele tener una latencia ±4 semanas entre el trigger infeccioso y el brote. •La concomitancia en el tiempo del trigger infeccioso y el síndrome nefrítico con C3 descendido debe hacernos pensar en otras infecciones distintas al streptococo como responsables de la GNPI. •El aumento de la incidencia de las infecciones por Mycoplasma pneumoniae en niños y adolescentes conlleva un incremento de las secuelas post-infecciosas, entre ellas la GNPI. •La determinación y el seguimiento evolutivo del C3 apoyará el diagnóstico definitivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández Maseda Ma, Romero Sala FJ. Glomerulonefritis aguda postinfecciosa. *Protoc diagn ter pediatr*. 2014; 1:303-14- Fernández Fresnedo Gema, Glomerulonefritis primarias. En: Lorenzo V., López Gómez JM (Eds) *Nefrología al día*. ISSN: 2659-2606. - *Pediatr Integral* 2022; XXVI (8): 471.el-471.el13- *An Pediatr Contin*. 2014;12(1):1-9

P-35. LO QUE ESCONDE UNA CATARATA CONGÉNITA

Millán Omil T*¹, García Álvarez P¹, Cachaldora Losada¹, García Pose A², Vergara Pérez I², Pardo Vázquez J¹

¹Pediatría, Hospital Materno-Infantil A Coruña. ²Unidad Lactantes, Hospital Materno-Infantil A Coruña.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La catarata bilateral congénita es la causa más frecuente de ceguera tratable en el niño. A diferencia de la catarata del adulto, su presencia puede producir ambliopía y el pronóstico visual depende de la precocidad del tratamiento. Un porcentaje significativo de las cataratas congénitas se encuadran en un diagnóstico sistémico mayor, en relación con patologías genéticas, metabólicas e infecciosas. Entre esas patologías sistémicas se encuentra el síndrome de Lowe, que es también conocido como síndrome óculo-cerebro-renal, por tratarse de un trastorno sistémico con afectación típica de los tres órganos. Es una enfermedad rara causada por una mutación en el gen OCRL, que codifica un enzima clave para procesos celulares relacionados con la síntesis de proteínas o la señalización celular. Este gen se hereda de forma recesiva ligada al X y afecta predominantemente a varones.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos el caso clínico de un lactante varón de un mes que ingresa para estudio de nistagmo bilateral detectado en un control rutinario de salud. Tras valoración oftalmológica, se objetiva leucocoria bilateral secundaria a catarata congénita. Durante su ingreso se amplían estudios etiológicos dirigidos por aparatos y sistemas. A nivel neurológico, destaca retraso en adquisición de hitos del neurodesarrollo con marcada hipotonía axial. A nivel nefrológico, se constata tubulopatía proximal renal parcial, con proteinuria en rango nefrótico de predominio tubular, hiperaminoaciduria, hipercalciuria y aumento leve de excreción de ácido úrico. A nivel gastrointestinal, presenta hipertransaminasemia moderada mantenida en controles analíticos. Además, asocia un fallo de medro que precisa de nuevos ingresos para su abordaje, en contexto de distocia social. Los estudios de imagen (RM SNC, ecografía abdominal), metabólicos e infecciosos fueron negativos. El diagnóstico definitivo de Síndrome de Lowe se obtuvo mediante estudio genético, que confirmó mutación del gen OCRL. Actualmente realiza seguimiento multidisciplinar en consultas externas de Gastroenterología, Nefrología, Neurología y Rehabilitación infantil.

DISCUSIÓN

La catarata bilateral congénita es una entidad relativamente frecuente en nuestro medio. Aunque la mayor parte sean idiopáticas, debemos valorar la posibilidad de que se encuadren en el seno de una patología multisistémica. En concreto, el Síndrome de Lowe es una entidad rara en la que se observa afectación ocular, neurológica y renal, aunque también puede afectar a otros órganos. Su sospecha es clínica, pero se debe confirmar el diagnóstico mediante estudio genético. No dispone de tratamiento específico, por lo que se deben instaurar medidas de soporte en función de las manifestaciones del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. SJ Scheinman, JC Lieske. Dent disease (X linked recessive nephrolithiasis). GC Curhan (Ed). Uptodate, last review Aug 2024. 2. Hichri H, Rendu J, Monnier N, et al. From Lowe syndrome to Dent disease: correlations between mutations of the OCRL1 gene and clinical and biochemical phenotypes. Hum Mutat 2011; 32:379. 3. Loi M. Lowe syndrome. Orphanet J Rare Dis. 2006 May 18;1:16. doi: 10.1186/1750-1172-1-16

P-36. LA IMPORTANCIA DE LAS DISMORFIAS

Piñeiro Feal L*¹, Rivas Arribas L¹, Loureiro Faro M¹, Álvarez Díaz M¹, Alonso Fernández J¹, Couceiro Gianzo J¹

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El retraso global del neurodesarrollo es un diagnóstico de la clasificación DSM-V reservado para aquellos pacientes menores de 5 años que no cumplen los hitos del desarrollo esperados para su edad y en los que no se puede llevar a cabo una adecuada valoración del funcionamiento intelectual. Puede ser de causa prenatal, perinatal o postnatal.

CASOS CLÍNICOS

Lactante de 3 meses que acude a urgencias por rechazo de la ingesta de forma abrupta durante un cuadro catarral. Antecedentes obstétricos-perinatales: embarazo controlado, ecografías normales y acordes, serologías negativas; cesárea por podálica en semana 39+1. Apgar 9/10. Durante la exploración física se objetiva hipertonia generalizada y dismorfias corporales (fenotipo peculiar con hipotelorismo, nariz ganchuda, clinodactilia 5ª dedo de las manos, sindactilia de falange proximal de 3-4º dedo de pies y pie en sandalia) por lo que se decide ingreso para ampliar estudio (analítica básica con estudio metabólico ampliado y estudio genético: array y X frágil, además de una ecografía transfontanelar que resultó normal). Precisa sonda nasogástrica por rechazo de la alimentación que se retira un mes después por buena evolución. Inicia seguimiento en rehabilitación y neuropediatría con mejoría de la hipertonia, pero asocia retraso psicomotor e hiperreflexia. Se realiza una RM cerebral donde se observa una hipomielinización de la sustancia blanca profunda, sin otras alteraciones evidentes y una serie ósea donde se objetiva sinostosis de falanges proximal y media de 5º dedo de ambas manos y 4º dedo de la mano izquierda y sinostosis de falanges proximal y media de 3º y 4º dedos de ambos pies. En el estudio genético array SNP se objetiva una delección 17q21.33q22 de 5,9Mb con supresión del gen NOG, asociada a trastornos del neurodesarrollo y a síndromes esqueléticos.

DISCUSIÓN

-Las dismorfias corporales pueden orientarnos hacia una etiología genética en pacientes con un trastorno global del neurodesarrollo. Su detección temprana, como ocurrió en el caso de nuestra paciente, permite realizar un diagnóstico etiológico precoz. -Aunque existen numerosas delecciones en el cromosoma 17, la presente en nuestra paciente (delección 17q21.33q22) es larga e infrecuente. Esta delección produce la supresión del gen NOG, que está implicado en el desarrollo de las articulaciones, variantes que afectan a su función causan diversos síndromes esqueléticos y rasgos fenotípicos compatibles, entre los que se incluyen trastornos del neurodesarrollo, pérdida auditiva, rasgos dismórficos y anomalías esqueléticas en las extremidades que explica tanto la clínica neurológica como las dismorfias de nuestra paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soto Insuga V, González Alguacil E, García Peñas JJ. Detección y manejo del retraso psicomotor en la infancia | *Pediatría integral*. 2020; Available from: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-09/deteccion-y-manejo-del-retraso-psicomotor-en-la-infancia-2/2>. Takahashi T, Takahashi I, Komatsu M, Sawaishi Y, Higashi K, Nishimura G, et al. Mutations of the NOG gene in individuals with proximal symphalangism and multiple synostosis syndrome. 2001 Dec 1 [cited 2024 Oct 6];60(6):447–51.

P-37. ESPASMO NUTANS: UNA CAUSA BENIGNA DE NISTAGMUS

Delgado Ramírez J*¹, Quijada Celis C¹, González Freiría N¹, Durán Fernández Feijoo B¹, Concheiro Guisán A¹

¹*Pediatría, CHUVI.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El espasmo nutans es un trastorno paroxístico no epiléptico de la infancia caracterizado por la triada de nistagmo, cabeceo y tortícolis, siendo las dos primeras manifestaciones las más típicas. Suele debutar en el primer año de vida y su patogenia es incierta. El nistagmo se caracteriza por ser intermitente, horizontal, de pequeña amplitud y con oscilaciones de frecuencia alta. Puede ser uni o bilateral, asimétrico y sin sincronización. Los movimientos de cabeza se creen que son compensatorios para inhibir el nistagmo, generalmente de tipo no-no, sí-sí o rotatorio, con una frecuencia baja y una amplitud variable, y no se producen durante el sueño. La tortícolis puede ser transitoria o estar ausente. El diagnóstico es de exclusión, descartando enfermedades potencialmente graves tanto neurológicas como oftalmológicas. Su pronóstico es favorable, con una resolución espontánea al cabo de uno o dos años de la aparición de los síntomas clínicos en la mayoría de los casos.

CASOS CLÍNICOS

Lactante de 5 meses y 27 días derivada a Urgencias porque desde hace un mes presenta en vigilia y de forma intermitente movimientos de flexoextensión de cabeza acompañados de movimientos oculares anómalos de duración variable. Como antecedentes personales destaca prematuridad de 35 semanas. No antecedentes familiares de interés, hermano gemelo sano. En la exploración física al ingreso destacan episodios intermitentes de nistagmo horizontal de corta duración tanto en mirada frontal como lateral, de pequeña amplitud y de alta frecuencia (titilante). Desarrollo psicomotor dentro de la normalidad. Se visualizan además vídeos aportados por la familia en los que se objetivan episodios intermitentes de inclinación del cuello y cabeceo en vigilia. Se realiza analítica sanguínea, ecografía abdominal, radiografía de tórax, video-EEG y RM cerebral sin detectar alteraciones. Exploración oftalmológica dentro de la normalidad (no detectan durante la exploración nistagmo espontáneo, solo leve en la mirada lateral en ambos ojos). Se realizan Potenciales Evocados Visuales con estímulo flash sin destacar alteraciones (estudio limitado por edad). Es dada de alta con seguimiento ambulatorio por Neurología y Oftalmología.

DISCUSIÓN

El espasmo nutans es una entidad de carácter benigno y generalmente autolimitada de debut habitualmente en el primer año de vida. Presentación característica: episodios intermitentes de nistagmo, cabeceo y tortícolis. Su diagnóstico es de exclusión, siendo necesario el diagnóstico diferencial con otras causas que podrían implicar patología grave.

BIBLIOGRAFÍA

Bonnet C, Roubertie A, Doummar D, Bahi-Buisson N, Cochen de Cock V, Roze E. Developmental and benign movement disorders in childhood. *Mov Disord.* 2010 Jul 30;25(10):1317-34. doi: 10.1002/mds.22944. PMID: 20564735. Delorme C, Gras D, Roze E. Spasmus Nutans: More Than Meets the Eye. *Pediatr Neurol.* 2015 Oct;53(4):367-8. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2015.06.011. Epub 2015 Jun 20. PMID: 26228708. Kiblinger GD, Wallace BS, Hines M, Siatkowski RM. Spasmus nutans-like nystagmus is often associated with underlying ocular, intracranial, or systemic abnormalities. *J Neuroophthalmol.* 2007 Jun;27(2):118-22. doi: 10.1097/WNO.0b013e318067b59f. PMID: 17548996.

P-38. MÁS ALLÁ DE LAS MANCHAS: EXPLORANDO EL MOSAICISMO PIGMENTARIO TIPO ITO

Santiago Rivas D^{*1}, Vila Guarín A¹, Melcón Crespo C¹, Suárez Otero G¹, Concheiro Guisán A¹

¹*Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El mosaicismo pigmentario tipo Ito incluye un espectro de entidades con defectos extracutáneos variados que tienen en común un patrón pigmentario cutáneo y pueden obedecer a distintas anomalías genéticas. Presenta una incidencia de 1 por cada 8000 recién nacidos y predomina en el sexo femenino (2:1). Las manifestaciones extracutáneas afectan fundamentalmente al sistema nervioso central y al musculoesquelético y se presentan en porcentaje variable (30-90%).

CASOS CLÍNICOS

Niña de 5 años con antecedentes de trastorno global del neurodesarrollo (CI límite, rasgos TEA) que acude a urgencias por un primer episodio de crisis tónico-clónica generalizada. A la exploración presenta lesiones hipopigmentadas que siguen las líneas de Blaschko en brazo y hemitórax derecho de 4 años de evolución. Destaca facies peculiar con frente prominente y leve hipertelorismo. Ingresa para completar estudio:-RMN cerebral: asimetría de tamaño entre ambos hemisferios cerebrales a expensas de un mayor volumen del hemisferio cerebral derecho (hemimegalencefalia).-EEG: se objetivan dos subpoblaciones independientes de anomalías epileptiformes focales en regiones temporo-occipital y centro-parietal derechas.-Cariotipo: 46 XX.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de esta patología es clínico. El signo guía son las lesiones cutáneas características, que suelen ser congénitas o de aparición precoz y, en su inicio, pueden confundirse con incontinencia pigmenti. En nuestro caso la clínica extracutánea fue neurológica con alteraciones morfológicas cerebrales (hemimegalencefalia ipsilateral) asociadas a alteración del neurodesarrollo y convulsiones. No se detectaron alteraciones cromosómicas por lo que podría valorarse ampliar a otros estudios genéticos (variantes MTOR).

BIBLIOGRAFÍA

1. Carmignac V, Mignot C, Blanchard E, Kuentz P, Aubriot-Lorton MH, Parker VER, et al. Clinical spectrum of MTOR-related hypomelanosis of Ito with neurodevelopmental abnormalities. *Genetics in Medicine*. agosto de 2021;23(8):1484-91. 2. Chamli A, Litaïem N. Hypomelanosis of Ito. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 5 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538268/3>. Cruz JPM, Sy M. Neuroectodermal Diseases: A Comparative Case Report Study. *Cureus*. 15(6):e40349.

P-39. HEMISFERECTOMÍA PARA EL CONTROL DE LA EPILEPSIA EN ENCEFALITIS DE RASMUSSEN

Meleiro Estévez T^{*1}, Souto Viñas M¹, Blanco Barca M¹, Melcon Crespo C¹, Concheiro Guisan A¹

¹*Pediatría, CHUVI.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La encefalitis de Rasmussen es una enfermedad inflamatorianeurodegenerativa rara (prevalencia de 0.18/100.000 personas) y crónica que afecta predominantemente a niños. Su etiología aún no está clara. Se ha sugerido una posible respuesta autoinmune dirigida a un hemisferio cerebral. Su edad de presentación oscila entre los 14 meses y 14 años, con una mediana de edad de 6 años. Se caracteriza por crisis epilépticas focales o generalizadas y unilaterales de difícil control, hemiparesia progresiva y deterioro cognitivo, acompañado de hemianopsia y en ciertos casos afasia. El diagnóstico se lleva a cabo mediante la combinación de criterios clínicos, electroencefalográficos, de neuroimagen (RMN) y en ciertos casos histopatológicos que confirman una atrofia cortical unilateral y signos de inflamación focal. El tratamiento busca el control comicial y frenar el deterioro cognitivo. Se pueden utilizar inmunoterapia (corticoides, inmunoglobulina) y antiepilépticos. Apesar de ello, muchos casos requieren de cirugía (hemisferectomía) para lograr detener la progresión de la enfermedad.

CASOS CLÍNICOS

Niño de 6 años remitido a Neuropediatría por temblor focal permanente (1^o-3^o dedo de mano derecha), que solo se alivia con el sueño. Inicialmente RM cerebral y EEG sin alteraciones significativas y ENG muestra temblor arrítmico de reposo, postural y de acción. Un mes más tarde presenta empeoramiento clínico con postura distónica de la mano derecha. Cuatro meses más tarde debutan crisis epilépticas generalizadas, de predominio focal en hemicuerpo derecho. Se repite la RM cerebral que muestra una atrofia cortical izquierda y el EEG brotes de actividad epileptiforme hemisférica izquierda. Se completa el estudio con bandas oligoclonales y anticuerpos en LCR y suero. Se instauro tratamiento antiepiléptico, inmunoglobulinas y corticoides. Ante la falta de respuesta se realiza hemisferectomía, con ausencia de crisis tras la misma. Como secuela de la cirugía, el paciente presenta hemiparesia del cuerpo derecho, aunque conserva el lenguaje.

DISCUSIÓN

La encefalitis de Rasmussen debe incluirse en el diagnóstico diferencial de niños con crisis epilépticas focales de difícil control, hemiparesia progresiva y deterioro cognitivo, incluso cuando los estudios iniciales son normales. Aunque la hemisferectomía conlleva secuelas, como la hemiparesia, puede lograr el control de las crisis epilépticas y mejorar la calidad de vida del paciente. La preservación del lenguaje tras la cirugía subraya la notable plasticidad cerebral en niños.

BIBLIOGRAFÍA

Varadkar S, Bien CG, Kruse CA, Jensen FE, Bauer J, Pardo CA, Vincent A, Mathern GW, Cross JH. Rasmussen's encephalitis: clinical features, pathobiology, and treatment advances. *Lancet Neurol.* 2014 Feb;13(2):195-205. doi: 10.1016/S1474-4422(13)70260-6. PMID: 24457189; PMCID: PMC4005780. Bien CG, Granata T, Antozzi C, et al. Pathogenesis, diagnosis and treatment of Rasmussen encephalitis: a European consensus statement. *Brain* 2005; 128:454. Mastrangelo M, Mariani R, Menichella A. Eponym : Rasmussen syndrome. *Eur J Pediatr* 2010; 169:919.

P-40. VALVULOPLASTIA PULMONAR EN TETRALOGÍA DE FALLOT: REVISIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS.

García Martínez M¹, Sobrino Baladrón A², Rasines Rodríguez A², Lozano Balseiro M², García Hernández I², Otero González A*¹, Pardo Cao A¹, Parga Hervés A¹, Rueda Núñez F¹

¹*Pediatría, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera de A Coruña.* ²*Pediatría (Cardiología Infantil), Hospital Materno Infantil Teresa Herrera de A Coruña.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Tetralogía de Fallot (Tfallot) requiere intervención quirúrgica, habitualmente entre los 4-8 meses de vida. Ocasionalmente puede precisar de tratamientos paliativos en caso de ser ductus dependientes o hipodesarrollo de ramas. Se han propuesto la realización de fístulas quirúrgicas o implante de stents en este escenario. En el caso de asociar estenosis valvular pulmonar severa la valvuloplastia con balón puede ser una alternativa a estos procedimientos y permitir diferir la intervención quirúrgica.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: Recién nacido pretérmino de 35+1 de 1750 gramos con Tfallot con estenosis pulmonar severa/crítica de etiología mixta (principalmente valvular), con ramas pulmonares confluentes de tamaño normal, DAP y VCSI. Realizada valvuloplastia pulmonar percutánea al 8º día de ingreso, pudiendo retirar las PG 24horas tras la misma. Asintomático a nivel cardiovascular a tratamiento con propranolol, realizándose cirugía correctora a los 4 meses de vida. Caso 2: Recién nacido pretérmino de 32+5 semanas (1660gr) con Tfallot y atresia pulmonar funcional, dependiente de ductus, con hipodesarrollo del tracto de salida del ventrículo derecho y anatomía de ductus compleja. Ingresa al nacimiento en UCIN y se inicia perfusión de prostaglandinas. En torno al mes de vida se decide valvuloplastia pulmonar percutánea con balón por imposibilidad de retirada de prostaglandinas, con buen resultado permitiendo su retirada y alta hospitalaria. A los 3 meses de vida se encuentra a tratamiento con propranolol, con tendencia a la desaturación y gradiente medio en tracto de salida de 45mmHg, pendiente de cirugía correctora. Caso 3: Recién nacido a término con bajo peso (2385 gramos), Sd de Down y Tetralogía de Fallot. Episodios frecuentes de infecciones respiratorias e hipoxemia que condiciona ingreso hospitalario. Se realiza a los 3 meses de vida valvuloplastia pulmonar con aumento de saturaciones de oxígeno basal por encima de 90%. Corrección quirúrgica de Tfallot a los 8 meses de edad, sin incidencias.

DISCUSIÓN

La valvuloplastia pulmonar percutánea con balón en algunos pacientes con Tfallot permite retrasar o evitar otras intervenciones en espera de su corrección quirúrgica. La reconstrucción 3D y roadmapping facilita esta intervención.

P-41. UNA CARDIOPATÍA ASINTOMÁTICA EN PACIENTE DEPORTISTA

García Iglesias F*¹, Gómez Vieites M¹, García Zuazola I¹, Martínez Soto M¹

¹Cardiología Pediátrica, Hospital Universitario de Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El drenaje venoso pulmonar anómalo parcial es una forma de retorno venoso pulmonar congénito en el que una o algunas venas pulmonares drenan en la aurícula derecha o en alguno de sus afluentes, en lugar de hacerlo en la aurícula izquierda. La prevalencia estimada es de 0,2-0,7%. Suele asociar otras anomalías anatómicas cardíacas y puede generar cansancio, disnea de esfuerzo o mayor número de infecciones respiratorias.

CASOS CLÍNICOS

Paciente de 12 años sana y asintomática que se deriva desde Atención Primaria a Cardiología pediátrica para valoración ante el hallazgo de un soplo sistólico a la auscultación en control de salud. Deportista habitual y toca un instrumento de viento. Como antecedentes, refiere algún presíncope vasovagal. No antecedentes familiares de interés. En la exploración física destaca, en la auscultación un soplo sistólico en foco pulmonar III/VI que no se irradia, ligero impulso esternal, palpación normal de pulsos distales, no ingurgitación yugular, no edemas, sin otras alteraciones. Constantes en rango normal. Se realiza ECG en el que se visualiza ritmo sinusal, con intervalos y eje normales. No datos de hipertrofia ventricular ni bloqueos, aunque sí destaca un leve retraso de conducción en VD y segmento ST, con un trayecto ligeramente descendente en DIII y aVF. Se realiza ecografía cardíaca, que muestra una comunicación interauricular tipo seno venoso superior y sospecha de drenaje venoso anómalo parcial con datos de dilatación de cavidades derechas. Posteriormente se realiza RM, en la que se visualiza un ventrículo derecho dilatado con función sistólica conservada; comunicación interauricular tipo seno venoso superior amplia con cortocircuito izquierda-derecha ($Qp/Qs > 1,5$); dudosa CIA ostium secundum pequeña/foramen oval permeable. Destaca un drenaje venoso pulmonar anómalo parcial, con una vena pulmonar derecha drena en la aurícula derecha y el confluente de dos venas superiores derechas drenan en la vena cava superior, y una dilatación de las arterias pulmonares. Ante este hallazgo, se pauta tratamiento con espironolactona y furosemida y se programa para intervención quirúrgica.

DISCUSIÓN

La exploración sistemática en los controles de salud y el conocimiento de los soplos inocentes y patológicos permite en muchas ocasiones una adecuada derivación del paciente para despistaje de cardiopatías, ya que no es infrecuente un número de pacientes que se presentan sin sintomatología asociada o con una repercusión tan leve que el paciente no toma en consideración. Aunque el drenaje venoso anómalo parcial no es una cardiopatía muy prevalente, conviene pensar en esta entidad en caso de datos de dilatación de cavidades derechas en el electrocardiograma o en la ecografía.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Orphanet: Drenaje venoso pulmonar anómalo parcial congénito. 2015; Available at: <https://www.orpha.net/es/disease/detail/99124>. Accessed Sep 24, 2024. (2) D. Soriano B, R. Fulton D. Partial anomalous pulmonary venous return - UpToDate. 2024; Available at: https://www.uptodate.com/contents/partial-anomalous-pulmonary-venous-return?search=drenaje%20venoso%20parcial&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1. Accessed Sep 24, 2024.

P-42. 19 DÍAS Y 500 NOCHES PARA DIAGNOSTICAR UN LUPUS: LOS RETOS DE UNA ENFERMEDAD COMPLEJA.

García Gómez P^{*1}, Espiño Lorenzo P¹, Pardo García L¹, Lugo Adan E¹

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica que afecta a múltiples órganos y sistemas, lo que le ha valido el apodo de “la gran simuladora”. Esto se debe a su capacidad para imitar los síntomas de otras patologías, complicando el diagnóstico de los pacientes.

CASOS CLÍNICOS

CASO 1: Paciente de 13 años con cuadro de dolor abdominal difuso, continuo, de dos semanas de evolución. No otra clínica. En estudios complementarios: reactantes de fase aguda (RFA) negativos, anemia, microhematuria y hallazgos en pruebas de imagen compatibles con hemoperitoneo y quiste hemorrágico anexial. Se realiza laparotomía exploradora: moderada cantidad de líquido seroso-amarillento sin otros hallazgos. Cultivos negativos. Citología: células inflamatorias. Sospecha: metrorragia disfuncional. En semanas posteriores reinicio de dolor abdominal difuso con puño percusión renal derecha positiva, fiebre y dolor suprapúbico con la micción. En sedimento: bacterias moderadas, y en prueba de imagen: área hipovasular en polo inferior riñón derecho. Sospecha: pielonefritis. Ingreso e inicio de cefotaxima iv. Durante ingreso aparición: proteinuria en rango nefrótico, cefalea (edema de papila bilateral, angioTAC y RM cerebrales normales) y disnea con dolor torácico (rx tórax: derrame pleural, estudio cardiológico normal). En analítica: ANA y anti-DNA positivos, hipocomplementemia, anticuerpos antifosfolípidos con triple positividad. Diagnóstico: Lupus eritematoso sistémico. CASO 2: Paciente de 14 años con cuadro de dos semanas de evolución de fiebre, astenia, aftas orales, parestesias en labio, dolor en hipocondrio derecho, vómitos y lesiones cutáneas faciales. En analítica: anemia macrocítica, aumento de transaminasas, bilirrubina total y LDH. RFA negativos. Serologías con IgG e IgM positivas para VHS. Sospecha de anemia hemolítica secundaria a infección viral. Durante ingreso inicia edema palpebral y cefalea. Se detecta hipoalbuminemia e hipertrigliceridemia. En orina: proteinuria. Se amplía estudio con autoinmunidad: ANA, anti-DNA y anti-SM positivos. Hipocomplementemia. Anticoagulante lúpico y anti-beta2-GP1 IgG positivos. Se realiza angioRM cerebral, ecografía abdominal y rx tórax (normales), estudio oftalmológico (edema de papila bilateral) y cardiológico (normal). Diagnóstico: Lupus eritematoso sistémico.

DISCUSIÓN

Estos dos casos muestran el gran reto diagnóstico que supone LES, una enfermedad compleja que puede confundirse con múltiples patologías, entre ellas las infecciones. La diferenciación entre infección y enfermedad multisistémica de otro origen es crucial, ya que el tratamiento varía completamente, y una identificación errónea podría retrasar el manejo adecuado del paciente, y ello llevar a daños orgánicos potenciales. Por ello, ante cualquier cuadro de fiebre y clínica multisistémica, debemos realizar un amplio diagnóstico diferencial que incluya patología autoinmune como LES.

BIBLIOGRAFÍA

1º: Boteanu A. Lupus eritematoso sistémico pediátrico. *Protoc diagn ter pediatr.* 2020;2:115-128.2º: D. Stichweh, V. Pascual. Lupus eritematoso sistémico pediátrico. *An Pediatr (Barc)* 2005;63(4):321-329.3º: E. Urbaneja Rodríguez. Lupus y otras conectivopatías en la infancia. *Pediatr Integral* 2022; XXVI(3):163–174.

P-43. ESCLERODERMIA JUVENIL LOCALIZADA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Tiano Marmora S*¹

¹*Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La esclerodermia juvenil localizada es la variante de esclerodermia más común en la infancia, siendo el subtipo lineal la más frecuente. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y debe ser evaluado por el especialista a la brevedad para valorar necesidad de tratamientos sistémicos. Requiere de un manejo médico multidisciplinar por parte de reumatólogos pediátricos, dermatólogos y rehabilitadores.

CASOS CLÍNICOS

Paciente de 6 años acude a servicio de urgencias derivado por su pediatra de atención primaria. Sus padres habían consultado por observar desde hacía algunas semanas los miembros superiores asimétricos. El izquierdo presentaba atrofia cutánea, induración y pérdida de volumen desde tercio proximal del brazo hasta la mano, piel brillante, muñeca limitada para la flexión dorsal, 4º dedo de la mano con contractura fija en flexión, fuerza 4/5. En brazo derecho únicamente se observó placa lineal con epidermis brillante y ligeramente menos flexible. Aportaba radiografía de antebrazo realizada recientemente sin hallazgos patológicos. Como antecedente personal únicamente uso ocasional de broncodilatadores y no familiares de interés. Desde urgencias fue valorado por reumatología infantil, siendo diagnosticado de esclerodermia localizada lineal bilateral en miembros superiores. Se realizaron pruebas complementarias ambulatorias previas a decidir instaurar el tratamiento. Entre ellas destacaba el laboratorio de autoinmunidad en la que se encontraban positivos el factor reumatoide, Ac. ANAs, Ac. anti-Nucleosoma y Ac. anti-Histonas. A las 3 semanas el paciente cursó un ingreso hospitalario para iniciar tratamiento con bolos de metilprednisolona endovenosa (3 bolos consecutivos de 30mg/kg/día), gammaglobulina endovenosa (1g/kg) y micofenolato de mofetil vía oral (dosis inicial 600mg/día). Tras 6 semanas del inicio de tratamiento, se objetiva mejoría de placa del brazo derecho y leve mejoría de alteraciones en piel de miembro superior izquierdo.

DISCUSIÓN

Este tipo de patología se presenta como un reto diagnóstico y terapéutico para el pediatra, ya que el diagnóstico suele ser tardío y el seguimiento complejo. Hay que diferenciar entre los subtipos de esclerodermia de cara a definir las pruebas complementarias a realizar e instaurar un tratamiento inmunosupresor según la afectación funcional y posteriormente continuarlo según la actividad de la enfermedad, con la dificultad añadida de no existir consensos que estandaricen el tratamiento.

P-44. DOLOR ÓSEO EN PEDIATRÍA... ¿CUÁNDO SOSPECHAMOS ALGO MÁS?

Bauluz Bárcena M^{*1}, Lemos Bouzas MX², Míguez Campos M³, Camino Fernández E⁴

¹Pediatría, Centro Salud de Ponteareas. ²Pediatría, Centro de Salud de Vilagarcía de Arousa.

³Pediatría, Hospital do Salnés. ⁴Radiología, Hospital do Salnés.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En pediatría, la etiología más habitual de dolor óseo es la músculo-esquelética secundaria a traumatismos. No obstante, ante la persistencia, migración o cronicidad del dolor, debemos descartar otras entidades (principalmente tumorales o reumatológicas).

CASOS CLÍNICOS

Niño de 11 años sin antecedentes referidos, derivado desde Atención Primaria a Urgencias de Hospital comarcal por dolor clavicular derecho desde hace 48 horas. No otros síntomas. Mala respuesta a paracetamol, cede con ibuprofeno. Exploración: tumefacción clavicular dura, no móvil; dolor que aumenta a palpación. Un mes antes, presentó dolor autolimitado durante 48 horas en misma localización. Se solicita radiografía ("dudosa imagen en capas de cebolla") y analítica (destacando VSG 38 mm/h y PCR 8.7 mg/dL). Se completa estudio con TAC: "lesión expansible de 2/3 mediales de clavícula derecha con áreas lítico-escleróticas, reacción perióstica y aumento de partes blandas" planteándose diagnóstico diferencial entre: Sarcoma de Ewing, histiocitosis de Langerhans y osteomielitis crónica multifocal recurrente (OCMR). En anamnesis dirigida refieren, dos años atrás, seguimiento en Traumatología por enfermedad de Sever (varios brotes de dolor y tumefacción en tobillo izquierdo). Un mes antes del cuadro actual, refieren clínica autolimitada de dolor y tumefacción en tobillo derecho, que no consultó. Niegan cuadro constitucional. Se realiza RM de cuerpo entero, apreciándose "lesión ósea expansiva y heterogénea en clavícula derecha, foco de edema óseo en calcáneo izquierdo y dudoso en fisis de peroné izquierdo": todo ello muy sugestivo de OCMR. Se decide biopsia ósea por Traumatología Infantil de referencia: sin signos de malignidad, infección o granulomas. A nivel intertrabecular se observa discretas fibrosis y cambios inflamatorios crónicos. Inmunohistoquímica: tinciones S100 y CD1a negativas. Finalmente, se llega al diagnóstico de OCMR. Actualmente tiene buen control sintomático, con seguimiento estrecho y AINES durante las exacerbaciones (poco frecuentes).

DISCUSIÓN

La OCMR es una entidad autoinflamatoria, probablemente infradiagnosticada, caracterizada por dolor osteoarticular y/o inflamación local. Puede haber uno o múltiples focos. No suele asociar síntomas sistémicos. Se debe sospechar OCMR si hay: afectación clavicular, multifocal, o unifocal recurrente. Es habitual la elevación de marcadores inflamatorios. La radiografía inicial puede ser normal, siendo la RM de cuerpo entero el patrón oro: muy sensible para hallazgos precoces de edema óseo (especialmente si se observan otros focos inflamatorios). La biopsia ósea no es obligada, pero sí recomendable para descartar etiología tumoral o infecciosa. El tratamiento de primera línea son los AINES, precisando tratamiento biológico o bifosfonatos en casos refractarios. Una anamnesis y exploración detallada son imprescindibles para sospechar este diagnóstico, dada la inespecificidad de los síntomas.

BIBLIOGRAFÍA

Zhao Y, Dedeoglu F. Chronic nonbacterial osteomyelitis (CNO)/ chronic recurrent multifocal osteomyelitis (CRMO). En: UpToDate (Acceso en septiembre de 2024). Lisboa R, Martínez-Morillo M, Méndez M y cols. Osteomielitis crónica multifocal recurrente: claves para el diagnóstico. Anales de Pediatría 98 (2023) 470-474.

P-45. COMO EN CASA

Gómez Araújo C^{*1}, Vazquez Vila M²

¹CHOP. ²Centro Salud Lerez.

OBJETIVOS

Informar y formar a los padres, madres y/o cuidadores principales de los lactantes de 4 a 6 meses, pertenecientes al centro de salud de Lerez; sobre la introducción de la alimentación complementaria. Dotar de conocimientos actualizados a los padres a la hora de introducir alimentos diferentes a la leche en la alimentación del lactante >6 meses. Promoción de hábitos saludables asociados a la alimentación. Proporcionar información sobre el inicio y mantenimiento de la higiene bucodental. Dar seguridad en el manejo del atragantamiento y actuación en domicilio.

MÉTODOS

Sala de juntas centro de salud de Lerez. Pantalla digital. Maniquí de reanimación lactante. Material divulgativo (higiene bucodental, alimentación complementaria).

RESULTADOS

Este taller obtuvo una buena acogida por parte de los asistentes, quienes se mostraron participativos a lo largo de la sesión. Se han resuelto todas las dudas surgidas en base a los temas tratados aportando tranquilidad y seguridad a los participantes, a la hora de iniciar la alimentación complementaria. Se ha observado la importancia de realizar un enfoque holístico del lactante, dotando de conocimientos y herramientas a las familias.

CONCLUSIONES

Como profesionales sanitarios, nos encontramos en un momento de fácil y rápido acceso a información que no siempre es la adecuada. Por ello, consideramos esencial el abordaje directo hacia las familias dando información actualizada y veraz. De ahí la importancia de realizar estos talleres de forma sistemática ayudando a promover y promocionar la salud en nuestra sociedad desde la infancia. Compartimos con las familias la importancia de establecer un entorno seguro en el inicio de la alimentación.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones de la Asociación Española de Pediatría. En: Asociación Española de Pediatría [en línea] [consultado el 27/09/2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_c omplementaria_nov2018_v3_final.pdf Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 27/09/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> Aguilar Cordero María José, Sánchez López Antonio Manuel, Madrid Baños Nayra, Mur Villar Norma, Expósito Ruiz Manuela, Hermoso Rodríguez Enrique. Lactancia materna como prevención del sobrepeso y la obesidad en el niño y el adolescente: revisión sistemática. Nutr. Hosp. [Internet]. 2015 Feb [citado 2024 Sep 27] ; 31(2): 606-620. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000200010&Ing=es. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.8458>. Forero T. Yibby, Acevedo R. María José, Hernández M. Jenny Alexandra, Morales S. Gina Emely. La alimentación complementaria: Una práctica entre dos saberes. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2018 Oct [citado 2024 Sep 27] ; 89(5): 612-620. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-410620180005000612&Ing=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062018005000707>

P-46. CUANTO PESA... CUANTO DUELE

Fernández Villar A*¹, Ucha Gonzalez A¹, Martínez Guldris A¹, Rodríguez Ventín M¹, Romero Fernández Y¹, Ares Alvarez J¹

¹Centro Salud Virxe Peregrina.

OBJETIVOS

Introducción: Se estima que casi el 100% de los alumnos usan mochilas y la mayoría transportan en ellas un peso excesivo que sobrepasa el límite recomendado, 10-15% del peso corporal. Por otro lado, el dolor de espalda es un problema con una elevada incidencia entre los escolares, sobre todo adolescentes, hasta un 66% entre 12-16 años. Aunque no es la única causa, el uso de mochilas se relaciona con la etiología de este problema. Objetivo: Analizar la adecuación del peso de las mochilas, su diseño y colocación en los escolares que acuden al centro de salud con sus mochilas sin previo aviso.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio transversal prospectivo entre mayo y octubre de 2024. Se pesaron las mochilas de los niños que visitaron el centro de salud, principalmente en el marco de la consulta de promoción de salud, como parte de las actividades destinadas a promover una buena higiene postural y prevenir el dolor musculoesquelético. Se analizó diseño, colocación y el exceso de peso en relación al corporal.

RESULTADOS

Se pesaron las mochilas de 37 niños y niñas. La edad media fue de 11,5±2,1 años (mediana 12 años, RIC 10-13). El peso de las mochilas fue de 5,7±1,9 Kg (mediana 5,8Kg RIC 4,8-6,9). El porcentaje sobre el peso corporal fue de 13,1%±4,5% (mediana 11,9%, RIC 9,9%-14,2%). Ninguna mochila pesaba <5%; 10 (27%) pesaban >5% y <10%; 20 (54,1%) pesaban entre 10%-15%; y 7 (18,9%) pesaban >15%. Ninguna de las mochilas se adaptaba completamente al diseño recomendado: sin tirantes anchos acolchados: 13,5%; sin cinturón torácico/lumbar: 100%; sobrepasaban el nivel de los hombros: 18,9%; sobrepasaban la zona lumbar: 67,6%; no estaban ajustadas sobre los dos hombros: 8,1%.

CONCLUSIONES

Tres cuartas partes de las mochilas pesaban al menos un 10% del peso corporal, que es el límite recomendado para el peso que un escolar debe cargar, y una quinta parte sobrepasaba el 15%. Aunque casi todos los niños aseguraban usar la mochila en ambos hombros, ninguna de ellas cumplía con la mayoría de las pautas de diseño adecuadas. Estos dos hallazgos resaltan la importancia de implementar intervenciones en el ámbito educativo y sanitario relacionadas con el cuidado de la espalda. Es fundamental ayudar a los escolares a reducir la cantidad de material que llevan a diario en sus mochilas y persuadir tanto a los niños como a sus familias para que elijan un diseño apropiado, evitando seguir modas poco saludables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aparicio-Sarmiento, A., Martínez-Romero, M. T., Rodríguez-Ferrán, O., & Sainz de Baranda, P. Uso de la mochila y dolor de espalda en escolares adolescentes de Murcia. *Revista Iberoamericana De Ciencias De La Actividad Física Y El Deporte*, 2022; 11: 20–32. <https://doi.org/10.24310/riccafd.2022.v11i1.143062>. Skoffer, Birgit PT, MPH. Low Back Pain in 15- to 16-Year-Old Children in Relation to School Furniture and Carrying of the School Bag. *Spine* 2007; 32,p E713-E717, DOI: 10.1097/BRS.0b013e31815a5a443. Vidal, J., Borràs, P.A., Ponseti, F.J. et al. Effects of a postural education program on school backpack habits related to low back pain in children. *Eur Spine J*, 2013, 22: 782–787. <https://doi.org/10.1007/s00586-012-2558-74>. Henriot-Jéhel, C., Lemire, J., Teulier, C. et al. Factors associated with back pain in children aged 6 to 12 years of age,

an eight months prospective study. *Sci Rep* 2022, 12: 603. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-04060-75>. Rodríguez-Oviedo P, Ruano-Ravina A, Pérez-Ríos M, Blanco García F, Gómez-Fernández D, Fernández-Alonso A, Carreira-Núñez I, García-Pacios P, Turiso j. *Arch Dis Child* 2012;97:730–732. doi:10.1136/archdischild-2011-301253

P-47. OJO CON EL HIPEMA

Otero Gonzalez A*¹, Parga Hervés A¹, Pardo Cao A¹, García Martínez M¹, López Lamas V¹, Pardo Vázquez J¹

¹Hospital Teresa Herrera.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El hipema es la acumulación de sangre en la cámara anterior del ojo, observándose un nivel rojo entre la córnea y el iris, siendo los traumatismos la primera causa del mismo. Es una urgencia oftalmológica. Clínicamente, destaca el dolor ocular y la alteración de la visión. El pilar principal del tratamiento son los esteroides oculares, y siempre debe medirse la presión intraocular por riesgo de complicación con glaucoma. Como objetivo tenemos el reconocimiento de la urgencia oftalmológica que supone el hipema.

CASOS CLÍNICOS

Niño de 13 años sano que acude por dolor ocular, disminución de la visión y enrojecimiento del iris tras traumatismo ocular con un dardo de gomaespuma. Triángulo de evaluación pediátrica estable. A la exploración física destaca hipema que ocupa 3/4 de la cámara anterior, sin limitación de los movimientos oculares ni alteración pupilar. No otra sintomatología. Se deriva a Urgencias Oftalmológicas. Pruebas complementarias en Urgencias Oftalmológicas: presión intraocular elevada (23mmHg), disminución de la agudeza visual (0.8), erosiones corneales inferiores, coágulo adherido. Se inicia tratamiento corticoideo ocular (colirio+pomada nocturna), antibioterapia tópica con eritromicina, anticolinérgico pupilar para dilatación de la misma y se desaconseja el decúbito. Se cita en 24 horas. Revisión: reabsorción prácticamente total del sangrado (persiste 1/8 del mismo), normalización de la agudeza visual, disminución de la presión intraocular (17 mmHg). Dolor controlado con analgesia convencional.

DISCUSIÓN

El hipema es una urgencia oftalmológica y debe ser valorado por Oftalmología. Es doloroso, y puede complicarse con un glaucoma. Debe medirse la presión intraocular. Los corticoides son el pilar del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

<https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/traumatismos-y-envenenamientos/lesiones-oculares/hipema>
https://www.cochrane.org/es/CD005431/EYES_tratamiento-medico-del-hipema-traumatico

P-48. OJO ROJO DE EVOLUCIÓN LARVADA

Fernández Álvarez C*¹, Millán Omil T¹, Presno López I¹, Pardo Vázquez J¹

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El ojo rojo es una patología frecuente en pediatría. La causa más frecuente es aquella que afecta a la conjuntiva de manera aguda. Sin embargo, puede deberse también a afectación de la córnea, de la cámara anterior o incluso a patología orbitaria y de anejos. Es importante realizar un diagnóstico diferencial precoz entre las mismas. Una causa infrecuente de ojo rojo es la miasis ocular, una infección parasitaria por estados larvarios de moscas, principalmente de la larva de *Oestrus ovis*, causante frecuente de miasis en ganado ovino. Puede afectar al globo ocular de forma externa o interna, así como a la mucosa nasal. El principal motivo de consulta en estos pacientes es la irritación local. De no ser tratada, la infestación puede llegar a provocar ceguera.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos el caso de un varón de 14 años que acude a nuestra Unidad de Urgencias por dolor, sensación de cuerpo extraño y prurito en ojo izquierdo de inicio agudo y escasas horas de evolución. Asocia fotofobia y lagrimeo. A la exploración oftalmológica del ojo destaca hiperemia conjuntival sin quemosis, pupilas simétricas y normorreactivas, así como movimientos oculares conservados no dolorosos. No se objetiva cuerpo extraño a la exploración con fluoresceína. Se recomiendan lavados oftálmicos con suero fisiológico. Ante empeoramiento de la clínica, el paciente precisa nueva asistencia en Urgencias a las pocas horas. Asocia entonces blefarospasmo, por lo que se deriva a Oftalmología. A la exploración con lámpara de hendidura, se visualizan larvas de gusano transparentes móviles a nivel de fondos de saco y pestañas. Se procede a retirada de las mismas con hemostetas, extrayendo 7 larvas subcentimétricas. Se añade al tratamiento eritromicina oftálmica para prevenir la sobreinfección bacteriana, lágrimas artificiales lubricantes y toallitas para limpieza. Se programa revisión en consultas externas de oftalmología tras una semana, con resolución clínica.

DISCUSIÓN

Ante un paciente que acude con ojo rojo resulta fundamental descartar aquellas patologías potencialmente graves y requieren derivación a un especialista. La miasis ocular es una causa poco frecuente y que puede ser difícil de sospechar en la aproximación inicial. Debemos tenerla en cuenta ante conjuntivitis de mala evolución. Debe ser detectada y tratada de manera precoz con el fin de evitar complicaciones.

P-49. ¿PODEMOS PREDECIR EL FRACASO DE LA TOLERANCIA ORAL? ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON VÓMITOS

Millán Omil T*¹, Cachaldora Losada M¹, Díaz Fernández F¹, López Lamas V¹, Ferreiro¹, Presno López I¹, Pardo Vázquez J¹

¹*Pediatría, Hospital Materno-Infantil A Coruña.*

OBJETIVOS

Los vómitos son uno de los motivos de consulta más frecuentes en Urgencias de Pediatría. Asegurar un adecuado aporte de líquidos por vía oral es fundamental para prevenir la deshidratación que puede acompañar a los procesos gastrointestinales. En ocasiones la tolerancia por vía oral fracasa, y se debe recurrir a la rehidratación por vía intravenosa. El objetivo de este estudio es determinar posibles factores predictores de fracaso de tolerancia. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (tiempo de evolución, asociación de fiebre o diarrea, número de vómitos, grado de deshidratación) y analíticas (glucemia, cetonemia), tanto de los pacientes en los que se consiguió tolerancia por vía oral como en aquellos que precisaron rehidratación intravenosa.oral en pacientes pediátricos.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes pediátricos que acudieron a Urgencias entre noviembre 2023 y enero 2024 por vómitos, y en los cuales se realizó un intento de tolerancia oral en nuestra Unidad de Urgencias.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 265 pacientes, con una edad media de 5,83 años, siendo la mayoría de ellos (56,2%) varones. En un 90,2% se administró ondansetrón previo al intento de tolerancia. La tolerancia oral fue exitosa en la mayoría de los pacientes (87,2%). Los pacientes que precisaron rehidratación intravenosa, en comparación con aquellos que consiguieron tolerancia por vía oral, presentaban un cuadro clínico de mayor tiempo de evolución (34,2 horas vs 19,3), con un mayor número de vómitos (media de 8,3 vs 5,9), y más frecuentemente asociado a fiebre (35,5% vs 23,3%). Los pacientes que precisaron rehidratación por vía intravenosa, presentaron un mayor grado de deshidratación, mostrando un 58,8% de ellos datos de deshidratación moderada, frente al 7,3% de pacientes en los que se consiguió tolerancia por vía oral. Ninguno de nuestros pacientes presentó deshidratación grave. No encontramos diferencias significativas en cuanto a la asociación de diarrea, niveles de glucemia o cetonemia.

CONCLUSIONES

Determinadas características del cuadro clínico en pacientes con vómitos podrían predecir su evolución y el fracaso de la tolerancia oral. En nuestro estudio un mayor tiempo de evolución de la enfermedad, la asociación de fiebre y un número elevado de vómitos pareció asociarse a mayor probabilidad de precisar rehidratación intravenosa. Realizar una correcta anamnesis podría ayudarnos a seleccionar aquellos pacientes con mayor riesgo de pérdida de tolerancia oral.

BIBLIOGRAFÍA

– Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.*2014; 59(1): 132-52.-García Herrero MA, López López MR, Molina Cabañero JC (coord). Manual para el diagnóstico y el tratamiento de la deshidratación y de los trastornos hidroelectrolíticos en urgencias de Pediatría. Madrid: Ergon; 2018

P-50. DEXAMETASONA EN CRISIS ASMÁTICAS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Cachaldora Losada M^{*1}, Castro Sesto P¹, Pardo Cao A¹, Rodríguez Ferreiro A¹, Yáñez Mesía S¹, Presno López I¹, Pardo Vázquez J¹

¹*Pediatría, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera.*

OBJETIVOS

Las crisis asmáticas son un motivo de consulta frecuente en la urgencia pediátrica, siendo la corticoterapia uno de los pilares del tratamiento. La dexametasona es cada vez más empleada por su mayor vida media y su efecto más potente. El objetivo es realizar un análisis descriptivo que compare si la administración de una dosis de dexametasona oral es igual de efectiva que la pauta de prednisolona de 3-5 días (valoración pre y post instauración de protocolo para tratamiento de crisis asmáticas en un hospital de tercer nivel que propone la dexametasona como corticoide de elección).

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes entre 2 y 15 años que acudieron a la Unidad de Urgencias de un hospital de tercer nivel en los meses de enero de 2022 (preprotocolo) y enero de 2023 (postprotocolo), cuyo diagnóstico fue crisis asmática. Se recogieron datos demográficos (sexo, edad), antecedentes previos de broncoespasmo, tratamiento de base, gravedad de la crisis, dosis de tratamiento corticoideo administrado, reconsulta y/o ingreso.

RESULTADOS

En enero de 2022 acudieron 69 pacientes por crisis asmática mientras que en 2023 acudieron 92, predominando en ambos casos los varones y siendo la media de edad mayor en 2023 (4,7 vs 6,8 años). La distribución por gravedad de la crisis fue similar entre ambos meses. Tras la instauración del protocolo la dosis de corticoide se adecuó en mayor medida a la gravedad (74% vs 93,5%), es decir, a mayor gravedad se administró mayor dosis de corticoide. El número de reconsultas en Atención Primaria fue similar; la mayoría de control y sin cambios en el tratamiento. En Urgencias hubo más reconsultas cuando el corticoide administrado era prednisolona (24,6% vs 3,3p. sE%), manteniendo el tratamiento sin cambios en un 11,8%. En las reconsultas tras protocolo (3,3%) hubo que intensificar el tratamiento broncodilatador y/o corticoideo en todos los casos. Hubo una marcada diferencia en los ingresos en planta de hospitalización (2,9% vs 1%) y no hubo ingresos en UCIP.

CONCLUSIONES

Tras la instauración de un nuevo protocolo de crisis asmática en un hospital de tercer nivel se mejoró en el tratamiento de las crisis según su gravedad. La instauración de la dexametasona como corticoide principal no supuso un aumento de los ingresos ni de las reconsultas de los pacientes, por lo que consideramos que se trata de una buena opción de tratamiento, dada su mejor tolerancia y facilidad posológica.

BIBLIOGRAFÍA

Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Global Initiative for Asthma (GINA) 2018
Balaguer M. Bronchiolitis: Score of Sant Joan de Deu: BROSJOD Score, Validation and usefulness. *Pediatr Pulmonol.* 2017; 52: 533-9
Johnston NW, Sears MR. The epidemiology of asthma exacerbations. *Thorax.* 2006; 61: 722-8.

P-51. EL BUEN OJO DE PRIMARIA

Alonso Fernandez J*¹, Rivas Arribas L², Cano Pardo C³, Couceiro Gianzo J²

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario de Pontevedra.* ²*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.* ³*Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los traumatismos faciales accidentales son un motivo de consulta frecuente en pediatría, pudiendo ocasionar fracturas de órbita. Aquéllas que afectan al suelo de órbita suelen acompañarse de edema, hematomas o laceraciones, siendo característica la distopia ocular vertical. Existen dos tipos: fracturas blow-out (las más frecuentes), con desplazamiento de las estructuras orbitarias hacia el seno maxilar y fracturas blow-out inverso o "blow-in", en las que el suelo de la órbita fracturado se eleva hacia la órbita. La TC (tomografía computarizada) es la prueba de elección para confirmar la fractura y descartar otras lesiones asociadas. El tratamiento dependerá de la situación del paciente, pudiendo precisar tratamiento quirúrgico.

CASOS CLÍNICOS

Varón de 14 años valorado en Urgencias hospitalarias por traumatismo facial accidental contra una silla y epistaxis autolimitada. En la exploración física presentaba edema importante en región malar derecha, sin evidencia de enoftalmos, exoftalmos, diplopía ni oftalmoplejía y con radiografía de huesos propios normal. Fue dado de alta a domicilio con control evolutivo en su pediatra. En control inicial por un médico de atención primaria, distinto a su médico habitual, no se evidenciaron cambios significativos en la exploración física por lo que se mantuvo actitud expectante. A los 14 días fue reevaluado por su pediatra habitual detectándose asimetría ocular (figura 1) sin otra sintomatología asociada. Se completó estudio con TC demostrándose fractura de la pared anterior del seno maxilar con hundimiento y espolón óseo que protruía en el suelo de la órbita derecha, sin afectación del globo ocular ni alteración de la grasa retro-orbitaria (figura 2). Ante la confirmación diagnóstica de fractura blow-in del suelo orbitario derecho es valorado por cirugía maxilofacial, precisando tratamiento quirúrgico. El postoperatorio transcurrió sin incidencias.

DISCUSIÓN

La continuidad del pediatra en atención primaria ha demostrado ser clave en el reconocimiento de los problemas de salud, siendo más efectivo que otros profesionales; evitando el sobrediagnóstico, la medicalización y la sobreexposición a pruebas innecesarias; así como una reducción de las visitas a los servicios de urgencias, los ingresos hospitalarios y la mortalidad, mejorando así la atención y la calidad de vida de los pacientes. Ante la sospecha de fractura orbitaria, se recomienda realizar TC frente a la radiografía simple. Hay que tener en cuenta las fracturas blow-in que, aunque menos frecuentes, pueden requerir cirugía y no están exentas de complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Neuman M.I., Bachur R.G. (2024). Orbital fractures. En: Torrey S.B., Paysse E.A., Moreira M.E. (Ed.). UpToDate. San Vicente, B., Parri, F. J., Sancho, M. A., & Morales, L. (2000). Fracturas del suelo de la órbita. *Cir Pediatr*, 13, 73-76. Morales Navarro, D. (2017). Fracturas orbitarias. *Revista Cubana de Estomatología*, 54(4), 1-16. Lighterman I, Reckson C. "Blow-in" fracture of the orbit. *Ann Plast Surg*. 1979 Dec;3(6):572-5. doi: 10.1097/0000637-197912000-00014. PMID: 546302. DynaMed. Facial Trauma in Children. EBSCO Information Services. Accessed 17 de junio de 2024. <https://www.dynamed.com/condition/facial-trauma-in-children> Añel-Rodríguez, R. M., & Astier-Peña, P. (2022). Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15(2), 75-76.

P-52. NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO EN PEDIATRÍA

Mesías De Concepción L*¹, Rivas Vazquez¹, Manso Gómez¹, Suárez Sanmartín A¹, Fernández Filgueira M¹, Luaces González J¹

¹*Pediatría, CHUF.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Defínese neumomediastino coma a presenza de aire a nivel do intersticio mediastínico en ausencia de antecedente traumático. Afecta principalmente a varóns de idade adolescente. Descríbense como factores de risco patoloxías respiratorias de base, infeccións bacterianas por microorganismos produtores de gas, consumo de tóxicos ou gases irritantes, vómitos repetidos que produzan rotura esofáxica, esforzo físico intenso, buceo ou viaxes en avión.

CASOS CLÍNICOS

Acode ao noso Servizo de Urgencias Pediátricas un neno de 14 anos e 10 meses, activo e deportista, sen antecedentes persoais de interese, con presentación de dor centro-torácica e disnea súbita tras esforzo físico. Dita dor aumenta coa inspiración, e concomitantemente a esta presenta tamén molestias coa deglución así como voz gangosa. Consulta primeiramente no servizo de urgencias extrahospitalarias, onde detectan crepitación a nivel cervical e supraclavicular e remiten ás urgencias coa sospeita diagnóstica establecida. Á chegada ao noso servizo evidénciase saturación e constantes normais. Na exploración física apreciamos dita crepitación (laterocervical bilateral e supraclavicular esquerda) así como signo de Hamman (crepitación sincrona coa sístole cardíaca). Realízanse probas de imaxe (RX de tórax e ecografía), evidenciándose enfisema subcutáneo cervical bilateral ata mediastino superior, chegándose ao diagnóstico de neumomediastino que non despraza vía aérea. Así mesmo realízanse ECG e analítica sanguíneas que non amosaron alteracións. O doente ingresa en Planta de Pediatría, instaurándose osíxenoterapia de baixo fluxo, analxesia e repouso evitando maniobras de Valsalva. Fíxose seguemento radiográfico e ecográfico con resolución do cadro e desaparición do aire ectópico ás 72 horas de ingreso.

DISCUSIÓN

O neumomediastino espontáneo é unha entidade cunha baixa incidencia declarada en poboación pediátrica. Ao contar con sintomatoloxía común a unha ampla variedade de etioloxías (disnea, dor torácica...) pode confundirse ou infraestimarse a prevalencia real de dita afección con outras patoloxías. O diagnóstico é factible realizalo con probas dispoñibles en grande parte de centros sanitarios, ademais de ser sinxelo chegar á sospeita diagnóstica cunha anamnese axeitada e exploración física exhaustiva, prestando especial atención á presenza de enfisema subcutáneo así como o signo de Hamman. Aínda que o gold standard para o diagnóstico é a tomografía computarizada, o diagnóstico adoita realizarse con radiografía de tórax. A ecografía érguese como unha técnica que podería axudar ó diagnóstico e o seguemento destes pacientes. Ademais, o tratamento na meirande parte dos casos consiste en manter unha actitude expectante, pois adoita ser unha patoloxía autolimitada e benigna. O uso de osíxenoterapia para favorecer a reabsorción de aire é controvertido se a saturación de osíxeno do paciente é adecuada. É nesas 3 cuestións onde radica a importancia deste caso clínico: o neumomediastino é unha patoloxía que se pode ver en doentes de idade pediátrica, cun diagnóstico sinxelo se somos capaces de manter un alto índice de sospeita, e cun bo pronóstico co tratamento correcto.

BIBLIOGRAFÍA

- Ruiz-Ruiz F. J., Sampérez A., Rubio T., Escolar F.. Neumomediastino espontáneo. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006 Ago;29(2):275-278.- Fernández García P, González Menchén C, Ramos Amador JT. Neumomediastino en Pediatría. Experiencia en un centro terciario. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:e37-e44.

P-53. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ANTE UN PRIMER EPISODIO DE RABDOMIOLISIS

Monrabal Saez B*¹, Neira Gonzalez F¹, Remesal Gomez M¹, Seoane Freire A¹, Rey Garcia S¹, Lojo Rodriguez M¹

¹*Pediatría, CHUS.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La rabdomiólisis es un cuadro potencialmente grave que se produce cuando el tejido muscular se necrosa y produce la liberación de sus componentes a la circulación. Estos componentes pueden producir numerosos efectos secundarios graves, uno de los más importantes es la afectación de la función renal. Hay una gran variedad de causas que pueden producir este cuadro, por lo que ante un primer episodio es importante realizar un diagnóstico diferencial para distinguir aquellos episodios transitorios y sin más datos de alarma, de aquellos que podrían estar relacionados con enfermedades subyacentes, que en ocasiones pueden debutar con este cuadro.

CASOS CLÍNICOS

Paciente de 13 años que acude a urgencias por dolor muscular generalizado, más acentuado en muslos y brazos, de aproximadamente 1 semana de evolución, que se exacerba con el ejercicio. Estuvo practicando deporte de alto rendimiento el último mes, sin presentar clínica de dolor muscular hasta hace 1 semana. No refiere sintomatología infecciosa las últimas semanas. El dolor no cede con analgesia oral. En el servicio de urgencias se realiza analítica sanguínea que refleja marcada elevación de enzimas musculares y leve afectación de la función renal, por lo que se decide ingreso para hiperhidratación y estudio de causas secundarias de rabdomiólisis.

DISCUSIÓN

Con este caso queremos valorar la importancia de realizar un despistaje de causas secundarias de rabdomiólisis cuando aparece un primer episodio. Muchas veces podemos encontrarnos con diversas enfermedades subyacentes, como es el caso de las enfermedades metabólicas. Esto es importante sobre todo cuando no encontramos causas que justifiquen el cuadro en la anamnesis o la exploración física.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía 1. Cortés R, Kleinsteuber K, Vargas CP, de Los Ángeles Avaria M. Rabdomiólisis metabólica: actualización. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2018;29(5):553–9. 2. Martínez López AB, Hidalgo Cebrián R, Rivas García A. Otras causas de dolor abdominal: rabdomiólisis aguda en relación con el ejercicio físico. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2012;77(5):352–3. 3. Comellas LC, Fernández-García MÁ, Molinero MÁ, Andrés DG, Munell F. Hiperckemias y distrofias musculares [Internet]. Aeped.es.

P-54. LET'S GO FISHING

Alvarez Diaz M^{*1}, Martin Morales M², Crespo Suarez P², Gonzalez Alonso N², Couceiro Gianzo J²

¹Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ²Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La ingesta de cuerpo extraño (CE) es un motivo de asistencia frecuente en los servicios de urgencias, con potencial riesgo vital. Aunque la mayoría pasan directamente a estómago y no requieren intervención, el diagnóstico y abordaje terapéutico precoz son esenciales.

CASOS CLÍNICOS

Niña de 6 años y 11 meses traída al Servicio de urgencias por ingesta accidental de cuerpo extraño (plomo de pesca, 11g de peso, longitud 3 cm) 1 hora antes de su asistencia. No dolor abdominal, no vómitos ni otra clínica. Exploración física y constantes normales. Se realizó radiografía de abdomen visualizándose cuerpo extraño en mesogastrio sin signos de obstrucción ni neumoperitoneo. Se extrajo analítica (con función renal y hepática, normales) con niveles de plomo (pendientes) y se decidió ingreso para vigilancia clínica. A su ingreso dada la no indicación de endoscopia para extracción de cuerpo extraño por estar alojado en intestino delgado se administró una dosis de piletilenglicol y se realizó irrigación intestinal con laxante para favorecer el tránsito intestinal y la expulsión de cuerpo extraño. En controles radiográficos seriados, a las 9 y 16 horas de la ingesta, se objetivó progresión del CE a colon. Se administró enema de suero salino fisiológico sin éxito. Se realizó colonoscopia a las 20 horas de la ingesta, visualizándose cuerpo extraño en orificio apendicular y se extrajo sin incidencias. También se realizaron niveles seriados de plomo en sangre a las 9 y 16 horas desde la ingesta. Dado que la paciente no presentó clínica, se mantuvo actitud expectante en cuanto a inicio de tratamiento (resultados plomo en sangre no disponibles hasta los 4 días). Se mantuvo asintomática y sin datos de intoxicación por lo que se decidió alta tras 20 horas de observación. Se realizó control clínico a las 48 horas del alta permaneciendo asintomática. Una semana tras el alta se obtuvieron los niveles de plomo siempre por debajo de rango tóxico.

DISCUSIÓN

La ingesta de cuerpo extraño es un motivo de asistencia frecuente en urgencias de pediatría. Sin embargo, no se han encontrado casos descritos en la literatura médica reciente sobre la intoxicación aguda por contenido plúmbico. Los niveles de plomo en sangre son impredecibles, tanto en absorción como en repercusión clínica. Los tratamientos no son inocuos y son de difícil acceso. La primera intención debe ser retirar la fuente de plomo. El inicio de tratamientos que disminuyan su absorción se valorará en función de la clínica y de los niveles en sangre.

P-55. ¿QUÉ HAY DETRÁS DEL AUMENTO RADIOGRÁFICO DE LA SILUETA CARDIOPERICÁRDICA?

Pardo Vázquez J¹, Millán Omil T*¹, Otero González A¹, Sobrino Baladrón A²

¹*Pediatría, Hospital Materno-Infantil A Coruña.* ²*Cardiología Infantil, Hospital Materno-Infantil A Coruña.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El aumento de la silueta cardiopericárdica en la radiografía de tórax es un signo frecuente, que en la mayor parte de los casos se corresponde con una cardiomegalia de etiología variable. Pruebas de imagen como la ecocardiografía, TC o RM torácicas pueden esclarecer los hallazgos en la radiografía. En algunas ocasiones, el aumento de la silueta se corresponde con patología en el mediastino. A este nivel se encuentran importantes estructuras anatómicas. Una masa en el mediastino anterior puede relacionarse con el timo, la tiroides, linfomas o tumores de células germinales extragonadales a ese nivel, como los seminomas, tumores no seminomatosos y los teratomas. Otras entidades más infrecuentes pueden explicar masas a este nivel.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos el caso de un varón de 4 años derivado a consultas externas de Cardiología Infantil para estudio de cardiomegalia como hallazgo incidental en una radiografía de tórax solicitada por infecciones respiratorias de repetición. El paciente es oriundo de Venezuela y carece de antecedentes de interés relacionado. Se encuentra asintomático desde el punto de vista cardiovascular. Se realiza ecocardiografía, donde se observa una importante masa de aspecto poliquístico de origen probablemente mediastínico, en relación con cara lateral y anterior cardíaca, aunque sin repercusión cardíaca funcional. La resonancia magnética torácica confirma su ubicación a nivel de mediastino anterior, con contenido fundamentalmente graso y quístico, como primera posibilidad diagnóstica de teratoma. Es valorado por Cirugía infantil y Cardíaca, que finalmente realizan un abordaje quirúrgico conjunto que permite exéresis completa de la masa. En el estudio anatomopatológico se evidencia origen linfangiomatoso.

DISCUSIÓN

El linfangioma quístico tiene su origen en tejido embriológico linfático residual. Son malformaciones raras y benignas, mayormente congénitas. Se desconoce su origen, aunque la hipótesis principal es un fallo en la comunicación embrionaria del sistema venoso y linfático. El crecimiento progresivo del tumor se puede explicar por la persistencia de capacidad para producir linfa. Su localización más frecuente es a nivel de cabeza y cuello. La localización mediastínica es infrecuente y suponen menos de un 5% de los tumores localizados a este nivel. La exéresis quirúrgica completa supone el tratamiento de primera línea para evitar recidivas. De no extirparse, pueden complicarse con sobreinfecciones, rotura o compresión de estructuras relacionadas.

BIBLIOGRAFÍA

-J.H. Jiménez y Felipe. Linfangioma quístico mediastinal. Reporte de un caso. Rev Mex Cir Pediatr., 15 (2008), pp. 87-92-D. Feldman. Extragonadal germ cell tumors involving the mediastinum and retroperitoneum. TD Gilligan (Ed). Uptodate, last review dec 2022.

P-56. RELEVANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LOS DOLORES OSTEOARTICULARES EN LA INFANCIA.

Neira González F*¹, Monrabal Sáez B¹, Remesal Gómez ¹, López Franco M¹, Rey García S¹, Crego Rodríguez L¹

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los dolores osteoarticulares en niños pueden variar desde condiciones benignas hasta patologías graves. La evaluación precisa y exhaustiva de síntomas aparentemente banales es fundamental, ya que pueden ser indicativos de diversas afecciones como procesos inflamatorios, infecciosos o neoplásicos. Los diagnósticos diferenciales incluyen desde la artritis séptica, la enfermedad de Perthes y la osteomielitis hasta la leucemia linfoblástica aguda, que aunque menos común, representa un diagnóstico crítico que requiere atención inmediata.

CASOS CLÍNICOS

Se presenta el caso de un paciente de 2 años y 3 meses, sin antecedentes personales relevantes, que acude a urgencias por irritabilidad y fiebre de corta evolución, siendo inicialmente diagnosticada de infección respiratoria de vías altas. Tras reconsultar por persistencia de la fiebre, cojera y dolor en la cadera derecha, y con el diagnóstico previo de sinovitis transitoria, se realizan pruebas complementarias, objetivando leucocitosis, anemia leve y una VSG elevada; por lo que se decide ingreso para completar el estudio diagnóstico y se inicia tratamiento con cefazolina endovenosa ante la sospecha de un proceso infeccioso osteoarticular. Los resultados de las pruebas analíticas y de imagen sugirieron una posible infiltración ósea neoplásica en diferentes localizaciones, ante lo que se solicitó una RM corporal y una biopsia de médula ósea que confirmaron el diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda.

DISCUSIÓN

Este caso resalta la importancia de una historia clínica meticulosa y la realización de estudio diagnóstico exhaustivo en la evaluación de los dolores osteoarticulares en niños. Aunque los síntomas iniciales pueden sugerir condiciones menos graves, la evolución clínica y los resultados de las pruebas complementarias pueden revelar patologías tan severas como la leucemia aguda. La identificación temprana de estas condiciones es crucial para el manejo terapéutico adecuado y la mejora del pronóstico del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clark MC. Overview of causes of limp in children. In: UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. [Internet]. [Citado el 8 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
2. Horton TM. Overview of the clinical presentation and diagnosis of acute lymphoblastic leukemia/lymphoma in children. In: UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. [Internet]. [Citado el 8 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
3. Núñez Cuadros E, Saavedra Lozano J. Infecciones osteoarticulares: artritis séptica, osteomielitis y espondilodiscitis. [Internet]. [Citado el 20 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18_infecciones_osteoarticulares.pdf
4. Salcedo Montejo M, González Morán G, Sánchez Márquez JM. Patología de las caderas. En: Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 6ª ed. Madrid: Médica Panamericana; julio 2017. p. 607-609.5. González Martínez B, Rosich del Cacho B. Leucemias, linfomas y síndromes mielodisplásicos. En: Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. 6ª ed. Madrid: Médica Panamericana; julio 2017. p. 1199-1206.

P-57. ¿ANEMIA = FERROPENIA?

Fernández Iglesias N*¹, Dagraza Pérez M¹, Penas Iglesias T¹, Galán Coteló L¹, Iglesias Aldea M¹, Marquès Bagur C¹, López Franco M¹, Rey García S¹

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La anemia es el motivo de consulta hematológico más frecuente en pediatría, habitualmente es asintomática o con escasa semiología. Su causa más común es la ferropénica carencial, aunque debemos tener en cuenta las múltiples etiologías que pueden dar lugar a esta entidad, sin dejar de lado la anemia por trastorno crónico que puede esconder enfermedades de base, sobre todo en casos de anemia grave.

CASOS CLÍNICOS

Niño de 2 años que consulta en servicio de urgencias por astenia progresiva con dificultad para actividades de la vida diaria, palidez cutánea y dolor abdominal. En control analítico se objetiva anemia grave con Hb (hemoglobina) 2,9 g/dL VCM (volumen corpuscular medio) 78,4 fL; CHCM (concentración de hemoglobina corpuscular media) 33,3 g/dL y Reticulocitos 1400/mcL por lo que se decide ingreso para estudio y tratamiento con transfusión de hematíes. Se completa estudio de anemia que muestra valores de eritropoyetina elevados, perfil férrico, folato y vitamina B12 normales, así como frotis sanguíneo sin alteraciones significativas. Se decide realizar Sangre oculta en heces y gammagrafía de mucosa gástrica descartando divertículo de Meckel. En controles analíticos seriados se objetiva ascenso progresivo de cifras de Hb, así como de Reticulocitos. Ante negatividad de estudios previos se realiza aspirado de médula ósea que demuestra hiperplasia de serie roja y reticulocitosis discreta compatibles con Eritroblastopenia Transitoria de la Infancia (ETI) que se confirmó evolutivamente al normalizarse de forma espontánea valores de Hemograma así como recuperación clínica completa

DISCUSIÓN

Aunque la causa más frecuente es la ferropenia, ante un niño con anemia grave debemos realizar los estudios necesarios para filiar adecuadamente su etiología y poder aplicar así el tratamiento adecuado. Ante la clínica y edad del paciente la primera hipótesis diagnóstica sería un divertículo de Meckel, sin obviar otras etiologías, como en este caso, ante una gammagrafía negativa. La ETI es una enfermedad infradiagnosticada por su curso subagudo y autolimitado ya que se confirma con la recuperación espontánea de valores analíticos normales. Pese a que es una entidad benigna, es importante filiarla ya que su clínica puede provocar una repercusión, aunque transitoria, importante en las actividades de la vida diaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. FAPap - Anemia-en-la-edad-pediatrica [Internet]. Fapap.es. [citado el 6 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://fapap.es/articulo/403/anemia-en-la-edad-pediatrica>

2. Burns RA, Woodward GA. Transient erythroblastopenia of childhood: A review for the pediatric emergency medicine physician. *Pediatr Emerg Care* [Internet]. 2019;35(3):237–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/PEC.00000000000017603>

Tordecilla C J, Vega G A, Tordecilla F R. Eritroblastopenia Transitoria de la Infancia: Presentación de Tres Casos Clínicos. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2009;80(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0370-410620090006000074>

Mejía Sang ME, Mendez M. Diagnosing transient erythroblastopenia of childhood: A review for pediatricians. *Pediatr Ann* [Internet]. 2024;53(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3928/19382359-20231113-02>

P-58. INFECCIONES OPORTUNISTAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Remesal Gómez M^{*1}, Neira González F¹, Monrabal Sáez B¹, López Franco M¹, Berrocal Castañeda M¹, Rey García S¹, Carreira Sande N¹, Martínón Torres N¹, Martínón Torres F¹, Leis Trabazo R¹, Martín Morales J², López García E³, García Fontao C¹

¹*Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.* ²*Pediatría, Hospital Provincial de Pontevedra.* ³*Neurocirugía, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad inflamatoria intestinal grave precisa tratamiento intensivo dentro de los que se incluyen los fármacos biológicos. Los anticuerpos quiméricos anti-TNF α (infiximab, entre otros) se asocian a alto riesgo de infecciones oportunistas, las cuales pueden llegar a ser muy graves.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos el caso de una mujer de 14 años que como antecedentes personales presenta colitis ulcerosa con diagnóstico en noviembre de 2023. Presentó mala respuesta a tratamiento de primera línea, por lo que se encuentra a tratamiento con infiximab (2 dosis), prednisona, azatioprina y mesalazina. Es trasladada a nuestro centro tras presentar estatus convulsivo y con un TAC craneal en el que se objetiva área hipodensa de contornos mal delimitados en región parieto-occipital derecho con efecto masa y ligero desplazamiento de estructuras de línea media. Ante la etiología desconocida de la lesión, se decide iniciar antibioterapia empírica intravenosa (cefotaxima, vancomicina y metronidazol) y valoración por neurocirugía. A las 24 horas presenta hemocultivo positivo para *Listeria monocytogenes*, por lo que se rota a tratamiento intravenoso con ampicilina y gentamicina. Se mantiene antibioterapia con gentamicina y ampicilina 3 semanas y con ampicilina durante 5 semanas más con mejoría clínica, analítica y radiológica. Durante el ingreso se mantiene asintomática en cuanto a clínica digestiva.

DISCUSIÓN

El uso de fármacos biológicos como el infiximab se asocia a un mayor riesgo de infecciones oportunistas graves, que precisan en ocasiones hospitalización. Además, dicho riesgo se ve incrementado con el uso concomitante de corticoides. Un 36% de pacientes desarrollan la infección durante los 7 primeros meses de tratamiento, por lo que precisan seguimiento estrecho. La terapia con anti-TNF α debe suspenderse durante la infección. La decisión de reiniciar el fármaco biológico debe ser individualizada, valorando de forma cuidadosa el riesgo/beneficio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Koo S, Marty FM, Baden LR. Infectious complications associated with immunomodulating biologic agents. *Infect Dis Clin North Am* 2010; 24:285.2. D'Haens GR, Panaccione R, Higgins PD, et al. The London Position Statement of the World Congress of Gastroenterology on Biological Therapy for IBD with the European Crohn's and Colitis Organization: when to start, when to stop, which drug to choose, and how to predict response? *Am J Gastroenterol* 2011; 106:199.3. Grijalva CG, Chen L, Delzell E, et al. Initiation of tumor necrosis factor- α antagonists and the risk of hospitalization for infection in patients with autoimmune diseases. *JAMA* 2011; 306:2331.4. US Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: drug labels for the tumor necrosis factor- α (TNF α) blockers now include warnings about infection with *Legionella* and *Listeria* bacteria. 5. Nakane A, Minagawa T, Kato K. Endogenous tumor necrosis factor (cachectin) is essential to host resistance against *Listeria monocytogenes* infection. *Infect Immun* 1988; 56:2563.

P-59. ALTERACIONES DERMATOLÓGICAS ASOCIADAS AL TRATAMIENTO CON ANTI-FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

García Gómez P*¹, Busto Cuiñas M¹, Lugo Adan E¹

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

OBJETIVOS

Describir las lesiones cutáneas asociadas al tratamiento con anti-factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF) en nuestra población de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los pacientes con EII que recibieron tratamiento con anti-TNF y que presentaron algún tipo de reacción cutánea en los últimos 10 años en el servicio de Pediatría de nuestro hospital.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 33 pacientes que recibieron tratamiento con anti-TNF. De estos, 17 (51%) presentaron algún tipo de afectación cutánea. 12 de los pacientes afectados (70%) presentaban enfermedad de Crohn (2 con extensión ileocecal, 2 cólica, 4 ileocólica, 4 proximales al ángulo de Treitz) y 5 (30%) colitis ulcerosa (4 pancolitis). En cuanto al tipo de anti-TNF utilizado, 17 recibieron Infliximab, de los cuales 9 (52%) presentaron alguna alteración dermatológica (6 tratados con dosis de 10 mg/kg/8 semanas, y 3 con dosis de 5 mg/kg/8 semanas); y 13 con Adalimumab, presentando afectación cutánea 6 de ellos (48%) (5 con dosis de 40 mg/2 semanas, 1 con 20 mg/2 semanas). 3 pacientes recibieron ambos inmunosupresores, y solo 1 de ellos no presentó afectación cutánea. Respecto al tipo de patología dermatológica, 11 (64%) presentaron una reacción psoriasiforme (el 27% se impetiginizaron), 3 reacciones locales (17%), 1 eccema leve (probable reacción fotosensible) e impétigo de repetición (6%). Otras lesiones no relacionadas (17%) fueron alopecia, moluscos sobreinfectados y eritema pernio. Las localizaciones más frecuentes fueron en pliegues retroauriculares y fosas nasales (43%), región facial (25%), cuero cabelludo, comisura labial y manos (17%), extremidades, espalda, pubis y pliegue axilar (12%), y 6% ombligo, abdomen y plantas. Dentro de los primeros 12 meses de tratamiento aparecieron el 64% de las lesiones cutáneas relacionadas con el tratamiento anti-TNF, a partir de los 2 años el 36% restante. 14 pacientes (82%) recibieron tratamiento para las lesiones, solo 1 (5%) precisó suspender el tratamiento (por psoriasis). Ningún paciente asociaba otra patología autoinmune.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, un gran porcentaje de los pacientes tratados con anti-TNF presentan lesiones cutáneas. Las más frecuentes fueron reacciones psoriasiformes localizadas en región facial. La mayoría son de intensidad leve, con tendencia a la resolución, solo un pequeño porcentaje precisó suspender el tratamiento. Se presentan con más frecuencia dentro del primer año de tratamiento. En nuestra muestra la enfermedad de Crohn es más prevalente que la colitis ulcerosa, y así lo fueron también las reacciones cutáneas. No se encontraron diferencias entre el anti-TNF administrado.

BIBLIOGRAFÍA

1º: M. Sin-Soler, J. Romaní, M. Gamissans, N. Riera-Martí, A. Lara, M. Ribera. Efectos adversos cutáneos inmunomediados por los anti-TNF: revisión de 30 casos. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. Vol 115, núm 1, 2024, páginas 21-27. 2º: MV. Hernández, M. Meineri, R. Sanmartí. Lesiones cutáneas y terapia biológica con antagonistas del factor de necrosis tumoral. *Reumatología clínica*. Vol 9, núm 1, 2013, páginas 53-61. 3º: C. Chalmeta, J. Ivorra, L. Abad, R. Hortal, JA. Román, N. Fernández, JJ. Alegre. Lesiones cutáneas asociadas al tratamiento anti-factor de necrosis tumoral alfa. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología*. Vol 8, núm 2, 2007, páginas 98-105.

P-60. UNA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL: SÍNDROME OHVIRA

Liñares Couselo C*¹, Martín Andres L¹, Novoa Gomez G¹, Borrajo Hernandez M², Fernandez Cebrián S¹

¹Pediatría, CHUO. ²Ginecología, CHUO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome de OHVIRA es una rara variante de las anomalías de los Conductos de Müller caracterizado por la tríada: útero didelfo, hemivagina obstruida y anomalía renal ipsilateral. Su diagnóstico es difícil, ya que suele cursar de forma asintomática hasta la edad puberal. Cuando es sintomático suele presentarse con dolor o masa abdominal, sintomatología miccional y, en edad puberal, con dismenorrea. El diagnóstico es radiológico, siendo la ecografía y la resonancia magnética las pruebas complementarias de elección. El tratamiento suele ser quirúrgico y, en ocasiones, puede precisar tratamiento hormonal.

CASOS CLÍNICOS

Paciente mujer de 12 años que como único antecedente de interés presenta una agenesia renal derecha. Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal de 6 días de evolución coincidente con final de la menstruación. En la exploración física presenta abdomen doloroso, con defensa en hemiabdomen inferior derecho. Se realiza una analítica que no muestra alteraciones y una ecografía abdominal donde se observa una imagen quística anecoica anexial derecha. Se solicita interconsulta con ginecología ampliándose el estudio con TAC abdominal que evidencia un útero didelfo con obstrucción de hemivagina, distensión y elongación de la trompa derecha compatible con hematosalpinx y distensión del cuello derecho del útero didelfo por una colección quística o hemorrágica compatible con hematometra. Se realiza drenaje de hematometra por vía vaginal. Los hallazgos son sugestivos de síndrome de OHVIRA.

DISCUSIÓN

-En toda paciente con anomalías renales (agenesia, duplicación, riñón multiquistico) debería descartarse una malformación genital asociada. -Ante una paciente con malformación renal que consulta por dolor abdominal y dismenorrea, debemos tener en cuenta la posibilidad diagnóstica de un Síndrome de OHVIRA, ya que un diagnóstico y un tratamiento precoces pueden evitar complicaciones a corto y a largo plazo, como pueden ser: endometriosis, adherencias o infecciones pélvicas, infertilidad o abortos de repetición.

BIBLIOGRAFÍA

<https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-sindrome-herlyn-werner-wunderlich-S0304501314001691>https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412019000200139<https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-sindrome-ohvira-hemivagina-obstruida-anomalia-S0304501312000714>

P-61. UNA ASOCIACIÓN A CONSIDERAR

García Zuazola I^{*1}, Oiz Urriza I², García Iglesias F³, Gómez Vieites M², Martín Torres N¹, Carreira Sande N¹, Leis Trabazo M¹

¹Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, CHUS. ²Servicio de Pediatría, CHUS. ³Servicio de Pediatría., CHUS.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad celíaca (EC) y la fibrosis quística (FQ) son dos causas frecuentes de malabsorción y diarrea en la infancia. La FQ, que afecta a 1/3.000-8.000 nacidos vivos, es una enfermedad de herencia autosómica recesiva debida a mutaciones patogénicas en el gen que codifica para la proteína CFTR. Cursa frecuentemente con insuficiencia pancreática exocrina y diarrea secundaria. La EC, con una incidencia de 1/100 individuos, es un trastorno sistémico de base inmunológica causado por la ingesta de gluten en pacientes genéticamente susceptibles. Cursa frecuentemente con atrofia vellositaria intestinal y diarrea. Se ha descrito una prevalencia de EC en los pacientes con FQ del doble con respecto a población general (1/50). Existen varios mecanismos fisiopatológicos para explicar la coexistencia de estas dos enfermedades: la presencia de una mayor permeabilidad de la mucosa intestinal en el paciente con FQ, que favorece la acción antigénica del gluten; o un mecanismo de disregulación inmunológica en la FQ que apoya su relación con enfermedades autoinmunes. El solapamiento de algunos de los síntomas característicos de ambas patologías puede demorar su diagnóstico.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos el caso de un paciente de 5 años con FQ (mutación F508 del en homocigosis) diagnosticada mediante cribado neonatal. Cursa con insuficiencia pancreática exocrina a tratamiento con enzimas pancreáticas, vitaminas liposolubles y fármacos moduladores del CFTR (lumacaftor/ivacaftor). Clínicamente presenta leve hiporexia, molestias abdominales inespecíficas, diarrea intermitente y ferropenia. Mantiene crecimiento estable, con peso y talla en P30 (OMS 2006/2007). A nivel respiratorio, presenta buena evolución, con exacerbaciones puntuales resueltas tras tratamiento microbiológico dirigido. Concomitantemente, el paciente presenta eczemas cutáneos recurrentes, pruriginosos, que en el último año han empeorado pese a tratamientos tópicos. Ante esta sintomatología cutánea y digestiva, se realiza despistaje de EC, con la detección de anticuerpos antitransglutaminasa IgA elevados (37 U/mL) y estudio genético HLA-DQ de alto riesgo. Se completa estudio con endoscopia digestiva alta que mostró una atrofia vellositaria moderada (Marsh 3b) y un patrón inmunofenotípico de linfocitos intraepiteliales compatible con EC. Tras retirada de gluten de la dieta notable mejoría de eczema cutáneo así como de sintomatología digestiva.

DISCUSIÓN

Se ha descrito una mayor prevalencia de EC en los pacientes con FQ. Los síntomas propios de la insuficiencia pancreática exocrina pueden enmascarar los síntomas típicos de la EC (malabsorción, diarrea, retraso del crecimiento), lo que conlleva la necesidad de mantener un alto índice de sospecha de EC en los pacientes con FQ que no mejoren con el ajuste del tratamiento convencional.

P-62. LA INFECCIÓN OCULTA TRAS LA PÉRDIDA DE PROTEÍNAS

Fernández Iglesias N*¹, Dagraza Pérez M¹, Penas Iglesias T¹, Galán Coteló L¹, Iglesias Aldea M¹, Marquès Bagur C¹, Berrocal Castañeda M¹, López Franco M¹

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enteropatía pierde-proteínas (EPP) es una entidad adquirida poco frecuente, autolimitada y benigna. Se presenta entre los 2 y 5 años con clínica sutil y brusca (dolor abdominal, vómitos y edema). Aunque desconocemos su etiopatogenia, existen diversos factores que pueden inducir cambios histológicos en la mucosa gástrica. Entre ellos: fármacos, autoinmunidad o infecciones, en especial por citomegalovirus (CMV) y H.Pylori. Se diagnostica demostrando la pérdida proteica, cuantificando la alfa1-antitripsina (AAT) en heces y se confirma mediante biopsia de mucosa gástrica. Su tratamiento es sintomático con buena evolución en la mayoría de pacientes.

CASOS CLÍNICOS

Niña de 2 años que acude por cuadro de 2 días de evolución de vómitos y astenia. Se realiza analítica con hipertransaminasemia como única alteración. Acude de nuevo a las 48h por empeoramiento de la clínica. En control analítico persiste hipertransaminasemia por lo que se decide ingreso. A la exploración física destacaba afectación del estado general sin hepato ni esplenomegalia con resto de exploración por aparatos y sistema sin alteraciones. Tras 24h de hospitalización inicia lesiones habonosas en tronco y angioedema en labios y párpados. En los siguientes días persiste este último y aparece edema de úvula, pretibial y distensión abdominal. Se observa normalización de transaminasas con aumento de peso de hasta 2.5kg y de perímetro abdominal de 16 cm. Se realizan controles analíticos seriados objetivándose hipoalbuminemia sin albuminuria y elevación de AAT en heces, precisando infusión intravenosa de albúmina en 6 ocasiones. Ante resultado de serologías positivas para CMV y PCR de CMV en sangre con copias en ascenso, se realiza diagnóstico de EPP asociada a infección por CMV. Posteriormente se objetiva descenso progresivo de perímetro abdominal y peso con estabilización analítica de albuminemia y negativización de AAT tras 20 días de ingreso. Al alta, valores de transaminasas normales y desaparición de edemas con persistencia de leve distensión abdominal. En controles posteriores se objetiva descenso de copias de CMV, estabilización de transaminasemia y albuminemia con exploración clínica sin alteraciones a los 7 días del alta hospitalaria.

DISCUSIÓN

Ya que existe una notable diversidad en la clínica de la EPP según la edad del paciente, debemos considerar esta condición en casos que presenten repentinamente, edemas e hipoproteinemia junto con clínica gastrointestinal, descartadas la enfermedad hepática y renal. La infección por CMV puede causar esta patología, y debido a su gran variabilidad semiológica, debemos pensar en ella ante cuadros abigarrados.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Carretero P, Pociello Albiñana N, Martín del Barrio S, Vilar Escrigas P. Edemas como presentación de enteropatía pierde-proteínas. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2007 [citado el 6 de octubre de 2024];66(6):633–4. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-edemas-como-presentacion-enteropatia-pierde-proteinas-articulo-13107407> 2. Krikilion J, Levy EI, Vandenplas Y. Diagnosis and management of ménétrier disease in children: A case series review. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr [Internet]. 2021;24(1):109–17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5223/pghn.2021.24.1.109>

P-63. NO TODO PROLAPSO A TRAVÉS DEL ANO ES UN PROLAPSO RECTAL

Ortega Torres P*¹, Méndez Gallart R¹, García Palacios M¹

¹*Cirugía Pediátrica, Hospital clínico universitario de Santiago de Compostela.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los pólipos aparecen en aproximadamente 1% en los niños en edad preescolar y escolar. La presentación clínica más frecuente es la rectorragia indolora. El tipo de pólipo más común es el pólipo juvenil solitario esporádico. La colonoscopia es la modalidad de elección para el diagnóstico. Se presenta el caso clínico de un pólipo rectal simulando un prolapso rectal.

CASOS CLÍNICOS

Niño de 2 años con historia de 3 meses de evolución de sangrado rectal intermitente con sangre roja y varios episodios de posible prolapso rectal que se reducen en su domicilio. En el tacto rectal se palpa una estructura a punta de dedo de consistencia dura, móvil, que no se consigue movilizar hasta el ano. La sospecha inicial es de pólipo rectal. Se realiza colonoscopia objetivándose a unos 12 cm del margen anal, un pólipo rectal de aproximadamente 2.5 cms con un pedículo de menos de 5 mm . Se realiza resección completa desde la base con colocación de clip hemostático en el pedículo. La anatomía patológica fue compatible con pólipo inflamatorio juvenil.

DISCUSIÓN

Los pólipos hamartomatosos juveniles son los más frecuentes en edad pediátrica. Los síntomas, la historia clínica y los hallazgos del examen físico son primordiales. Se presentan con mayor frecuencia en varones entre los 2 y 5 años de edad con sangrado rectal indoloro o una masa rectal prolapsada. Se deben descartar síndromes asociados como el síndrome de poliposis juvenil (SPJ). En pacientes con menos de 5 pólipos objetivados en la colonoscopia y sin antecedentes familiares, la polipectomía y confirmación histológica puede ser el tratamiento definitivo. Los pólipos juveniles solitarios en el recto pueden confundirse con prolapso rectal, por lo que se deben incluir en su diagnóstico diferencial.

BIBLIOGRAFÍA

Nabar S, Bittar K. Rectal Polyp Masquerading as Rectal Prolapse. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2023 Oct 1;77(4):e68. Siafakas C, Vottler TP, Andersen JM. Rectal prolapse in pediatrics. Clin Pediatr (Phila). 1999 Feb;38(2):63-72. Campbell AM, Sugarman I. Does painless rectal bleeding equate to a colonic polyp? Arch Dis Child. 2017 Nov;102(11):1049-1051. Caiulo S, Moramarco F, Caiulo VA. Juvenile polyp. Eur J Pediatr. 2014 Jan;173(1):125. Epub 2013 Aug 11.

P-64. SÍNDROME DE ALAGILLE: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Otero González A*¹, Fernández González S¹, Moreno Álvarez A¹, Solar Boga A¹, Pardo Vázquez J¹, *Hospital Teresa Herrera.*

OBJETIVOS

El síndrome de Alagille es una enfermedad poco frecuente de herencia autosómica dominante, con expresión variable, secundaria generalmente a mutaciones en el gen JAG1 y NOTCH2. Se caracteriza por colestasis crónica debido a hipoplasia de los conductos biliares intrahepáticos, asociada a estenosis arterial pulmonar periférica, anomalías en la segmentación vertebral, fenotipo facial característico, embriotoxon posterior, retinosis pigmentaria y riñones displásicos. El diagnóstico es clínico pudiendo confirmarse mediante estudio genético, la mayoría son mutaciones de novo, siendo aproximadamente el 30% heredadas. Se presenta un estudio con el objetivo de caracterizar a los pacientes con síndrome de Alagille de un centro terciario.

MÉTODOS

Se realiza un estudio observacional descriptivo de todos los pacientes diagnosticados de síndrome de Alagille a seguimiento en la Unidad de Gastroenterología Infantil de un centro terciario de Galicia. Se recogieron variables demográficas, diagnósticas y clínicas de la historia digital (IANUS) y se realizó un análisis descriptivo.

RESULTADOS

En total se incluyeron 4 pacientes, de los cuales 3 son varones y 1 mujer, siendo 2 de ellos hermanos. La edad media de diagnóstico mediante estudio genético fue de 2.2 años (rango 1-12 años). Todos los pacientes presentaron inicialmente hipertransaminasemia y/o colestasis y en dos de ellos se realizó biopsia hepática en el proceso diagnóstico mostrando escasez de conductos biliares interlobulARES. El prurito como síntoma se encuentra registrado en un paciente en su infancia temprana, presentando los otros pacientes clínica dermatológica con eccema. En 3 pacientes se describe a nivel cardiológico hipodesarrollo o estenosis de ramas de la arteria pulmonar. Ningún paciente presenta malformaciones vertebrales. A nivel oftalmológico 1 paciente presenta embriotoxon posterior. Dos pacientes presentan alteraciones renales (uno un quiste renal simple e hipoplasia renal bilateral). En un caso el paciente precisó trasplante hepático, en otro colecistectomía y en el resto tratamiento sintomático. Hasta el momento ningún paciente ha precisado tratamiento con inhibidores del transportador ileal de ácidos biliares.

CONCLUSIONES

El síndrome de Alagille es una patología poco frecuente que es importante sospechar en pacientes con alteraciones hepáticas (hipertransaminasemia e hiperbilirrubinemia), prurito, y otras malformaciones asociadas. Las más frecuentemente relacionadas son las malformaciones cardíacas. En nuestros pacientes, a parte de la alteración hepática, presente en todos, las alteraciones cardiológicas (hipodesarrollo de ramas de arteria pulmonar) son las manifestaciones clínicas más frecuentes. Hasta el momento, un paciente ha precisado trasplante hepático y el resto se controla con tratamiento sintomático.

BIBLIOGRAFÍA

Orphanet: Síndrome de Alagille. (s/f). Orpha.net. Recuperado el 6 de octubre de 2024, de <https://www.orpha.net/es/disease/detail/52-https://rarediseases.info.nih.gov/espanol/13396/sindrome-de-alagille> -
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507827/>- Ayoub MD, Kamath BM. Alagille Syndrome: Current Understanding of Pathogenesis, and Challenges in Diagnosis and Management. Clin Liver Dis. 2022;26(3):355-370. doi:10.1016/j.cld.2022.03.002

P-65. ENFERMEDAD DE HECK COMO CAUSA INFRECUENTE DE LESIONES BUCALES

Suárez Sanmartín A*¹, Rivas Vázquez M¹, Manso Gómez M¹, Mesías De Concepción L¹, Fernández Filgueira M¹, Luaces González J¹, Monteagudo Sánchez B²

¹Pediatría, Hospital Universitario de Ferrol. ²Dermatología, Hospital Universitario de Ferrol.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hiperplasia epitelial multifocal o enfermedad de Heck (EH) consiste en la aparición de lesiones benignas papilomatosas en labios, lengua y mucosa oral, normalmente asintomáticas. Predomina en mujeres entre los 3 y 18 años, de bajo nivel socioeconómico o con inmunosupresión, además de en ciertas etnias, como los indios americanos y esquimales. Suele asociarse a los serotipos 13 y 32 del virus del papiloma humano (VPH). Su diagnóstico es clínico, pero es recomendable realizar la histología para diferenciarla de otras enfermedades, así como la detección del VPH en las lesiones. La evolución es variable, las lesiones pueden persistir durante meses o años, pero solo se tratan si existe importante afectación estética o traumatismos de repetición.

CASOS CLÍNICOS

Nuestro caso es una niña de 4 años de origen africano, valorada en la consulta de Dermatología Pediátrica por lesiones bucales. Presenta múltiples lesiones concentradas en vestíbulo labial inferior, milimétricas y blanquecinas, confluentes en empedrado. Refiere más de dos años de evolución, con aumento progresivo de las mismas y sin clínica asociada. A nivel analítico presenta anemia ferropénica, así como plaquetopenia y calprotectina fecal positiva en dos determinaciones, por lo que se indica estudio endoscópico para descartar enfermedad inflamatoria intestinal (EII), además de biopsia de las lesiones bucales. En el estudio digestivo, se evidencia gastritis linfocítica e hiperplasia nodular linfoide (HNL) en la ileocolonoscopia, sin poder descartarse EII. En la biopsia de las lesiones bucales, las células identificadas parecen corresponderse con las células mitosoides observadas en la EH. Ante la sospecha de EH se amplía el estudio con la realización de PCR para VPH: La presencia de ADN en la muestra confirma el diagnóstico, a pesar de no lograr la identificación del serotipo. La paciente presenta evolución favorable; recibe tratamiento con hierro oral y presenta normalización espontánea de las plaquetas. En cuanto a las lesiones orales, dado su carácter autolimitado y la ausencia de síntomas, se mantiene actitud expectante.

DISCUSIÓN

La EH es una causa de lesiones en mucosa oral infrecuente en nuestro medio, que debe tenerse en cuenta dado el aumento de población inmigrante. El diagnóstico es clínico, con confirmación mediante anatomía patológica. Por su similitud con el condiloma, debe diferenciarse de otras lesiones orales relacionadas con VPH que pueden requerir descartar abuso sexual. La gastritis linfocítica y la HNL pueden tener un componente inmunológico subyacente, sin embargo, no se ha encontrado en la literatura evidencia de su relación directa con la EH.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez-Santullano, C. V., Hernández-Núñez, A., Castaño, A., Medrano, R. M., Guijarro, S. C., & Martínez, J. B. (2010). Hiperplasia epitelial multifocal: un caso familiar. *Anales de Pediatría*, 73(6), 357-360. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2010.07.006> Sánchez, P. R., Lallana, L. M. C., Sanz, J. H., & González, E. V. (2021). Lesiones papilomatosas orales: hiperplasia epitelial focal. *Anales de Pediatría*, 97(2), 146-147. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.04.015> Delgado, Y., Torrelo, A., Colmenero, I., & Zambrano, A. (2005). Hiperplasia epitelial focal. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 96(10), 697-699. [https://doi.org/10.1016/s0001-7310\(05\)73161-6](https://doi.org/10.1016/s0001-7310(05)73161-6)

