70 CONGRESO de la SOPEGA

4 y 5 de octubre 2019 | Auditorio Hernán Naval | Ribadeo (LUGO)

COMUNICACIONES

Sociedad de
Pediatría de Galicia

COMUNICACIONES ORALES

O01 | DIBUJA TU CARDIOPATÍA CONGÉNITA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA REALIZADA A NIÑOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS Y SUS PADRES

Mariño García P[1], Fuertes Moure Á[2], Fernández González S*[1], Marcos Alonso S[2], Lozano Balseiro M[2], García Hernández I[2], Rueda Nuñez F[2]

[1] Servicio de Pediatría.. H. Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña).. [2] Servicio de Pediatría. Unidad de Cardiología Infantil.. H. Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña)..

O02 | BRONQUIOLITIS OBLITERANTE: PERFIL DE LOS PACIENTES A SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA INFANTIL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Castro Tabuenca E*[1], García Magán C[1], Moure González J[1], Vázquez Donsion M[1], Doval Ordóñez C[1]

[1] Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

O03 | IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES BENEFICIARIOS DE UN PROGRAMA ESPECÍFICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN EL ÁREA SANITARIA DE A CORUÑA

Presno López I*[1], Buyo Sánchez P[2], Alas Barbeito A[2], Pérez Tato H[1], Pardo Vázquez J[1]

[1] Pediatría. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera, A Coruña. [2] Unidad de Oncohematología Infantil. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera, A Coruña.

O04 | CONFLICTOS ÉTICOS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA. APLICACIÓN DEL MÉTODO DELIBERATIVO.

Guitián Mediero L*[1], Yáñez Mesía S[2]

[1] Pediatría. Centro de Salud Ventorrillo. [2] Urgencias pediátricas. CHUAC.

O05 | CO-INFECCIÓN VIRAL EN PACIENTES MENORES DE 14 AÑOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA. ESTUDIO PROSPECTIVO CONTROLADO.

Cebey López M[1], Pardo Seco J[1], Díaz Esteban B*[2], Quintana Cepedal I[3], Gómez Carballa A[1], Currás Tuala M[1], Pischedda S[1], Barral Arca R[1], Martinón Torres F[1], Regalip R[1], Gendres R[1]

[1] IDIS. IDIS. [2] Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. [3] Pediatría. Centro Hospitalario Universitario de Santuago de Compostela.

O06 | EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA PROVINCIA DE LUGO

Guerra Buezo B*[1], Niño Grueiro I[1], Abadi García T[1], Pena Gil P[1], García-Plata González C[1], Pérez Pacín R[1]

[1] Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.

O07 | SITUACIÓN ACTUAL DE LA ALIMENTACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN ADOLESCENTES DE GALICIA

Picáns Leis R*[1], Barja-Fernández S[2], Pino Juste M[3], Portela Pino I[4], Leis Trabazo M[5]

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

O08 | CONSUMO DE DROGAS EN EL EMBARAZO ¿AFECTA A LA MADRE, AL RECIÉN NACIDO O A AMBOS?

Barreiro Carballo L*[1], Fernandez Soto Z[1], Dacosta Tapia P[1], Gonzalez Colmenero E[1], Concheiro Guisan A[1], Cañizo Vazquez D[2], Lorenzo Martinez M[3], Fernandez Lorenzo J[3]

[1] Pediatria. Hospital Alvaro Cunqueiro. [2] Pediatría. Hospital San Joan de Deu. [3] Pediatría. Hospital Alvaro Cunqueiro.

O09 | OXIMETRÍA ESPLÁCNICA EN NEONATOS PEQUEÑOS PARA LA EDAD GESTACIONAL EN RELACIÓN CON EL ESTUDIO DOPPLER PRENATAL.

Fuentes Carballal J*[1], Avila Alvarez A[1], Taboada Perianes M[1], Martínez Regueira S[1], Fernández Trisac J[1]
[1] Pediatría. Neonatoloxía.. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña.

O10 | TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE: UN NUEVO SCORE PARA EXTREMAR LA VIGILANCIA

Casal Beloy I*[1], García González M[1], Somoza Argibay I[1], Dargallo Carbonell T[1]
[1] Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario A Coruña.

O11 | LA APERTURA DE UN BANCO DE LECHE HUMANO: EL MEJOR GALACTOGOGO PARA LA MADRE PRETERMINO.

Barreiro Carballo L*[1], Fiel Ozores A[2], Concheiro Guisán A[1], Suarez Albo M[1], Durán Fernandez Feijoó C[1], Alonso Clemente S[1], González Colmenero E[1], Liñares Nistal P[1], Taboas Ledo F[2], Fernandez Lorenzo J[1]
[1] Pediatría. Hospital Alvaro Cunqueiro. [2] Pediatria. Hospital Alvaro Cunqueiro.

O12 | BRONQUIOLITIS Y PALIVIZUMAB: ¿ESTÁN PROTEGIDOS NUESTROS PREMATUROS?

FUENTES PÉREZ N*[1], FERNÁNDEZ FILGUEIRA M[1], HURTADO DÍAZ J[2], GONZÁLEZ SILVELA I[3], DÍAZ GONZÁLEZ L[1]
[1] PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA. [2] PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTVEDRA. [3] PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA.

O13 | MENINGITIS POR PARAECHOVIRUS Y ENTEROVIRUS TRAS LA INTRODUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO MOLECULAR: DIFERENCIAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS.

González Cabaleiro I*[1], Fernández Patiño R[2], Montero Alonso M[3], Rey Cao S[4], Villares Porto-Domínguez, A[5], García Martínez E[5], Portugués de la Red M[5], Fernández Lorenzo J[6]
[1] MIR pediatría. Alvaro Cunqueiro Vigo. [2] MIR pediatría. Alvaro Cunqueiro. [3] MIR Pediatría. Alvaro Cunqueiro. [4] Microbiología. Alvaro Cunqueiro. [5] Pediatría. Alvaro Cunqueiro. [6] Neonatología. Alvaro Cunqueiro.

O14 | ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO COMPARATIVO DE LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DE INFECCIÓN VIH EN LA CCAA DE GALICIA

Couceiro Gianzo J[1], Fernández Filgueira M*[1], Jiménez de Ory S[2], Ocampo Hermida. A[3], Granja Martínez M[1]
[1] Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. [2] Pediatría. Hospital Gregorio Marañón de Madrid. [3] Unidad VIH. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo.

O15 | REVISIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA Y HALLAZGOS CLÍNICOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DE PÍLORO EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO EN LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS.

Espinosa Pereiro C*[1], Barreiro Carballo L[1], Ocampo Álvarez A[1], Villares A[1], Balado Insunza N[2], Montero Sánchez M[3], Portugués de la Red M[1], Fernández Lorenzo J[1]
[1] Pediatría e Áreas específicas. Hospital Álvaro Cunqueiro. [2] Pediatría e áreas específicas. Hospital Álvaro Cunqueiro. [3] Cirugía Pediátrica. Hospital Álvaro Cunqueiro.

O16 | ANÁLISIS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INCONTINENCIA DE LA RISA EN EL ÁREA SANITARIA DE A CORUÑA

Casal Beloy I*[1], García González M[1], Ramallo Varela S[1], Somoza Argibay I[1]
[1] Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario A Coruña.

O17 | RIESGO DE DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA EN PACIENTES SOMETIDOS A VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA

Gonzalez Cabaleiro I*[1], Fiel Ozores A[1], González Colmenero E[2], Concheiro Guisán A[2], Vazquez Castelo J[3], Fernández Lorenzo J[2]

[1] MIR pediatria. Alvaro cunqueiro. [2] Neonatologia. Alvaro cunqueiro. [3] Radiología. Alvaro Cunqueiro.

O18 | GOMINOLA DE ISOLEUCINA: NUEVO MODELO DE FORMULACIÓN A TRAVÉS DE TECNOLOGÍA DE IMPRESIÓN 3D PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD DE JARABE DE ARCE

Doval Ordóñez C*[1], Sánchez-Pintos P[1], Picans Leis R[1], Goyanes Á[2], Madla C[3], Umerji A[3], Duran Piñeiro G[4], Giraldez Montero J[4], Lamas Diaz M[4], Gonzalez Barcia M[4], Taherali F[3], Couce M[5], Gaisford S[6], Basit A[6]

[1] Servicio de Neonatología, Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Metabólicas Congénitas.. Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. IDIS. CIBERER.. [2] FabRx Ltd.. FabRx Ltd., 3 Romney Road, Ashford, Kent TN24 0RW, UK.. [3] UCL School of Pharmacy. UCL School of Pharmacy, University College London, 29-39 Brunswick Square, London, WC1N 1AX, UK.. [4] Departamento de Farmacia.. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela, SERGAS.. [5] Servicio de Neonatología, Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Metabólicas Congénitas.. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. IDIS. CIBERER.. [6] FabRx Ltd. FabRx Ltd., 3 Romney Road, Ashford, Kent TN24 0RW, UK. 3- UCL School of Pharmacy, University College London, 29-39 Brunswick Square, London, WC1N 1AX, UK..

COMUNICACIONES PÓSTER

P01 | AMPLIO ESPECTRO CLÍNICO EN LA ENFERMEDAD DE PELIZAEUS MERZBACHER Y LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL GEN PLP1: ALGUNAS CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA ANTE LA SOSPECHA DE UNA LEUCODISTROFIA.

Pena Gil P*[1], Abadi García T[1], Fernández Antuña M[1], Guerra Buezo B[1], Vázquez López E[1], Pérez Pacín R[1]

[1] Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.

P02 | ANTECEDENTES PERSONALES: NO SIEMPRE AYUDAN AL DIAGNÓSTICO

Antuña Fernández M*[1], Juberías Alzueta C[2], Niño Grueiro I[2], Guerra Buezo B[2], Abadi García T[2], Vázquez López E[2], Pérez Pacín R[2]

[1] Pediatría y Áreas específicas.. Hospital Universitario Lucus Augusti. [2] Pediatría y Áreas Específicas. Hospital Universitario Lucus Augusti.

P03 | PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA. ¿HAS PENSADO EN LA MIELITIS TRANSVERSA?

Presno López I*[1], Vázquez Cancela M[2], Pardo Vázquez J[3]

[1] Pediatría. Hospital Materno Teresa Herrera Infantil A Coruña. [2] Unidad de Neuropediatría. Hospital Materno Teresa Herrera Infantil A Coruña. [3] Pediatría. Hospital Materno Teresa Herrera A Coruña.

P04 | EPISODIOS SINCOPALES COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE

Prada Tellado M*[1], Romero Pérez N[1], Miguez Campos M[1], Sevivas Fontoura C[1], Rodríguez Toro M[1], Gil González C[1], Vadillo González F[1], Pérez López C[1], Fernández Cebrián S[1]

[1] Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

P05 | INVAGINACIÓN INTESTINAL Y PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: ¿NECESIDAD REAL O GUSTO DEL CIRUJANO?

Casal Beloy I*[1], García González M[1], Ramallo Varela S[1], Vincent S[1], Blanco Portals C[1], Lema Carril A[1], Gómez Tellado M[1], Somoza Argibay I[1], Dargallo Carbonell T[1]

Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario A Coruña.

P06 | ¿PUEDE SER UN TRASTORNO PSICOLÓGICO CAUSA DE PATOLOGÍA ORGÁNICA?

Picáns Leis R*[1], González Fernández L[2], Díaz Esteban B[2], García Palacios M[3], Rodríguez Barca P[3], Marco Martín C[3], Estévez Martínez E[3], Bautista Casasnovas A[3]

[1] Pediatría. Hospital Clínico Universitario De Santiago de Compostela. [2] Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. [3] Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

P07 | SANGRADO VAGINAL EN NIÑAS: CÓMO EVITAR UN DIAGNÓSTICO ERRÓNEO CON IMPLICACIONES ÉTICAS

Guerra Buezo B*[1], Mutarambirwa H D[2], Niño Grueiro I[1], Juberías Alzueta C[1], Antuña Fernández M[1], Almuiña Simón C[1], Pérez Pacín R[1]

[1] Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti. [2] Gynécologie-Obstétrique. Hospital Saint Vincent de Paul.

P08 | PSEUDOANEURISMA IATRÓGENO

González Cabaleiro I*[1], Fiel Ozores A[1], Vazquez Castelo J[2], Filgueira Bouzas A[3], Vazquez Castelo J[4], Villares Porto-Domínguez, A[1], Portugués de la Red M[1], Fernández Lorenzo J[1]

[1] Pediatría e Áreas específicas. Hospital Álvaro Cunqueiro. [2] Pediatría e áreas específicas. Hospital Álvaro Cunqueiro. [3] Cirugía vascular y angiología. Hospital Álvaro Cunqueiro. [4] Radiología. Hospital Álvaro Cunqueiro.

P09 | SEDACIÓN CON DEXMEDETOMIDINA EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS INVASIVOS DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE VIDA

Ramallo S*[1], Casal I[1], Vincent S[1], García M[1], Somoza I[1], Dargallo T[1], Estévez E[2], Carrillo M[3]

[1] Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. [2] Anestesiología y reanimacion. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. [3] Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

P10 | LA HIPERTERMIA MALIGNA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Urricelqui Laparte G*[1], Sánchez Domínguez A[1], Escolar Martín J[1], Monteagudo Vilavedrá E[1], Perez Diaz M[2], García Villar A[1], Luaces González J[1]

[1] Pediatría. Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol. [2] Anestesiología y Reanimación. Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol.

P11 | MEDICAMENTOS....¿CULPABLES O INOCENTES?

González Silvela I*[1], García Barreiro M[2], Fuentes Pérez N[1], Fernández Filgueira M[1], Díaz González L[1]

[1] Pediatría. Hospital Provincial Pontevedra. [2] Pèdiatría. Hospital Provincial Pontevedra.

P12 | REACCIÓN ANAFILÁCTICA A METOTREXATO EN PACIENTE ONCOLÓGICO ¿QUÉ PODEMOS HACER?

Quintana Cepedal I*[1], Rujido Freire S[2], Gómez Silva G[2], Fariña Nogueira S[2], Regueiro García A[2], Moure González J[3]

[1] Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago. [2] Hematología y Oncología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago. [3] Alergología y Noumología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago.

P13 | FIEBRE E ICTERICIA, UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA.

Antuña Fernández M*[1], Juberías Alzueta C[1], Pena Gil P[1], Dorribo Dorribo E[1], Álvaro Sardina P[1], Calviño Costas C[1], Pérez Pacin R[1]

[1] Pediatría y Áreas Específicas. Hospital Universitario Lucus Augusti.

P14 | HISTIOCITOSIS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS.

Barrueco Ramos C*[1], Perez Tato H[1], Buyo Sánchez P[1], Alas Barbeito A[1], Invêncio da Costa L[2], Pardo Vázquez J[1]

[1] Servicio de pediatría. Hospital Materno Infantil de A Coruña. [2] Servicio de otorrinolaringología. Hospital Materno Infantil de A Coruña.

P15 | SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

Buyo Sánchez P*[1], Alas Barbeito A[1], Pardo Vázquez JJ[1]
[1] Hospital Materno Infantil Teresa Herrera - CHUAC.

P16 | TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PEDIATRÍA CON UNA CAUSA POCO FRECUENTE

Quintana Cepedal I*[1], Fariña Nogueira S[2], Gómez Silva G[2], Rujido Freire S[2], Regueiro García A[2]
[1] Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago. [2] Hematología y Oncología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago.

P17 | ¿PARÁLISIS FACIAL BILATERAL ALTERNANTE? QUE NO SE TE ESCAPE LA GARRAPATA

Monteagudo Vilavedra E*[1], Escolar Martín J[1], Urricelqui Laparte G[1], Sánchez Domínguez A[1], Carballeira González I[1], García Fernández M[1], Fernández Viso S[1]
[1] Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

P18 | COJERA EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dorribo Dorribo E*[1], Juberías Alzueta C[1], Antuña Fernández M[1], Guerra Buezo B[1], Almuíña Simón C[1], Pérez Pacín R[1]
[1] Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.

P19 | LA DACTILITIS AISLADA, UN SIGNO QUE SEÑALA DE FORMA INESPECÍFICA.

Fernández Filgueira M*[1], Couceiro Gianzo J[1], Otero González D[2], López Cordeiro L[3], García García J[4], Anibarro García L[4]
[1] Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. [2] Radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. [3] Servicio de Traumatología y Ortopedia. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. [4] Unidad de tuberculosis. Servicio de Medicina Interna.. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

P20 | ERITEMA NODOSO, ALGO MÁS QUE UN CUADRO DERMATOLÓGICO: LA IMPORTANCIA DE UNA ADECUADA ANAMNESIS.

Rivas Oural A*[1], Picáns Leis R[1], Varela Veiga A[2], Túñez López M[3], López Franco M[1], Rivero Calle I[1]
[1] Pediatría. CHUS. [2] Dermatología. CHUS. [3] Medicina Preventiva. CHUS.

P21 | TIÑA INCÓGNITO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Monner Romero M*[1], Cabo Jiménez V[1], Fernández Cebrián S[1], Iglesias Meleiro J[1], Novoa G[1], Vilanova gantes L[1], Prada Tellado M[1], Fernández Sanmartín M[1], Miguez Campos M[1], Sevivas Fontoura C[1], Romero Pérez N[1], Rodríguez Toro I[1]
[1] Pediatría. CHUO.

P22 | INFECCIÓN PULMONAR GRAVE EN PACIENTE PROCEDENTE DE MÉJICO

Quintana Cepedal I*[1], López Franco M[1], Carreira Sande N[1], Rivero Calle I[2], Dacosta Urbieta A[1], Regueiro García A[3], Moure González J[4], García Magán C[4], Martinón Torres F[2]
[1] Preescolares. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. [2] Infectología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. [3] Hematología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. [4] Neumología y alergias. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

P23 | TWIST&SWITCH

Couceiro Gianzo J*[1], Fernández Filgueira M[1], Prieto Tato L[2], Miralles Álvarez C[3], Fuentes Perez N[1], González Silvela I[1], Diaz González L[1]
[1] Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. [2] Pediatría. Hospital de Getafe. [3] Unidad VIH.. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

P24 | ¿CUANTO VACUNAMOS CONTRA EL MENINGOCOCO B Y ROTAVIRUS?

Carballal Mariño M*[1], Vilas Rodríguez P[2], Martínez Abad P[3], Villanueva Rodríguez T[4], Kamal Kamel el Salihi M[3]
[1] Pediatria Atención Primaria. CS Acea da Ma-Culleredo. [2] Pediatria Atención Primaria. CS Acea da Ma- Culleredo. [3] Pediatría de Atención Primaria. Portádego - Culleredo. [4] Pediatria de Atención Primaria. Acea da Ma - Culleredo.

P25 | ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA EFECTIVIDAD DE PALIVIZUMAB EN LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN DE 2017 EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Prada Tellado M*[1], Rodríguez Toro I[1], Sevivas Fontoura C[1], Míguez Campos M[1], Graña Silva F[1], González Freiría N[1], Sardina Ríos A[1], Fernández Cebrián S[1]

[1] Pediatría. Centro Hospitalario Universitario de Ourense.

P26 | MENINGITIS NEONATAL: CASUÍSTICA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

Vilanova Gantes L*[1], Monner Romero M[1], Prada Tellado M[1], Romero Pérez N[1], Míguez Campos M[1], Cabo Jiménez V[1], Sevivas Fontoura C[1], Rodríguez Toro I[1], Padín Fontan M[1], Sardina Ríos A[1], González Freiría N[1], Fernández Cebrián S[1]

[1] Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

P27 | RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS MÉTODOS BIOLOGICOS FRENTE A LA ENTREVISTA EN EL CONSUMO ACTUAL DE TÓXICOS EN EL EMBARAZO

Fernández Patiño R*[1], Dacosta Tapia P[1], Fernández Soto Z[1], González Colmenero E[1], Cañizo Vázquez D[2], Lorenzo Martinez M[1], Fernández Lorenzo J[1]

[1] Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro. [2] Pediatría. Sant Joan de Déu.

P28 | ¿ES POSIBLE MANTENER LA LACTANCIA MATERNA EN EL QUILOTÓRAX CONGÉNITO?

Fernández Patiño R*[1], Fiel Ozores A[1], Liñares Nistal P[1], Alonso Clemente S[1], Suárez Albo M[1], Durán Fernández Feijoo C[1], Concheiro Guisán A[1], Fernández Lorenzo J[1]

[1] Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro.

P29 | TRASTORNOS DE LA VÍA AÉREA EN EL NEONATO. EXPERIENCIA DE 24 MESES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Sáez Soto R[1], Presno López I*[1], Moreno Leira D[1], Fuentes Carballal J[2]

[1] Servicio de Pediatría. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. [2] Unidade de Neonatoloxía. Servicio de Pediatría.. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña.

P30 | MICROFTALMIA SINDRÓMICA TIPO 5

Ocampo Alvarez A*[1], Costas Posada U[2], Rey Cordo C[2], Fernández Lorenzo J[2]

[1] Pediatria. Hospital Álvaro Cunqueiro , Vigo. [2] Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro , Vigo.

P31 | ALTERACIONES EN ECOGRAFÍA PRENATAL Y RETRASO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO DE PROBABLE ORIGEN FETAL ¿PODEMOS QUEDARNOS TRANQUILOS ANTE UN DNA FETAL NORMAL ?

Prada Tellado M*[1], Rodríguez Toro I[1], Míguez Campos M[1], Sevivas Fontoura C[1], González Freiría N[1], Graña Silva F[1], Padín Fontán M[1], Sardina Ríos A[1], Fernández Cebrián S[1]

[1] Pediatría. Centro Hospitalario Universitario de Ourense.

P32 | NO TODO ES LA DOBLE BURBUJA

Ramallo S*[1], Casal I[1], Vincent S[1], Presno I[2], García M[1], Rodríguez M[1], Lema A[1], Telllado M[1], Dargallo T[1], Somoza I[1]

[1] Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. [2] Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

P33 | GALACTOCELE NEONATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Prada Tellado M*[1], Míguez Campos M[1], López Fernández A[1], Sevivas Fontoura C[1], Rodríguez Toro I[1], Cabo Jimenez V[1], Romero Pérez N[1], Vilanova Gantes L[2], Monner Romero R[2], Fernández Cebrián S[2]

[1] Pediatría. Centro Hospitalario Universitario de Ourense. [2] Pediatría. Centro Hospitalario Universitario Ourense.

P34 | CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES COMO HALLAZGO INCIDENTAL TRAS TRAUMATISMO CERVICAL

PÉREZ N*[1], GRANJA MARTÍNEZ C[1], DÍAZ GRANDE M[2], GONZÁLEZ SILVELA I[3], FERNÁNDEZ FILGUEIRA M[1], DÍAZ GONZÁLEZ L[1]

[1] PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA. [2] PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTVEDRA. [3] PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA.

P35 | DIABETES MELLITUS TIPO 2, NUEVA REALIDAD EN EDAD PEDIÁTRICA.

Díaz González L*[1], Fernández Filgueira M[1], Pavón Freire A[1], Fuentes Pérez N[1], González Silvela I[1], Couceiro Gianzo J[1]

[1] Pediatría. CH Pontevedra.

P36 | ESTUDIO DE LOS NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE PEG EN UN ÁREA SANITARIA DE TAMAÑO MEDIO

Sánchez Domínguez A*[1], Urricelqui Laparte G[1], Escolar Martín J[1], Monteagudo Vilavedra E[1], Fernandez Viso S[1], Díaz Hermida N[2]

[1] Pediatría. Centro Hospitalario Universitario Arquitecto Marcide, Ferrol. [2] Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Hospitalario Universitario Arquitecto Marcide, Ferrol.

P37 | RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO LIGADO A X

Fernández González S*[1], García Pose A[2], Pérez Vila M[3], Vergara Pérez I[4], Díaz Soto R[2], Pardo Vázquez J[5]

[1] Servicio de Pediatría. Hospital Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña).. [2] Servicio de Pediatría. Unidad de Nefrología infantil.. Hospital Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña).. [3] Servicio de Pediatría. Hospital Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña).. [4] Servicio de Pediatría. Unidad de Nefrología infantil.. H. do Barbanza (Ribeira).. [5] Servicio de Pediatría.. Hospital Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña)..

P38 | CASO CLÍNICO: DEFORMIDADES ÓSEAS POR RAQUITISMO CARENCIAL: UNA POSIBILIDAD REAL

Mato Amado B*[1], López García G[1], Castro Aguiar S[1], Otero Pose A[2], Yañez Mesía S[1], Pardo Vázquez J[3]

[1] Pediatría. Hospital Teresa Herrera A Coruña. [2] Pediatría. Centro de Salud de Zas. [3] Pediatria. Hospital Teresa Herrera A Coruña.

P39 | EDEMA COMO PRESENTACIÓN DE DIFERENTES PATOLOGÍAS DIGESTIVAS

Álvaro Sardina P*[1], Niño Grueiro I[1], Guerra Buezo B[1], Pena Gil P[1], Abadi García T[1], García-Plata González C[1], Pérez Pacín R[2]

[1] Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España. [2] Roberto Pérez Pacín. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

P40 | EDEMAS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN

Álvaro Sardina P*[1], Niño Grueiro I[1], Guerra Buezo B[1], Antuña Fernández M[1], Abadi García T[1], García-Plata González C[1], Pérez Pacín R[1]

[1] Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

P41 | NO ES ALERGIA, ES ESCOMBROIDOSIS

Monteagudo Vilavedra E*[1], Urricelqui Laparte G[1], Sánchez Domínguez A[1], Escolar Martín J[1], Vázquez Gómez L[1]

[1] Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

P42 | INTOXICACIÓN POR PRODUCTOS DE USO DOMÉSTICO: NO TODAS SON FALSAS ALARMAS

Pérez Vila M*[1], Barrueco Ramos C[2], Varela Ferreiro N[2], Pérez Tato H[2], Trincado Aller N[3], Yañez Mesía S[2], Pardo Vázquez J[2]

[1] Servicio de pediatría. Hospital Teresa Herrera Materno-Infantil A Coruña. [2] Servicio de pediatría. Hospital Teresa Herrera Materno-Infantil de A Coruña. [3] Servicio de pediatría. Hospital Teresa Herrera Meterno-Infantil de A Coruña.

P43 | ANÁLISIS DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL USO DEL DETECTOR DE METALES EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE A CORUÑA

González Torres A*[1], López García G[1], Varela Ferreiro N[1], Yañez Mesía S[1], Pardo Vázquez J[1]

[1] Pediatría. Hospital Teresa Herrera A Coruña.

P44 | UTILIDAD DOCENTE DE LA SIMULACIÓN AVANZADA EN RCP NEONATAL Y PEDIÁTRICA DURANTE LOS ESTUDIOS DE GRADO

Espinosa Pereiro C*[1], Fiel A[1], Liñares P[1], González Colmenero E[1], Durán Fernández Feijóo C[1], Concheiro Guisan A[1], Fernández Lorenzo J[1]

[1] Pediatría e áreas específicas. Hospital Álvaro Cunqueiro.

P45 | POLICITEMIA SECUNDARIA, LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Quintana Cepedal I*[1], Regueiro García A[2], Gómez Silva G[2], Rujido Freire S[2], Martínez Soto I[3], López Abel B[3]

[1] Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago. [2] Hematología y Oncología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago. [3] Cardiología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago.

P46 | CONOCIMIENTO DE PADRES Y NIÑOS SOBRE LAS TÉCNICAS INHALATORIAS Y EL TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE LA CRISIS ASMÁTICA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Fernández Patiño R*[1], Espinosa Pereiro C[1], Novoa Carballal R[1], Balado de las Insunza M[1], de Benito Basanta L[1], Fernández Lorenzo J[1]

[1] Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro

P47 | ¿QUÉ SABEN LOS PADRES SOBRE LA CARDIOPATÍA CONGÉNITA DE SUS HIJOS?

Mariño García P[1], Fuertes Moure Á[2], Fernández González S*[1], Marcos Alonso S[3], Lozano Balseiro M[3], García Hernández I[3], Rueda Nuñez F[3]

[1] Servicio de Pediatría.. H. Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña).. [2] Servicio de Pediatría. Unidad de Cardiología Infantil.. H. Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña). [3] Servicio de Pediatría. Unidad de Cardiología Infantil.. H. Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña)..

P48 | ASPECTOS DEL SÍNDROME DE WILLIAMS EN EDAD PEDIÁTRICA: UNA REVISIÓN DE CASOS

Castro Tabuenca E*[1], García Vázquez M[1], Santos Pérez S[1], Eirís Puñal J[1], Martínez Soto M[1], López Abel B[1]

[1] Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

P49 | LUPUS : LA ENFERMEDAD DE LAS MIL CARAS.

Dorribo Dorribo E*[1], Juberías Alzueta C[1], Antuña Fernández M[1], Niño Grueiro I[1], Almuíña Simón C[1], Pérez Pacín R[1]

[1] Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.

P50 | ENFERMEDAD DE KAWASAKI:ANÁLISIS CLÍNICO Y MANEJO HOSPITALARIO EN EL ÁREA SANITARIO DE VIGO.

Barreiro Carballo L*[1], Gonzalez Cabaleiro I[1], Parente Campos, C[2], Fiel Ozores A[1], Vaqueiro Graña M[1], Fernandez Santamarina I[1], Suarez Otero G[1], Lemos M[1], Portugués de La Red M[1], Fernandez Lorenzo J[1]

[1] Pediatria. Hospital Alvaro Cunqueiro. [2] Estudiante. Universidad Santiago de Compostela.

COMUNICACIONES ORALES

O01 | *Trabajo Investigación*

DIBUJA TU CARDIOPATÍA CONGÉNITA:
RESULTADOS DE UNA ENCUESTA REALIZADA A NIÑOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS Y SUS PADRES

Mariño García P[1], Fuertes Moure Á[2], Fernández González S*[1], Marcos Alonso S[2], Lozano Balseiro M[2], García Hernández I[2], Rueda Nuñez F[2]
[1] Servicio de Pediatría.. H. Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña).. [2] Servicio de Pediatría. Unidad de Cardiología Infantil.. H. Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña)..

OBJETIVOS
Los pacientes con cardiopatías congénitas (CC) son una población crónicamente enferma. Es importante una correcta comprensión de la enfermedad por parte de los niños y de sus padres para fomentar una mejor y mayor calidad de vida y adecuada actitud sobre la salud. El objetivo del presente estudio es evaluar la comprensión de la cardiopatía en niños con CC y sus padres, mediante la localización del corazón, la elaboración de un dibujo y la descripción del defecto cardíaco, y evaluar si su comprensión se correlaciona con la edad.

MATERIAL Y MÉTODOS
Se trata de un estudio descriptivo transversal durante un período de 6 meses en un Centro Terciario de Cardiología Pediátrica, en el que participan 150 padres, de los cuales 85 se tratan de niños de hasta 8 años (39% niñas) y 70 de entre los 9 y 18 años (45% niñas). La evaluación se realiza a partir de un cuestionario, en el que se incluye una silueta de persona donde se debe localizar el corazón, un recuadro en blanco donde los niños mayores a 8 años y sus padres deben realizar un dibujo de la cardiopatía, y una pregunta a partir de la cual deben describir la enfermedad.

RESULTADOS
El 83% de los padres localiza correctamente el corazón en una silueta de persona. El 85% de niños entre 9 y 18 años lo localizan correctamente, sin embargo, sólo el 61% de los niños hasta los 8 años lo ubica de forma correcta. Únicamente el 3 % de los padres dibuja correctamente la CC de sus hijos, y el 29 % lo hace de forma incompleta. De los niños mayores a 8 años, el 6 % dibuja correctamente su cardiopatía. El 100% de los dibujos realizados correctamente representan CC simples. En relación con la descripción de la enfermedad solo lo hacen de forma adecuada el 51% de los padres y el 15 % de los niños mayores a 8 años, mientras que los menores a esta edad, el 100% no saben describirla.

CONCLUSIONES
La comprensión de la cardiopatía es inapropiada, tanto cuando se valora desde el punto de vista gráfico como descriptivo y tanto en padres como en niños. Debería existir una esfuerzo por parte de los profesionales sanitarios en explicar y describir la enfermedad, adaptándose a las necesidades de padres y niños, así como asegurarse de la comprensión de la información dada. Con el objetivo de mejorar el comportamiento en términos de salud.

O02 | *Trabajo Investigación*

BRONQUIOLITIS OBLITERANTE: PERFIL DE LOS PACIENTES A SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE NEUMOLOGÍA INFANTIL DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Castro Tabuenca E*[1], García Magán C[1], Moure González J[1], Vázquez Donsion M[1], Doval Ordóñez C[1]
[1] *Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.*

OBJETIVOS

La bronquiolitis obliterante (BO) es una patología pulmonar crónica infrecuente, producto de una noxa en la vía aérea pequeña que condiciona cambios inflamatorios, fibrosis y obstrucción al paso de aire. Su etiología es muy variada, siendo las infecciones víricas la causa más frecuente en pediatría; también puede desarrollarse debido a tóxicos, enfermedades autoinmunes, trasplante de médula ósea o pulmonar. El objetivo de este trabajo es describir las características de una serie de pacientes diagnosticados de BO.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de pacientes diagnosticados de bronquiolitis obliterante a seguimiento en la unidad de Alergia y Neumología Infantil de un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos demográficos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos.

RESULTADOS

Actualmente hay 7 pacientes diagnosticados de BO, con edad media al inicio de la clínica de 35 meses. Los síntomas que guiaron el diagnóstico fueron infecciones respiratorias repetidas, neumonías en la misma localización o mala evolución de síntomas respiratorios. Parte de los pacientes tienen historia de hiperreactividad bronquial (71%) y antecedentes familiares de asma (43%). La mayoría fueron de etiología postinfecciosa (2 por Mycoplasma pneumoniae, 2 adenovirus, 1 parainfluenza 4 y 1 neumonía típica); existe 1 caso con antecedente de leucemia y trasplante de progenitores hematopoyéticos que inició la clínica durante una infección por citomegalovirus. Tuvieron una media de 1’7 hospitalizaciones por procesos respiratorios. El tiempo medio entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 12’3 meses. Fueron realizadas radiografías de tórax (100%), test de Mantoux (71%), determinación de cloro en sudor (28’5%), niveles de alfa-1 antitripsina (28’5%), pruebas cutáneas de sensibilización a aeroalergenos (71%) y estudio de inmunodeficiencias (28'5%); el diagnóstico fue confirmado mediante tomografía computarizada pulmonar (100%, patrón en mosaico por áreas de atrapamiento). Se realizaron cultivos de secreciones bronquiales en 6 pacientes, hallando crecimiento bacteriano en todos (el germen más frecuente fue Haemophilus influenzae). Reciben tratamiento broncodilatador y antiinflamatorio, fisioterapia respiratoria y antibioterapia de amplio espectro durante las exacerbaciones respiratorias.

CONCLUSIONES

La BO cursa con síntomas respiratorios larvados que habitualmente se inician tras una infección respiratoria vírica en pacientes de corta edad. Debido al probable infradiagnóstico de esta entidad, es importante conocerla y sospecharla para realizar un diagnóstico precoz y un seguimiento estrecho que permita evitar complicaciones, la progresión del daño pulmonar y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

O03 | *Trabajo Investigación*

IDENTIFICACIÓN DE POSIBLES BENEFICIARIOS DE UN PROGRAMA ESPECÍFICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN EL ÁREA SANITARIA DE A CORUÑA

Presno López I*[1], Buyo Sánchez P[2], Alas Barbeito A[2], Pérez Tato H[1], Pardo Vázquez J[1]
[1] Pediatría. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera, A Coruña. [2] Unidad de Oncohematología Infantil. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera, A Coruña.

OBJETIVOS
El objetivo principal del estudio es identificar los posibles pacientes subsidiarios de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) en el Hospital Universitario de A Coruña. Los
OBJETIVOS secundarios son identificar características epidemiológicas, motivos de ingreso y comorbilidades.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio observacional retrospectivo realizado a partir de historias clínicas de pacientes menores de 15 años ingresados en el periodo comprendido entre el 01/01/2017 y el 31/12/2017 en el Hospital Universitario de A Coruña en las Unidades de Lactantes, Escolares, Oncohematología, UCIN y UCIP. Fueron excluidos los pacientes ingresados a cargo de Cardiología Infantil, Cirugía y Traumatología. Las clasificaciones utilizadas fueron las propuestas por Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions and their Families (ACT). Para el análisis de los datos empleamos el programa IBM SPSS Satistics®.

RESULTADOS
Se estudiaron 587 pacientes que acumulaban un total de 759 ingresos (86% Planta de Hospitalización, 11% UCIP/UCIN y el 3 % ingresos de corta estancia para procedimientos). La media de ingreso fue de 6,8 días y la causa más frecuente la infecciosa. La distribución por sexo fue ligeramente superior en varones y la edad media 4,2 años. Del total de los pacientes 29 (4,9 %) se consideraron posibles beneficiarios de programa específico de CPP. Dentro de este subgrupo, la causa principal de ingreso fue la oncológica, presentando una estancia media de 14,3 días. Entre los posibles beneficiarios la mayoría pertenecía a los grupos 3 y 4 de la ACT. Durante el periodo de tiempo estudiado, del total de los posibles beneficiarios, fueron éxitus 9 pacientes, 8 fallecieron en el hospital y uno en domicilio.

CONCLUSIONES
Los avances médicos han conseguido reducir la tasa de mortalidad infantil, aumentado el número de niños con enfermedades graves que tienen múltiples necesidades. Aunque la patología infecciosa en niños previamente sanos sigue siendo la principal causa de ingreso en nuestro centro, cada vez es más frecuente enfrentarse a pacientes complejos con enfermedades crónicas que limitan la vida. Creemos que identificar correctamente estos pacientes es el primer paso para poder crear un adecuado plan de cuidados centrado en el niño y su familia. Coincidiendo con lo descrito en la literatura, en el estudio la mayoría de los posibles beneficiarios de programa específico de CPP pertenecen a la categoría 3 / 4 de la ACT, tienen enfermedades neurológicas y fallecen en el hospital.

O04 | *Caso Clínico*

CONFLICTOS ÉTICOS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA. APLICACIÓN DEL MÉTODO DELIBERATIVO.

Guitián Mediero L*[1], Yáñez Mesía S[2]
[1] *Pediatría. Centro de Salud Ventorrillo.* [2] *Urgencias pediátricas. CHUAC.*

PRESENTACIÓN DEL CASO

La Bioética es un gran espacio de debate racional, plural y crítico. Los cuatro principios clásicos de la bioética (autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia) son valores básicos que constituyen el marco para la toma de decisiones. Emplearemos el método deliberativo, desarrollado por el Dr. Gracia, como método práctico en la resolución de cuatro casos clínicos.

DESARROLO

A) Niña de 5 años con lesiones de Molluscum contagioso en huecos poplíteos. Controversia sobre la idoneidad de tratamiento. B) Niña de 12 años con diagnóstico de anorexia nerviosa restrictiva, viaje escolar programado a Londres durante una semana. Negativa de la madre al mismo. C) Niño de 7 años con fiebre de 3 días de evolución y exudado amigdalar que se niega a realizar test de diagnóstico rápido de Estreptococo pese a indicación médica. D) Padres de recién nacido que rechazan la vacunación sistemática. El método deliberativo consiste en alcanzar un resultado final pasando por una serie de fases: 1. Presentación de los participantes 2.

PRESENTACIÓN DEL CASO clínico 3. Análisis de los aspectos clínicos del caso 4. Identificación de los problemas éticos del caso 5. Elección del problema ético principal 6. Identificación de los valores en conflicto 7. Identificación de los cursos extremos de acción 8. Árbol de cursos intermedios de acción 9. Elección del o de los cursos óptimos de acción 10. Pruebas de consistencia del (de los) curso(s) elegido(s) a. Prueba de la legalidad: ¿es legal la decisión que vas a tomar? b. Prueba de la publicidad: ¿estarías dispuesto a defenderla públicamente? c. Prueba del tiempo: ¿tomarías esta misma decisión si pudieras esperar algún tiempo más?

DISCUSIÓN

El método deliberativo aplicado ante cualquier conflicto ético en la clínica asistencial ayuda a alcanzar decisiones prudentes, responsables, de auténtica reflexión, desde una perspectiva plural. En atención primaria se genera un ambiente de confianza que ayuda a desarrollar la comunicación con la familia. Además se dan múltiples tipos de pacientes y situaciones que permiten ejercitarnos en la resolución de conflictos éticos. La bioética constituye un área imprescindible en la formación de los pediatras.

O05 | *Trabajo Investigación*

CO-INFECCIÓN VIRAL EN PACIENTES MENORES DE 14 AÑOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA. ESTUDIO PROSPECTIVO CONTROLADO.

Cebey López M[1], Pardo Seco J[1], Díaz Esteban B*[2], Quintana Cepedal I[3], Gómez Carballa A[1], Currás Tuala M[1], Pischedda S[1], Barral Arca R[1], Martinón Torres F[1], Regalip R[1], Gendres R[1]

[1] IDIS. IDIS. [2] Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. [3] Pediatría. Centro Hospitalario Universitario de Santuago de Compostela.

OBJETIVOS

Son prácticamente desconocidas las características de la co-infección viral en niños de Atención Primaria (AP). Se analizó comparativamente los patrones y fenotipos clínicos de las co-infecciones en pacientes pediátricos atendidos en AP y hospitalizados por infecciones respiratorias agudas (IRA) comparándose con controles sanos.

MATERIAL Y MÉTODOS

A través de una red de centros de atención primaria (ReGALIP) y de atención hospitalizada (AH)(GENDRES) en niños menores de 14 años con IRA se hizo un estudio prospectivo, controlado y multicéntrico. Se realizó una PCR en hisopos nasofaríngeos para la detección de los virus influenza (Flu), metapneumovirus (MPV), virus respiratorio sincitial (VRS), virus parainfluenza (PIV), rinovirus (RV), adenovirus (AdV), bocavirus (HBo) y coronavirus (CoV).

RESULTADOS

Se recogieron un total de 528 muestras nasofaríngeas: 80 pacientes hospitalizados, 386 de AP y 66 controles. Se identificó al menos un patógeno en el 80.9% de los casos de AP, 83.8% hospitalizados y 27.3% de los controles. Se detectaron co-infecciones en 1.5% de controles, 45.6% de AP y 44.9% de hospitalizados. El patrón de infección en AP y hospitalizados es similar en el CoV, PIV, AdV, MPV. El VRS se encontró en mayor proporción como único virus en hospitalizados que en AP (27.5%vs. 9.7%) y el Flu es más frecuente en AP que en hospitalizados en monoinfección (11.3% vs. 5.0%) y en co-infección (4.5% vs. 1.2%). El RV es el microorganismo más frecuente en controles pero también en AP y AH.

CONCLUSIONES

Las técnicas moleculares son capaces de detectar algún patógeno en más de un 80% de los niños que acuden a AP u AH por infecciones respiratorias. La presencia de más de un virus en estos pacientes es muy frecuente en pacientes sintomáticos tanto en AP como AH, no así en pacientes asintomáticos. La importancia clínica de este hallazgo es desconocida.

O06 | *Trabajo Investigación*

EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA PROVINCIA DE LUGO

Guerra Buezo B*[1], Niño Grueiro I[1], Abadi García T[1], Pena Gil P[1], García-Plata González C[1], Pérez Pacín R[1]
[1] *Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.*

OBJETIVOS

Con una incidencia en aumento en nuestro país y un diagnóstico tardío, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se ha convertido en uno de los grandes retos en pediatría. Es, por tanto, la principal motivación de nuestro estudio describir las características de nuestros pacientes para conseguir un diagnóstico y tratamiento precoz.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los casos de EII identificados en la provincia de Lugo (Hospital Lucus Augusti, Hospital da Costa y Hospital de Monforte) entre 2008-2019. Se analizan características analíticas y clínicas al diagnóstico y tratamientos recibidos.

RESULTADOS

Encontramos 21 pacientes, media de edad al diagnóstico 9,6 años (2a y 3m - 14a y 8m). Un 52,5% correspondían a la enfermedad de Crohn (EC), siendo los síntomas iniciales más observados el dolor abdominal, la sangre en heces y la pérdida de peso. Destacamos dos pacientes cuyas primeras manifestaciones fueron edemas y artralgias. El 42,8 % correspondió a los diagnosticados de colitis ulcerosa (CU) quienes, presentaron en su totalidad deposiciones líquidas con sangre. Sobresale la alta prevalencia del sexo masculino, que responde al 62 %. La media de meses transcurridos desde la aparición de la clínica hasta el diagnóstico fue de 6,6 meses (EC 6,5 m ; CU 3,4 m). Un 28,5% presentaban familiares de primer grado afectos. En el 76,6% se encontraron niveles de calprotectina >= 500ug/g heces (mínimo 363ug/g), con valores más elevados en pacientes con EC. El 65% presentó anemia, la hemoglobina media 10,9 g/dL (EC 11,8g/dL ; CU 10,5g/dL). El 80,9% tenía VSG>20mm/h y el 76,1% PCR>5mg/dl. Ocho pacientes sufrían desnutrición (índice Shukla <90 %), de los cuáles cuatro presentaron malnutrición moderada (IS <80%). La nutrición enteral exclusiva (NEE) permitió la remisión del 63% de los casos con EC. En la actualidad ocho pacientes reciben tratamiento biológico de mantenimiento. Ninguno necesitó tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES

La anemia unida a los síntomas gastrointestinales nos debe hacer pensar en EII. El retraso diagnóstico sigue siendo importante, sobre todo en EC. Todos nuestros pacientes presentaron calprotectina >350 ug/g al diagnóstico. Se necesitarían estudios más amplios para valorar subir el punto de corte con el fin de evitar exploraciones complementarias innecesarias ante pequeñas elevaciones del marcador. Insistimos en realizar una correcta valoración del estado nutricional pues existe riesgo de malnutrición. Esta muestra sigue avalando la efectividad de la NEE como inductor a la remisión en EC pediátrica.

O07 | *Trabajo Investigación*

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ALIMENTACIÓN Y LA ACTIVIDAD FÍSICA EN ADOLESCENTES DE GALICIA

Picáns Leis R*[1], Barja-Fernández S[2], Pino Juste M[3], Portela Pino I[4], Leis Trabazo M

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

OBJETIVOS

El aumento significativo de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en los últimos años, ha provocado una necesidad de modificación de los estilos de vida, afectando de forma predominante a los países del sur de Europa. Las nuevas preferencias alimentarias sumadas al aumento del sedentarismo y la inactividad, son dos de las principales causas de esta pandemia. Por ello, el objetivo del estudio es analizar la calidad de la dieta así como la práctica diaria de actividad física en adolescentes gallegos, con el fin de elaborar estrategias de intervención adaptadas a sus necesidades.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal de una muestra de 662 adolescentes gallegos, con edades comprendidas entre los 9 y los 17 años. Se determinaron diferentes variables: índice de masa corporal (IMC) como indicador de adiposidad; el patrón alimentario, evaluado a través del cuestionario Kidmed y la actividad física con PAQ-C. La estratificación de la muestra se hizo en función del IMC según los estándares de Cole. El análisis estadístico se realizó a través del programa SPSS.

RESULTADOS

El 56% de los adolescentes estudiados estaban en riesgo de malnutrición por exceso, necesitando por tanto, una modificación de su patrón de alimentación. La adherencia a las recomendaciones de la dieta mediterránea fue baja (7.65±2,28), empeorando con la adiposidad y la edad. El 58% de los adolescentes presentaron un nivel bajo-moderado de actividad física; siendo el nivel medio moderado (3,02±0,74), significativamente menor en niñas y en adolescentes. La calidad de la dieta se correlacionó positivamente con la actividad física y negativamente con el IMC.

CONCLUSIONES

Los escolares gallegos presentan un estilo de vida de riesgo; tanto por el patrón alimentario como por la baja actividad física diaria realizada. Son muchas campañas de intervención las que se han llevado a cabo en los últimos años con el fin de concienciar de esta patología; sin embargo todavía no han sido suficientemente eficaces. La necesidad de modificar estas conductas resulta prioritario en nuestra población más joven, por lo que debemos lograr estrategias de intervención que consigan una mejora de la calidad de la dieta así como un incremento de actividad física diaria.

O08 | *Trabajo Investigación*

CONSUMO DE DROGAS EN EL EMBARAZO ¿AFECTA A LA MADRE, AL RECIÉN NACIDO O A AMBOS?

Barreiro Carballo L*[1], Fernandez Soto Z[1], Dacosta Tapia P[1], Gonzalez Colmenero E[1], Concheiro Guisan A[1], Cañizo Vazquez D[2], Lorenzo Martinez M[3], Fernandez Lorenzo J[3]

[1] Pediatria. Hospital Alvaro Cunqueiro. [2] Pediatría. Hospital San Joan de Deu. [3] Pediatría. Hospital Alvaro Cunqueiro.

OBJETIVOS

El consumo de drogas durante la gestación es un problema real que va a tener consecuencias tanto en la mujer gestante como en el niño en sus diferentes etapas evolutivas. Realizar un diagnóstico precoz del problema nos va a permitir, por un lado, iniciar medidas de intervención con la madre y por otro, prestar una atención adecuada al niño expuesto con el objeto de minimizar en lo posible el
DESARROLLO de complicaciones. El objetivo del estudio es identificar el consumo de drogas en nuestro medio mediante el análisis de muestras de cabello materno y meconio del neonato y determinar la morbilidad derivada del consumo sobre la gestante y/o el recién nacido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de casos y controles anidado en una cohorte de madres gestantes y sus hijos recién nacidos. Recogida de muestras realizada entre los años 2011 y 2015 en los Complejos Hospitalarios Universitarios de Vigo y Santiago de Compostela. Estudio de la morbilidad derivada del consumo de tóxicos sobre la gestación, el periodo perinatal y el periodo neonatal.

RESULTADOS

El 33,5% de las muestras analizadas tuvieron un resultado positivo para alguna sustancia de abuso (13,61% tabaco; 9,8% fármacos; 8,4% etanol; 8,3% cocaína; 6,4% cannabis; 5,7% opioides; 2% anfetaminas; 0,4% escopolamina). En la mujer, el consumo de sustancias se asoció con un mayor número de abortos. En el periodo perinatal, la exposición a tabaco y/o cannabis se asoció con un mayor sufrimiento fetal y el monoconsumo de cocaína con una mayor necesidad de reanimación neonatal avanzada así como mayor sufrimiento perinatal. En el periodo neonatal la exposición a cocaína, opioides y fármacos se asoció con una menor edad gestacional al nacimiento, y si además incluimos el tabaco, con un menor peso, longitud y perímetro craneal. Los expuestos a tabaco presentaron mayor necesidad de ingreso en periodo neonatal.

CONCLUSIONES

El consumo de sustancias de abuso durante la gestación ha demostrado relacionarse con efectos negativos en la mujer y en el niño en los diferentes momentos en que estos han sido evaluados, tales como una mayor tasa de abortos, mayor índice de sufrimiento perinatal o alteraciones del
DESARROLLO somático en el recién nacido.

O09 | *Trabajo Investigación*

OXIMETRÍA ESPLÁCNICA EN NEONATOS PEQUEÑOS PARA LA EDAD GESTACIONAL EN RELACIÓN CON EL ESTUDIO DOPPLER PRENATAL.

Fuentes Carballal J*[1], Avila Alvarez A[1], Taboada Perianes M[1], Martínez Regueira S[1], Fernández Trisac J[1]
[1] *Pediatría. Neonatoloxía.. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña.*

OBJETIVOS

Una tecnología de incorporación reciente en las unidades neonatales es la oximetría tisular. Los estudios de oximetría regional a nivel intestinal evidencian las posibilidades de esta técnica para monitorizar el intestino en riesgo de isquemia. El recién nacido CIR ha estado sometido en vida prenatal a isquemia crónica debido a su insuficiencia placentaria a diferencia del niño con BPEG no CIR. El objetivo del estudio busca evaluar si existe relación entre los datos doppler prenatales y los datos de oximetría abdominal en los niños pequeños para su edad gestacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional en neonatos > 32 semanas con un peso al nacer < P10. Se clasificó la gravedad de la insuficiencia placentaria según criterios de doppler prenatal. Se monitorizó la oximetría esplácnica durante los 3 primeros días de vida y se realizó un análisis comparativo de los datos oximétricos según la afectación doppler prenatal. Se utilizó el mismo protocolo de alimentación para todos los pacientes y se evaluó la relación entre la tolerancia oral y el registro oximétrico.

RESULTADOS

Se evaluaron 53 pacientes. Se observaron diferencias significativas en la rSO2 media entre los pacientes con fallo placentario moderado o grave y aquellos con doppler prenatal normal o levemente alterado: 42±10 vs. 71,3±10 ($p < 0,001$). Estas diferencias se mantuvieron durante los 3 primeros días de vida. Se identificaron patrones tipo de oximetría esplácnica según el grado de insuficiencia placentaria. Se observó una correlación entre la rSO2 abdominal media diaria y los días hasta alcanzar una alimentación enteral completa (coeficiente de correlación para rSO2media en día 1 0,58 $p<0,001$).

CONCLUSIONES

Existe correlación entre el doppler fetal y el patrón de oximetría esplácnica durante los primeros días de vida. Los neonatos con insuficiencia placentaria moderada o grave presentan unos registros de oximetría abdominal más alterados, por lo que podría ser una técnica útil para evaluar el grado de insuficiencia placentaria y el riesgo de intolerancia oral en los neonatos pequeños para la edad gestacional. El menor valor de los registros se correlaciona con la gravedad de la insuficiencia placentaria y estos pacientes presentan más riesgo de intolerancia oral.

O10 | *Trabajo Investigación*

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE: UN NUEVO SCORE PARA EXTREMAR LA VIGILANCIA

Casal Beloy I*[1], García González M[1], Somoza Argibay I[1], Dargallo Carbonell T[1]
[1] *Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario A Coruña.*

OBJETIVOS
El momento adecuado para realizar una intervención quirúrgica en el paciente con enterocolitis necrotizante continúa siendo uno de los principales desafíos en el manejo de estos pacientes, tanto para el cirujano pediátrico como para el neonatólogo. El objetivo de nuestro trabajo fue diseñar un nuevo sistema de puntuación para predecir que neonatos presentan un alto riesgo de desarrollar una enterocolitis necrotizante quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio retrospectivo de todos aquellos pacientes con diagnóstico de enterocolitis necrotizante en el Hospital Clínico Universitario de A Coruña, en el período 2003-2015. Fueron excluidos aquellos neonatos con enterocolitis necrotizante en estadío IA y IB según los criterios de Bell modificados. Fueron recogidas todas aquellas variables que podrían determinar la presencia de esta patología, así como su progresión: datos socio-demográficos (edad, sexo, edad materna, factores de riesgo perinatales), y datos clínicos (síntomas, horas de evolución, valores analíticos, hallazgos radiológicos, exploración física). La asociación entre las diversas variables fueron analizadas mediante un análisis bivariado y multivariado. Aplicamos un modelo de regresión logística multivariado para identificar aquellos factores que podrían predecir riesgo independiente de precisar un manejo quirúrgico en estos pacientes.

RESULTADOS
Un total de 124 pacientes con diagnóstico de enterocolitis necrotizante fueron incluidos en el estudio (77 niños y 47 niñas). El tratamiento fue conservador en 77 pacientes (62.1%) y quirúrgico en los 47 restantes (37.9%). La tasa de mortalidad fue del 11.3%. La coagulopatía, la hiperglucemia, la dificultad respiratoria y el recuento elevado de neutrófilos representaron variables de riesgo independientes para desarrollar una enterocolitis quirúrgica. Para desarrollar el score se asignó un valor determinado a cada una de estas variables: Hiperglucemia (0 a 3 puntos); Coagulopatía (0 a 1 punto); Dificultad respiratoria (0 a 1 punto); Neutrófilos (0 a 2 puntos). El valor global alcanzado fue de 0 a 7 puntos, donde 0 representó un 0.2% de posibilidad de precisar un manejo quirúrgico y 7 un 95.9%. La sensibilidad y especificidad de este sistema de puntuación para predecir actitud quirúrgica fue del 81.8% and 76.7% respectivamente.

CONCLUSIONES
El nuevo sistema de puntuación obtenido mediante la combinación de varios parámetros, podría detectar neonatos en riesgo de desarrollar una enterocolitis necrotizante severa. Esto podría mejorar la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad, asociadas con el retraso en el tratamiento quirúrgico de estos pacientes.

O11 | *Trabajo Investigación*

LA APERTURA DE UN BANCO DE LECHE HUMANO: EL MEJOR GALACTOGOGO PARA LA MADRE PRETERMINO.

Barreiro Carballo L*[1], Fiel Ozores A[2], Concheiro Guisán A[1], Suarez Albo M[1], Durán Fernandez Feijoó C[1], Alonso Clemente S[1], González Colmenero E[1], Liñares Nistal P[1], Taboas Ledo F[2], Fernandez Lorenzo J[1]
[1] Pediatría. Hospital Alvaro Cunqueiro. [2] Pediatria. Hospital Alvaro Cunqueiro.

OBJETIVOS
El gold standard de la alimentación del pretérmino es la leche fresca de su propia madre. Y cuando no se dispone de un volumen suficiente para cubrir al completo sus necesidades, recurrir como complemento a la leche pasteurizada de donantes seleccionadas. Tras 2,5 años de funcionamiento, nuestro banco de leche humana ha alimentado de forma total o parcial a más de 250 niños receptores, incluyendo, todos los menores de 32 semanas de nuestro centro y dos centros satélites. El objetivo del estudio es analizarel impacto de la apertura de un banco de leche humana en la tasa de lactancia natural de las madres pretérmino y otros efectos beneficiosos en el establecimiento de esta lactancia.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio multicéntrico cuasi-experimental. Se definen dos grupos. Grupo 1: prematuros de 32 semanas o menos de edad gestacional y/o peso 1500 g alimentados exclusivamente con LM y oferta de alimentación trófica con leche de banco. Grupo 2 (controles históricos): igual EG y peso, alimentados con LM exclusiva sin existir disponibilidad de leche donada.

RESULTADOS
Son 93 pacientes. Un 45% del grupo 1 no precisó leche donada e inició la n. enteral a las 11 horas de vida (rango 8-15h) frente al grupo control que la inició a las 48 horas (12-144 h). El conjunto del grupo 1 (N= 55) inició la enteral 24 horas antes y alcanzó antes la enteral plena. La nutrición parenteral se retiró 2 días antes y las vías centrales 24 horas antes. La mayoría de las madres del grupo 1 manifestaron una significativa reducción del estrés emocional en relación al inicio de la lactancia materna. Un 33% de las madres, receptoras o potenciales receptoras de leche donada, se convirtieron posteriormente en donantes. La tasa de lactancia materna al alta en <32 semanas en nuestra unidad se incrementó desde la apertura del banco de un 61% a un 78%.

CONCLUSIONES
Existe un claro efecto galactogogo ligado a la disponibilidad de leche donada en las unidades. Este se refleja en un incremento de la tasa de lactancia en la población de madres pretérmino y en una reducción del nivel de estrés maternal en las fases iniciales de la misma que favorece una lactogénesis más precoz y eficaz.

O12 | *Trabajo Investigación*

BRONQUIOLITIS Y PALIVIZUMAB: ¿ESTÁN PROTEGIDOS NUESTROS PREMATUROS?

FUENTES PÉREZ N*[1], FERNÁNDEZ FILGUEIRA M[1], HURTADO DÍAZ J[2], GONZÁLEZ SILVELA I[3], DÍAZ GONZÁLEZ L[1]
[1] PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA. [2] PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTVEDRA. [3] PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA.

OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN: El virus respiratorio sincitial (VRS) causa patología respiratoria grave y epidémica en niños. Infecta a un 75% en el primer año de vida y cerca del 100% en el segundo. Es factor determinante en el aumento de ingresos durante el invierno, con una mortalidad del 1%. Los grupos de mayor riesgo (exprematuros, enfermedad pulmonar crónica, cardiópatas e inmunodeprimidos) se benefician de la profilaxis con anticuerpos monoclonales (palivizumab). OBJETIVO: Analizar la prevalencia de bronquiolitis entre los niños que recibieron profilaxis con palivizumab, porcentaje de ingresos y germen implicado. Analizar la implicación en el

DESARROLLO de bronquiolitis de los siguientes antecedentes perinatales: edad gestacional (EG), peso al nacimiento, necesidad de soporte respiratorio neonatal, presencia de cardiopatía o displasia broncopulmonar (DBP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de niños con profilaxis, nacidos entre enero de 2014 y marzo de 2019. Análisis estadístico R.

RESULTADOS

Recibieron palivizumab 145 niños. El grupo más representativo pesó entre 1000-1500g (37.9%) con una EG entre 32+1-35+0 semanas (34.5%). Asociaban cardiopatía el 17.9% y DBP el 8.2%. El 69.6% precisó soporte respiratorio al nacimiento, sobre todo CPAP (44.5%). Presentaron bronquiolitis el 64.1% (ingresan 21.5%; soporte respiratorio 5.4%) y se aisló germen en 6 pacientes (4 VRS). El porcentaje de ingresos es mayor en los niños que habían recibido soporte respiratorio neonatal frente a los que no lo recibieron (16,8% vs 6,8%),no significativo. La curva de supervivencia muestra diferencias a largo plazo: a los 24 meses presentaron bronquiolitis 75% de los pacientes con soporte respiratorio neonatal frente al 56% sin soporte (p0,07). La mediana de edad global de bronquiolitis fue 12 meses. No se objetivan efectos de otras variables (EG , peso al nacimiento) sobre la presencia y gravedad de bronquiolitis en nuestro estudio.

CONCLUSIONES

-La EG y el bajo peso al nacimiento son factores de riesgo conocidos de bronquiolitis, sin embargo en nuestro estudio ninguno de ellos muestra efecto sobre la presencia o gravedad de la enfermedad, al igual que el soporte respiratorio, lo cual podría deberse al efecto protector del palivizumab. -El porcentaje de ingresos por bronquiolitis en nuestra muestra es superior al publicado en la literatura; sería necesario protocolizar criterios. -Un mayor tamaño muestral junto con un grupo control otorgaría mayor potencia estadística al estudio y extrapolaría

Conclusiones más definitivas. -Resaltar la importancia de la administración adecuada de palivizumab en pacientes de riesgo, ya que son el grupo más vulnerable a padecer bronquiolitis.

O13 | *Trabajo Investigación*

MENINGITIS POR PARAECHOVIRUS Y ENTEROVIRUS TRAS LA INTRODUCCIÓN DEL DIAGNÓSTICO MOLECULAR: DIFERENCIAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS.

González Cabaleiro I*[1], Fernández Patiño R[2], Montero Alonso M[3], Rey Cao S[4], Villares Porto-Domínguez, A[5], García Martínez E[5], Portugués de la Red M[5], Fernández Lorenzo J[6]

[1] MIR pediatría. Alvaro Cunqueiro Vigo. [2] MIR pediatría. Alvaro Cunqueiro. [3] MIR Pediatría. Alvaro Cunqueiro. [4] Microbiología. Alvaro Cunqueiro. [5] Pediatría. Alvaro Cunqueiro. [6] Neonatología. Alvaro Cunqueiro.

OBJETIVOS

Describir y comparar las características clínicas y epidemiológicas de los niños diagnosticados de infección del SNC por parechovirus (HPeV) y enterovirus (EV).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo formado por niños menores de 6 años ingresados por infección del SNC por parechovirus o enterovirus el último año en el Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo. Se realizó determinación de HpeV y EV mediante técnicas moleculares.

RESULTADOS

Fueron diagnosticados 30 pacientes, 13 presentaron infección por HepV y 17 por EV. La edad de los pacientes difiere significativamente según el tipo de virus(OR:0,694(0,978-1,014),p=0,004), afectando el paraechovirus a menores de 3 meses frente al enterovirus a niños de 4 años. La fiebre supone el signo cardinal en los afectos por paraechovirus (84%) acompañado de rechazo de las tomas (70%), irritabilidad (77%), hiporreactividad (30%) y exantema (30%). El principal motivo de ingreso de los pacientes afectos por EV fue la cefalea (82%) acompañado de rigidez nucal (65%) e irritabilidad (18%). El 67% del grupo afecto por HepV presentó leucopenia y solamente tres presentaron pleocitosis en el LCR. Un 23% precisaron ingreso en UCI y un 30% soporte ventilatorio. Dos, sufrieron encefalitis y crisis epilépticas, presentando alteraciones en la neuroimagen. La edad inferior a 7 días, supone un factor de riesgo para necesidad de soporte y aparición de secuelas posteriores (OR:0,230(0,400-0,665),p=0,002). Los reactantes de fase aguda, mantuvieron valores de normalidad al diagnóstico, no difiriendo entre ambos grupos(OR:0,613(0,334-1,205),p=0,154). Todos los afectos por HepV requirieron ingreso hospitalario con cobertura antibiótica frente al 30% de las meningitis por EV. La detección mediante técnica de PCR permitió la tipificación del virus causante en todos los casos, posibilitando la retirada del antibiótico tras el resultado del cultivo en 4 días de media en los paraechovirus y 2 días en los enterovirus(OR:0.319(0,681-1,12),p=0,001).

CONCLUSIONES

Las infecciones por paraechovirus deben ser consideradas como una etiología frecuente de fiebre sin foco y meningitis en recién nacidos y lactantes. Las características clínicas y analíticas son indistinguibles de otros tipos de meningitis, cursando sin pleocitosis y sin alteraciones en los reactantes de fase aguda en la mayoría de los casos. Por ello, es necesario apoyarse en las técnicas de PCR para su diagnóstico precoz. La detección molecular permite la disminución del tiempo de estancia hospitalaria y la reducción del tiempo de antibioterapia empírica. A menor edad de afectación mayor es la repercusión clínica, necesidad de soporte e ingreso en UCI, especialmente en neonatos.

O14 | *Trabajo Investigación*

ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO COMPARATIVO DE LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DE INFECCIÓN VIH EN LA CCAA DE GALICIA

Couceiro Gianzo J[1], Fernández Filgueira M*[1], Jiménez de Ory S[2], Ocampo Hermida. A[3], Granja Martínez M[1]
[1] Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. [2] Pediatría. Hospital Gregorio Marañón de Madrid. [3] Unidad VIH. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo.

OBJETIVOS

La revisión y comparación periódica de la evolución de las cohortes pediátricas nos permite detectar cambios que puedan implicar nuevas estrategias de manejo y evaluar los
RESULTADOS obtenidos durante su seguimiento.
OBJETIVOS Describir la evolución epidemiológica y clínica de la cohorte gallega en los últimos tres lustros. Comparación con los
RESULTADOS de la Cohorte Nacional Pediátrica (CoRISPe). Relación de la situación actual de la cohorte gallega: pacientes a seguimiento en consulta, pacientes transferidos a unidades de adultos, pacientes perdidos, y pacientes fallecidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogen y comparan los datos de la Cohorte de la Red de Investigación de SIDA Pediátrico (CoRISPe) y los datos correspondientes a los pacientes pediátricos portadores de VIH atendidos durante el mismo periodo de tiempo en las consultas de Infectología Pediátrica (total de pacientes, mediana de edad, distribución por sexo, vía de transmisión, origen, estadio clínico, CD4 % y totales, CV, TARGA y coinfecciones).

RESULTADOS

El número de pacientes pediátricos en seguimiento portadores de VIH del nodo Galicia se ha reducido en este periodo de tiempo desde 46 hasta los 15 actuales. De ellos, 25 fueron transferidos a Unidades de Adultos, 5 se han perdido en su seguimiento y 1 ha fallecido durante su seguimiento posterior. La mediana de edad actual es de 15.2 años, similar a la referida por la CoRISpe, siendo el grupo de edad de entre 12 a 17.9 años el más representativo. El 60% de los portadores son hombres y predomina su origen autóctono. La infección se ha producido en el 100% de los casos por transmisión vertical y únicamente una paciente presentaba coinfección por VHC. El 53.3% se encuentra en estadio N-A, 20% estadio B y 13.3% en estadio C. En consonancia con la persecución de los
OBJETIVOS 90:90:90 de la OMS para 2020, el 80% tienen CV indetectable y el 100% recibe TARGA.

CONCLUSIONES

Las cohortes pediátricas en España y otros países con recursos se han reducido drásticamente gracias a la disminución de las tasas de transmisión vertical y la transferencia de pacientes a Unidades de VIH de adultos. Las medianas de edad consecuentemente se han incrementado en los últimos años. La disponibilidad de TARGA y de nuevos antirretrovirales con mejor barrera genética frente a mutaciones de resistencia, además del mejor perfil metabólico y farmacocinético han optimizado el manejo y evolución clínica de estos pacientes. Las características organolépticas, formas de presentación y posología siguen suponiendo retos a la cumplimentación adecuada del tratamiento antirretroviral.

O15 | *Trabajo Investigación*

REVISIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA Y HALLAZGOS CLÍNICOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DE PÍLORO EN EL ÁREA SANITARIA DE VIGO EN LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS.

Espinosa Pereiro C*[1], Barreiro Carballo L[1], Ocampo Álvarez A[1], Villares A[1], Balado Insunza N[2], Montero Sánchez M[3], Portugués de la Red M[1], Fernández Lorenzo J[1]

[1] Pediatría e Áreas específicas. Hospital Álvaro Cunqueiro. [2] Pediatría e áreas específicas. Hospital Álvaro Cunqueiro. [3] Cirugía Pediátrica. Hospital Álvaro Cunqueiro.

OBJETIVOS

Estudio descriptivo sobre hallazgos clínicos, analíticos, gasométricos y ecográficos de EHP, y revisión bibliográfica de la enfermedad y del manejo pre y postoperatorio, así como de sus complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de lactantes diagnosticados de EHP en el Hospital Álvaro Cunqueiro entre Abril de 2008 y Julio de 2019. Actualización bibliográfica y análisis estadístico de las variables epidemiológicas, necesidad de reposición hidroelectrolítica (HE) preoperatoria, tiempo de reposición e intervención, estancia media, reintroducción de la alimentación y complicaciones postoperatorias.

RESULTADOS

Un total de 76 lactantes fueron intervenidos de EHP: 62 fueron varones (91.6%) y 14 mujeres (18.4%). La edad media al diagnóstico fue 35,3 días con un rango entre 14 y 79 días. El peso medio fue 3.85 kg (SD: ±0.54 kg). Hubo un total de 5 casos con antecedente de prematuridad (6.6%) y 6 casos (7.9%) con antecedentes familiares de EHP. Del total de pacientes, 81.6% recibian fórmula artificial. Los hallazgos ecográficos al diagnóstico: el grosor muscular tranversal pilórico medio fue de 4.7 mm, (SD:±0.97 mm); y la longitud pilórica media fue de 19 mm (SD:±2.81 mm). El objetivo analítico teórico preoperatorio es bicarbonato <30 mmol/l y cloremia >100 mg/dl y pH urinario >7. El 51.3% de los casos presentaba alcalosis, con valores de pH superiores a 7.45, y el 25 % con valores de bicarbonato superiores o igual a 30 mmol/l. En cuanto a la cloremia, 24 pacientes (31,5%) llegaron con niveles inferiores a 100 mg/dl. Hallazgo de aciduria paradójica en 15 pacientes de 28 orinas recogidas. El tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y la piloromiotomía fue de 20.7 horas, los lactantes sin alteraciones HE, 19,3 horas, y el resto que requirió reposición por alteraciones HE 23,5 horas. Tras la intervención, 16 casos (21.1%) presentaron vómitos. 4 lactantes presentaron complicaciones postoperatorias (pilorotomía incompleta, dehiscencia, infección del tracto urinario y síndrome de apnea central del sueño). La estancia media fue de 4.4 días, con un rango entre 1 y 28 días.

CONCLUSIONES

Las características epidemiológicas de nuestra revisión son similares a las descritas en la literatura hasta el momento. Un 25-30 % de los casos presentan alteraciones hidroeléctrolíticas que requieren reposición de volemia y corrección HE optimizada (para alcanzar
OBJETIVOS analíticos) previa a la intervención, que incluye reposición del déficit del espacio extracelular y corrección del pH e HE en sangre y orina.
OBJETIVOS analíticos preoperatorios: - Bicarbonato <30 mmol/l - Cloremia >100 mg/dl - pH urinario >7

O16 | *Trabajo Investigación*

ANÁLISIS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INCONTINENCIA DE LA RISA EN EL ÁREA SANITARIA DE A CORUÑA

Casal Beloy I*[1], García González M[1], Ramallo Varela S[1], Somoza Argibay I[1]
[1] *Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario A Coruña.*

OBJETIVOS
Las disfunciones del tracto urinario inferior (DTUI) son una de las patologías más frecuentes en pediatría. Dentro de estas disfunciones, un patrón poco común, pero incapacitante es la incontinencia de la risa (IR). Debido a la infrecuencia de su presentación, esta disfunción ha sido poco estudiada. El objetivo del presente trabajo es realizar un análisis descriptivo de los pacientes con IR seguidos en consulta de urología pediátrica de A Coruña, a fin de averiguar su patrón de presentación habitual, su evolución y la respuesta a las diversas posibilidades terapéuticas actuales.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio descriptivo y observacional de la población pediátrica con incontinencia de la risa en el área sanitaria de A Coruña. La selección de pacientes se realizó a partir de la consulta de Cirugía pediátrica del Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera. La recogida de los datos se realizó de forma retrospectiva a partir de los datos recogidos en las historias clínicas de los pacientes durante el trascurso de la enfermedad. Se recogieron variables demográficas, pruebas complementarias, específicas de la disfunción y variables del tratamiento.

RESULTADOS
Un total de 19 pacientes fueron revisados (15 niñas, 4 niños). 17 pacientes tenían 8 años o más (89,5%). 10 pacientes (52,2%) presentaban alguna comorbilidad, y solo 3 pacientes (15,8%) presentaron alguna alteración psicológica. 12 pacientes (63%) presentaron IR sin ninguna otra sintomatología asociada. Sin embargo, 3 pacientes presentaron estreñimiento y 3 pacientes urgencia miccional. El ditropan y el rubifen fueron los tratamientos más frecuentemente utilizados como primera línea, (8 pacientes (42%) y 6 pacientes (31%) respectivamente). 3 de los pacientes (15,3%) tuvieron una mejoría completa tras la aplicación de medidas básicas (uroterapia y hábitos dietéticos). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en la respuesta al tratamiento según el sexo.

CONCLUSIONES
La incontinencia de la risa es un subtipo de DTUI poco común, y por ello es mínima la bibliografía y los estudios sobre esta, lo que limita su manejo. Afecta principalmente al sexo femenino y la edad típica de presentación es entre los 8-12 años. Esta incontinencia se relaciona con diferentes trastornos psicológicos, pero no ha sido posible determinar si estas alteraciones son causa o consecuencia de las mismas. Las medidas de uroterapia básica y el entrenamiento del suelo pélvico son una medida efectiva de tratamiento, con un 30-40% de resolución. El fármaco con mejor porcentaje de respuesta en los pacientes pediátricos es el metilfenidato, sin embargo, no ha sido descrito el mecanismo exacto de actuación.

O17 | *Trabajo Investigación*

RIESGO DE DISPLASIA DEL
DESARROLLO DE LA CADERA EN PACIENTES SOMETIDOS A VERSIÓN CEFÁLICA EXTERNA

Gonzalez Cabaleiro I*[1], Fiel Ozores A[1], González Colmenero E[2], Concheiro Guisán A[2], Vazquez Castelo J[3], Fernández Lorenzo J[2]
[1] MIR pediatria. Alvaro cunqueiro. [2] Neonatologia. Alvaro cunqueiro. [3] Radiología. Alvaro Cunqueiro.

OBJETIVOS
La displasia del desarrollo de la cadera (DDC) engloba un espectro de anomalías que afectan a la maduración y desarrollo de la cadera, pudiendo acarrear importantes comorbilidades a largo plazo que incluyen anomalías de la marcha, dolor crónico o degeneración de la articulación coxofemoral. La presentación podálica es uno de los factores de riesgo asociado a esta patología y puede ser modificada en las últimas semanas de gestación mediante la versión cefálica externa (VCE). El objetivo de nuestro trabajo es determinar la incidencia de DDC en pacientes sometidos a una VCE exitosa, así como valorar la necesidad de incluir a estos niños (en presentación podálica durante gran parte de la gestación) en el protocolo de cribado de DDC.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio de cohortes prospectivo realizado en el hospital Alvaro Cunqueiro de Vigo durante 1 año. Participaron niños sometidos a VCE y niños podálicos no sometidos a VCE. A todos ellos se les realizó una ecografía de cadera para estudiar la incidencia de DDC en ambos grupos.

RESULTADOS
Se incluyeron un total de 122 pacientes. En 67 de ellos se había intentado realizar VCE, siendo exitosa en 35 de ellos (52,2%). Entre los 122 niños incluidos se objetivó DDC ecográficamente en 14 pacientes. De ellos, 11/14 nacieron en presentación podálica, en 6/11 se había intentado la VCE sin éxito, y 3/14 nacieron en presentación cefálica tras una VCE exitosa. Esto supone una incidencia de 8,5% de DCC en todos los versionados exitosamente. En cuanto a las características de los 14 niños con DDC documentada por ecografía tenemos: 9 mujeres y 5 varones, 11 eran primogénitos, 2 eran fetos macrosómicos, 3 tenían antecedentes de DDC en familiares de primer grado, uno de ellos asociaba tortícolis, y uno presentaba crecimiento intrauterino retardado. En estos pacientes con DDC la exploración física fue patológica en 5 de ellos siendo normal en los 9 restantes (incluidos los 3 pacientes versionados). Resaltar un paciente con exploración física alterada sin datos ecográficos de DDC.

CONCLUSIONES
La VCE parece reducir el riesgo de DDC con respecto a la presentación podálica, pero si no incluimos a los niños versionados con éxito, especialmente si asocian otros factores para DCC, en el protocolo de cribado, corremos el riesgo de no detectar precozmente esta patología.

O18 | *Trabajo Investigación*

GOMINOLA DE ISOLEUCINA: NUEVO MODELO DE FORMULACIÓN A TRAVÉS DE TECNOLOGÍA DE IMPRESIÓN 3D PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD DE JARABE DE ARCE

Doval Ordóñez C*[1], Sánchez-Pintos P[1], Picans Leis R[1], Goyanes Á[2], Madla C[3], Umerji A[3], Duran Piñeiro G[4], Giraldez Montero J[4], Lamas Diaz M[4], Gonzalez Barcia M[4], Taherali F[3], Couce M[5], Gaisford S[6], Basit A[6]

[1] Servicio de Neonatología, Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Metabólicas Congénitas.. Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. IDIS. CIBERER.. [2] FabRx Ltd.. FabRx Ltd., 3 Romney Road, Ashford, Kent TN24 0RW, UK.. [3] UCL School of Pharmacy. UCL School of Pharmacy, University College London, 29-39 Brunswick Square, London, WC1N 1AX, UK.. [4] Departamento de Farmacia.. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago de Compostela, SERGAS.. [5] Servicio de Neonatología, Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Metabólicas Congénitas.. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. IDIS. CIBERER.. [6] FabRx Ltd. FabRx Ltd., 3 Romney Road, Ashford, Kent TN24 0RW, UK. 3- UCL School of Pharmacy, University College London, 29-39 Brunswick Square, London, WC1N 1AX, UK..

OBJETIVOS

El objetivo de este proyecto piloto es preparar suplementos personalizados de isoleucina para pacientes con enfermedad de jarabe de arce, aprovechando los atributos únicos de la tecnología de impresión tridimensional (3D), a fin de mejorar la seguridad y adherencia del tratamiento. Objetivo principal: evaluar los niveles plasmáticos de isoleucina comparando dos tipos de formulaciones: la convencional en forma de cápsulas preparadas manualmente y la personalizada en forma de gominolas masticables preparadas mediante impresión 3D. Objetivo secundario: evaluar la aceptabilidad de las fórmulas imprimidas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Constituye el primer estudio prospectivo para evaluar la utilidad de la tecnología de impresión 3D para la preparación en la farmacia hospitalaria de suplementos personalizados. Se incluyeron 4 pacientes (3 -16 años) y se dividió en dos períodos de 3 meses: en el primero los pacientes recibieron el suplemento convencional y en el segundo las gominolas masticables preparadas mediante la técnica 3D de extrusión semi-sólida. La dosis de isoleucina en la formulación impresa se ajustó a los niveles plasmáticos quincenales de isoleucina modificando la cantidad de material depositado mediante ajuste del modelo tridimensional. Se desarrollaron 6 tipos de formulaciones 3D de diferentes colores y sabores que los pacientes recibieron secuencialmente cada 2 semanas. La aceptabilidad de las fórmulas 3D se evaluó mediante la escala hedónica facial.

RESULTADOS

La media y mediana de los niveles plasmáticos de isoleucina fueron comparables entre ambos tipos de formulaciones (214,7µM y 205 µM con la formulación 3D, y 181,6µM y 175,3µM con las cápsulas convencionales), la terapia 3D mantuvo niveles plasmáticos más cercanos a los niveles objetivo (200–400µM) y con menor variabilidad. Todas las fórmulas imprimibles fueron bien aceptadas.

CONCLUSIONES

Tras evaluar de forma innovadora la utilidad de la tecnología 3D para la preparación de medicación personalizada, con dosis ajustada a los niveles del paciente, nuestro proyecto demuestra la efectividad y versatilidad de dicha tecnología permitiendo seleccionar la dosis y diseñar el tamaño, color y geometría y constituyendo una alternativa rápida, automatizada, eficaz y flexible para preparar formulaciones orales personalizadas que faciliten la adherencia al tratamiento dietético de las enfermedades metabólicas. Dada

la gravedad de estas patologías diseñar suplementos dietéticos que mejoren su aceptabilidad y adherencia y optimicen el tiempo de preparación hospitalaria puede contribuir a disminuir el riesgo de descompensaciones metabólicas y el gasto sanitario derivado.

COMUNICACIONES
PÓSTER

P01 | *Caso Clínico*

AMPLIO ESPECTRO CLÍNICO EN LA ENFERMEDAD DE PELIZAEUS MERZBACHER Y LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL GEN PLP1: ALGUNAS CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA ANTE LA SOSPECHA DE UNA LEUCODISTROFIA.

Pena Gil P*[1], Abadi García T[1], Fernández Antuña M[1], Guerra Buezo B[1], Vázquez López E[1], Pérez Pacín R[1]
[1] *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.*

PRESENTACIÓN DEL CASO

La enfermedad de Pelizaeus Merzbacher es una leucodistrofia poco frecuente en la infancia ocasionada por mutaciones o alteraciones en la dosificación del gen PLP1. Existe un amplio espectro clínico de afectación y representa una causa importante de discapacidad neurológica progresiva. Con frecuencia se diagnostica por la clínica (retraso psicomotor, nistagmo, hipotonía, espasticidad y retraso mental), imágenes sugestivas en la resonancia magnética y confirmación genética. A pesar de los avances, llegar al diagnóstico continúa siendo un desafío.

DESARROLLO

Se presentan dos casos, con distinta forma de presentación. El primer caso es un niño de 8 años en seguimiento neurológico desde los 3 meses por nistagmo horizontorrotatorio, retraso psicomotor e hipotonía. En sus antecedentes figura un tío materno con nistagmo fallecido a los 6 meses. El segundo caso es un niño de 10 años, sin antecedentes familiares relevantes, en seguimiento desde los 5 meses por hipotonía y retraso psicomotor, no se detecta en ningún momento nistagmo. En ambos se realizan estudios que incluyen análisis metabólico, electroencefalograma, potenciales evocados visuales y auditivos, electromiograma, resonancia magnética, valoración oftalmológica y genética. En la resonancia magnética de ambos se constatan hallazgos sugestivos de leucodistrofia. En el primero se detecta duplicación del gen PLP1 y madre portadora. En el segundo observamos una mutación de novo y patogénica en PLP1 no descrita previamente (variante intrónica en hemicigosis) Respecto a su evolución, en ambos la hipotonía progresó a subluxación de cadera y tetraparesia espástica severa con ataxia troncular, con dificultades para la sedestación y bipedestación. Reciben tratamiento rehabilitador y administración de toxina botulínica. En el segundo caso se realizó una prueba terapéutica con levodopa sin éxito.

DISCUSIÓN

Los trastornos relacionados con el gen PLP1 constituyen un amplio grupo de fenotipos neurológicos que incluyen desde formas clásicas de la enfermedad de Pelizaeus Merzbacher, como el primer caso descrito, en el que se detecta duplicación del gen PLP1 y un patrón de herencia ligado a X recesivo, hasta formas no tan definidas asociadas con mutaciones puntuales en dicho gen y que presentan particularidades clínicas, como vemos en el segundo caso, con ausencia de algún signo clínico característico. Por este motivo, el diagnóstico se complica tanto desde el punto de vista clínico como genético. La descripción de nuevas variedades clínicas y el uso las últimas técnicas diagnósticas tanto en imagen como genéticas ayudan a establecer un diagnóstico y manejo terapéutico lo más precoz posible.

P02 | *Caso Clínico*

ANTECEDENTES PERSONALES: NO SIEMPRE AYUDAN AL DIAGNÓSTICO

Antuña Fernández M*[1], Juberías Alzueta C[2], Niño Grueiro I[2], Guerra Buezo B[2], Abadi García T[2], Vázquez López E[2], Pérez Pacín R[2]

[1] Pediatría y Áreas específicas.. Hospital Universitario Lucus Augusti. [2] Pediatría y Áreas Específicas. Hospital Universitario Lucus Augusti.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Los ACV en la edad pediátrica son un importante reto diagnóstico y terapéutico. Estudios poblacionales muestran una incidencia de ictus isquémico en menores de 16 años de 16/100.000, siendo en países desarrollados una de las 10 principales causas de muerte en la infancia. Aunque en comparación con la edad adulta son poco habituales, el impacto socio-económico y la morbilidad a medio-largo plazo del ictus pediátrico tienen probablemente mayor repercusión. El diagnóstico precoz es la principal herramienta para aplicar medidas terapéuticas que puedan limitar el daño cerebral. Se consideran tres tipos: ACV arterial isquémico, ACV hemorrágico y trombosis venosa de senos siendo ésta una forma de presentación poco frecuente, pero grave, de ictus en la infancia.

DESARROLLO

Paciente de 13 años de edad sin antecedentes familiares ni perinatales de interés, diagnosticado de TDAH a tratamiento con Concerta desde hace 6 años que acude porque tras proceso infeccioso resuelto con tratamiento antibiótico presenta alteraciones del comportamiento consistentes en labilidad emocional, bradipsiquia y alucinaciones. Se realizan TC craneal sin contraste y estudios analíticos urgentes que resultan normales por lo que se traslada a nuestro centro para valoración por Psiquiatría Infanto-Juvenil. Se amplían estudios con EEG y punción lumbar sin alteraciones y finalmente se solicita RMN cerebral, que se realiza a la semana del ingreso, hallando trombosis de senos venosos longitudinal superior y transverso-sigmoide derecho por lo que se deriva a centro de referencia de manera urgente para tratamiento. Tras administración de tratamiento anticoagulante se realiza nueva AngioRM a los 4 meses observando repermeabilización completa de senos venosos sin evidencia de trombosis residual.

DISCUSIÓN

- El diagnóstico suele demorarse por dificultades en el reconocimiento del déficit neurológico agudo y la rara consideración por su escasa frecuencia, lo que conlleva un retraso en el diagnóstico precoz perdiendo la ventana terapéutica óptima. - La sospecha clínica debe ser considerada ante todo paciente con factores de riesgo conocidos o con instalación aguda de manifestaciones neurológicas pues sin el adecuado tratamiento temprano el pronóstico puede verse ensombrecido. - Los antecedentes neurológicos/psiquiátricos complican aún más la detección temprana de estas patologías, que, como en nuestro caso, se presentan únicamente como cambios del comportamiento pudiendo interpretarse éstos como progresión de su enfermedad. - Administrar anticoagulantes en los niños con trombosis de senos venosos se afianza cada vez más como tratamiento de elección dada su alta efectividad manteniendo altos niveles de seguridad.

P03 | *Caso Clínico*

PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA. ¿HAS PENSADO EN LA MIELITIS TRANSVERSA?

Presno López I*[1], Vázquez Cancela M[2], Pardo Vázquez J[3]
[1] Pediatría. Hospital Materno Teresa Herrera Infantil A Coruña. [2] Unidad de Neuropediatría. Hospital Materno Teresa Herrera Infantil A Coruña. [3] Pediatría. Hospital Materno Teresa Herrera A Coruña.

PRESENTACIÓN DEL CASO

La mielitis transversa es una enfermedad medular inflamatoria caracterizada por la disfunción motora, sensitiva y autonómica. Su incidencia es de 1-4 casos por cada 1.000.000 de habitantes, ocurriendo aproximadamente el 30% en edad pediátrica. La etiología es muy diversa, aunque en el 40% de los casos se describe un antecedente infeccioso en las tres semanas previas al inicio del cuadro. Se caracteriza por un cuadro de parálisis flácida, donde la debilidad suele ser rápidamente progresiva. El dolor de espalda o abdomen y la incontinencia vesical o rectal suelen ser síntomas característicos. Ante la sospecha, se debe realizar RM de forma urgente. El diagnóstico diferencial es amplio, siendo la entidad más frecuente de parálisis flácida en pediatría el síndrome de Guillain Barré. La evolución clínica y los exámenes complementarios serán elementos claves para el diagnóstico definitivo.

DESARROLLO

Se presenta el caso de una niña de 5 años. Sin antecedentes personales ni familiares de interés. Inicia cuadro febril de 9 días de evolución, asociando en los días previos a su ingreso debilidad e hiperestesia de miembros inferiores. En la exploración destaca la presencia de signos meníngeos junto con debilidad de miembros inferiores, sin alteración de la sensibilidad y con resto de exploración neurológica normal, incluyendo reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. A su ingreso se realiza analítica sanguínea completa sin alteraciones significativas, con serologías negativas. En el estudio de LCR destaca pleocitosis, proteinorraquia y datos de síntesis intratecal de IgG. Se inicia tratamiento antibiótico de manera empírica. A las 12 horas de su ingreso se objetiva empeoramiento clínico, con debilidad de miembros inferiores en ascenso, asociando retención urinaria y fecal y exploración física con ausencia de reflejos en MID y con hiporreflexia en MII. Dada la evolución, se realiza de manera urgente RM de SNC y lumbar, donde se observa alteración de señal y tumefacción del cordón medular, hallazgos compatibles con mielitis transversa. Se inicia tratamiento corticoideo, presentando evolución posterior favorable con recuperación prácticamente completa. Finalmente recibe el alta a los 14 días de ingreso. Actualmente en seguimiento en Consultas Externas de Neurología Pediátrica.

DISCUSIÓN

La mielitis transversa aguda, si bien es una entidad poco frecuente en Pediatría, es importante incluirla en el diagnóstico diferencial de aquellos casos de parálisis flácida. Síntomas y signos como el dolor lumbar, la parálisis asimétrica o la disfunción vesical o intestinal son hallazgos que obligan a plantear otras patologías fuera del Síndrome de Guillain Barre.

P04 | *Caso Clínico*

EPISODIOS SINCOPALES COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE

Prada Tellado M*[1], Romero Pérez N[1], Miguez Campos M[1], Sevivas Fontoura C[1], Rodríguez Toro M[1], Gil González C[1], Vadillo González F[1], Pérez López C[1], Fernández Cebrián S[1]
[1] *Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una paciente de 4 años que ingresa en 3 ocasiones debido a episodios sincopales de repetición consistentes en pérdida de conciencia con recuperación espontánea, cortejo vegetativo, pérdida de control de esfínteres y leve somnolencia posterior, no relatan movimientos tónico-clónicos. Como antecedentes familiares padre con hipercalciuria

DESARROLLO

Durante su primer ingreso destaca como único hallazgo en la exploración física hematomas en miembros inferiores. Como pruebas complementarias se realiza un análisis de orina en el que destaca microhematuria (97 hematíes/campo, con control posterior 28 hematíes/campo, algunos dismórficos) y tóxicos negativos, estudio cardiológico con ECG y ecocardiograma normales, analítica con hemograma, bioquímica básica, amonio, perfil férrico, lipídico, tiroideo e inmunoglobulinas sin alteraciones y EEG en vigilia sin observarse alteraciones patológicas. En el segundo ingreso por síncope en contexto de ITU febril y microhematuria, se extiende el estudio con un EEG en privación del sueño y una ecografía abdominal sin detectarse anomalías. Durante su tercer ingreso se completa el estudio cardiológico con un Tilt-test que resulta positivo para características vasopresoras y un Holter-ECG en el que se observa un ritmo sinusal, arritmia respiratoria, frecuencias normales, sin presentar arritmias ventriculares o supraventriculares. Debido a historia previa de cólico abdominal y hematuria se decide repetir la ecografía observándose distancia aortomesentérica de 6mm y un ángulo en plano sagital de 27º, con ligera dilatación de la vena renal izquierda preestenosis, riñones con tamaño y diferenciación corticomedular adecuada, sin litiasis ni otras alteraciones. Ante estos hallazgos y la clínica compatible se diagnostica a la paciente de síndrome de cascanueces.

DISCUSIÓN

El síndrome de cascanueces se debe a la compresión de la vena renal izquierda entre la aorta y la arteria mesentérica superior. En pacientes en edad pediátrica frecuentemente es asintomático, aunque también puede asociarse con hematuria macroscópica y dolor en flanco izquierdo, otras manifestaciones clínicas como síncopes o proteinuria ortostática son menos frecuentes. El diagnóstico se realiza mediante ecografía doppler que nos permite valorar el diámetro de la vena renal izquierda y el flujo sanguíneo; otros métodos, como el TC, pueden ser de utilidad para apoyar el diagnóstico en casos de imagen ecográfica dudosa. El principal beneficio terapéutico se obtiene del incremento de peso que al aumentar la cantidad de grasa retroperitoneal produce un cambio posicional del riñón favoreciendo la descompresión de la vena renal; ante la persistencia de los síntomas se puede optar por un enfoque endovascular o la cirugía abierta como otras opciones terapéuticas.

P05 | *Trabajo Investigación*

INVAGINACIÓN INTESTINAL Y PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: ¿NECESIDAD REAL O GUSTO DEL CIRUJANO?

Casal Beloy I*[1], García González M[1], Ramallo Varela S[1], Vincent S[1], Blanco Portals C[1], Lema Carril A[1], Gómez Tellado M[1], Somoza Argibay I[1], Dargallo Carbonell T[1]

[1] *Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario A Coruña.*

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro trabajo es analizar la necesidad de utilizar profilaxis antibiótica en los pacientes pediátricos con invaginación intestinal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de invaginación intestinal tratados en nuestro centro durante el período 2008 – 2018. Se incluyeron todos aquellos niños con diagnóstico de invaginación intestinal a nivel ileocólica, menores de 4 años. Fueron recogidas variables sociodemográficas (edad, sexo, recursos familiares, distancia al hospital); variables clínicas (fiebre, horas de evolución, dolor abdominal); y variables obtenidas a partir de pruebas complementarias (radiografía, ecografía abdominal, analítica, sangre en heces). Los pacientes fueron divididos en dos grupos: pacientes que recibieron tratamiento antibiótico durante la evolución y tratamiento de la invaginación, y pacientes que no recibieron tratamiento antibiótico. A continuación, se estudió la presencia de complicaciones en ambos grupos, y en función de diferentes variables: sexo, horas de evolución, sangre en heces, alteración analítica, entre otros. El estudio analítico fue desarrollado con el programa estadístico SPSS 22.

RESULTADOS

Un total de 114 niños fueron tratados en nuestro centro, 32.5 % niñas y 67.5% niños. La edad media de los pacientes fue de 24 meses (Rango: 1-48). El 74.6% de los pacientes acudió a urgencias con menos de 24 horas de evolución mientras que el 6.1% lo hizo con más de 48 horas. El 70.1% de los pacientes presentó fiebre al diagnóstico, y el 66.7% alteración analítica. Tan solo el 13% de los pacientes presentó sangre en heces. El 42% de los pacientes no recibió antibiótico profiláctico mientras que el 58% restante sí. No fueron encontradas diferencias estadísticamente significativas analizando la presencia de complicaciones (infección, sepsis, etc), entre los pacientes que recibieron tratamiento antibiótico profiláctico versus los que no. Tampoco fueron encontradas diferencias estadísticamente significativas analizando la presencia de complicaciones en cada grupo en función del sexo, edad, horas de evolución, fiebre o alteración analítica.

CONCLUSIONES

Actualmente no existen estudios que defiendan o contradigan la necesidad de utilizar profilaxis antibiótica en el paciente pediátrico con una invaginación intestinal. Nuestro trabajo no justifica la necesidad de utilizar una profilaxis antibiótica rutinaria en estos pacientes. Sin embargo, más estudios prospectivos y randomizados son necesarios para corroborar estos
RESULTADOS.

P06 | *Caso Clínico*

¿PUEDE SER UN TRASTORNO PSICOLÓGICO CAUSA DE PATOLOGÍA ORGÁNICA?

Picáns Leis R*[1], González Fernández L[2], Díaz Esteban B[2], García Palacios M[3], Rodríguez Barca P[3], Marco Martín C[3], Estévez Martínez E[3], Bautista Casasnovas A[3]

[1] Pediatría. Hospital Clínico Universitario De Santiago de Compostela. [2] Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. [3] Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 5 años que consulta en el Servicio de Urgencias por dolor abdominal de tipo cólico de 24 horas de evolución. Refiere un vómito con restos pilotos 15 días antes. Conducta de arrancamiento de pelo de cuero cabelludo desde hace 3-4 meses. No relata problemas conductuales, domiciliarios o escolares, ni otros antecedentes de interés.

DESARROLLO

La paciente presenta buen estado general y una exploración física dentro de la normalidad, destacando únicamente una masa palpable de aproximadamente 6 centímetros, en región hipogástrica, pétrea y dolorosa, así como una disminución de folículos pilosos y de su longitud en región parietal derecha. Ante la clínica descrita, se realizan las siguientes pruebas complementarias: analítica de sangre en la que no se aprecian alteraciones destacables, radiografía y ecografía abdominal, objetivándose en esta última contenido en cámara gástrica que se comporta ecográficamente como un arco hiperecogénico con gran sombra acústica posterior, compatible con bezoar; así como pequeña cantidad de líquido libre perihepático en vecindad al antro gástrico. Con el fin de completar el estudio, se realiza endoscopia digestiva alta, en la que se detecta tricobezoar tipo Rapunzel, no obstructivo. Ante los hallazgos, se programa intervención quirúrgica para extracción mediante laparotomía.

DISCUSIÓN

El tricobezoar es la presentación más frecuente en la edad pediátrica de un trastorno psicológico conocido como PICA. Su diagnóstico se basa en la sospecha clínica y la realización de pruebas complementarias tanto no invasivas como invasivas que permitan su visualización directa. El tratamiento se puede hacer mediante endoscopia o mediante cirugía abierta, dependiendo de las características de la masa. Pese a la importancia que tiene el tratamiento del mismo por su capacidad obstructiva, resulta fundamental realizar un tratamiento psicológico que permita la modificación de la conducta desencadenante.

P07 | *Caso Clínico*

SANGRADO VAGINAL EN NIÑAS: CÓMO EVITAR UN DIAGNÓSTICO ERRÓNEO CON IMPLICACIONES ÉTICAS

Guerra Buezo B*[1], Mutarambirwa H D[2], Niño Grueiro I[1], Juberías Alzueta C[1], Antuña Fernández M[1], Almuiña Simón C[1], Pérez Pacín R[1]

[1] Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti. [2] Gynécologie-Obstétrique. Hospital Saint Vincent de Paul.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El prolapso uretral es una entidad inusual en nuestro medio que se encuentra la mayoría de los casos en mujeres posmenopáusicas. Sin embargo, en niñas de raza negra, la prevalencia aumenta significativamente. La clínica, fácilmente equiparable a otras entidades, supone un reto diagnóstico donde el error puede implicar consecuencias fatales para el paciente y su entorno.

DESARROLLO

A continuación, presentamos el caso de una niña de cuatro años, procedente de Camerún, cuyo casó presencié trabajando como voluntaria en el Hospital Saint Vincent de Paul (Dschang). Acudió a consulta por sangrado vaginal de 48 horas de evolución, que asociaba prurito y polaquiuria. Afebril en el domicilio. Niegan traumatismo en zona genital. En la exploración física presentaba masa genital friable, dolorosa a la palpación y de unos 4 cm en su diámetro mayor. Se realizó una anamnesis exhaustiva, gracias a la cuál se diagnosticó el prolapso uretral después de que la sonda atravesara la masa genital y se observara emisión de orina. Se operó de urgencia, dado el compromiso vascular, con resolución del cuadro.

DISCUSIÓN

El prolapso uretral supone una entidad anécdotica en nuestro medio. Con una etiología desconocida y una rareza clínica, la tasa de infradiagnóstico es elevada. Propia de niñas prepúberes de raza negra, que se presenta como masa genital con sangrado vaginal, cuyo diagnóstico no precisa de pruebas complementarias. El tratamiento, en casos más leves, son estrógenos tópicos (en ocasiones acompañados de corticoides) y, en los casos más graves, cirugía. Se trata de un caso susceptible de aprendizaje en una comunidad con población migrante creciente. Incidimos en realizar una correcta anamnesis porque se puede confundir con facilidad con infecciones, traumatismos o abuso sexual, siendo las repercusiones sociales para el paciente y su familia determinantes.

P08 | *Caso Clínico*

PSEUDOANEURISMA IATRÓGENO

González Cabaleiro I*[1], Fiel Ozores A[1], Vazquez Castelo J[2], Filgueira Bouzas A[3], Vazquez Castelo J[4], Villares Porto-Domínguez, A[1], Portugués de la Red M[1], Fernández Lorenzo J[1]

[1] Pediatría e Áreas específicas. Hospital Álvaro Cunqueiro. [2] Pediatría e áreas específicas. Hospital Álvaro Cunqueiro. [3] Cirugía vascular y angiología. Hospital Álvaro Cunqueiro. [4] Radiología. Hospital Álvaro Cunqueiro.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Los pseudoaneurismas son complicaciones graves aunque infrecuentes de las punciones arteriales. Principalmente en analíticas rutinarias cuya primera intención era la canalización venosa. Hematomas periarteriales pulsátiles, ocasionados por la disrupción de la pared arterial por procesos inflamatorios, traumáticos ó iatrogénicos. Dada la presión arterial, la sangre diseca los tejidos adyacentes a la arteria dañada originando un saco aneurismático que comunica con la luz arterial. Este saco está contenido por la media o la adventicia o en ocasiones simplemente por el tejido que rodea al vaso dañado. La diferencia entre pseudoaneurisma y aneurisma, radica en que éste último está formado histológicamente por todas las capas arteriales.

DESARROLLO

Presentamos el caso de un paciente de 2 meses diagnosticado de pseudoaneurisma de la arteria humeral tras punción arterial para control analítico rutinario. Como antecedentes personales: parto a término con un peso de 3600g. Ingreso en periodo neonatal por una taquipnea transitoria y exéresis de polidactilia. A seguimiento en consultas externas de Endocrinología Pediátrica por elevación de TSH observada en el Screening neonatal. Paciente derivado de su médico de atención primaria por presentar bultoma pulsátil en cara ventral del brazo izquierdo de 1 mes de evolución. Clínicamente asintomático, de consistencia dura y de 1x1cm de diámetro. No doloroso a la palpación. Resto de la exploración normal, sin alteraciones neurovasculares a nivel distal. Se realiza ecografía objetivando bultoma compatible con un pseudoaneurisma de la arteria humeral (8,6 x 5 x 7,3 mm). Analítica sin alteraciones salvo anemia fisiológica del lactante (Hb 9,9g/dL) Es valorado por radiología intervencionista que decide ingreso hospitalario y tratamiento conservador con vendaje compresivo durante 3 días. A las 24 horas del tratamiento se realiza ecografía doppler sin apreciar cambios significativos: pseudoaneurisma de la humeral izquierda distal de 8mm parcialmente trombosado con cuello de 1.6mm. Ante la escasa respuesta es valorado por cirugía vascular que realiza exéresis en quirófano sin incidencias.

DISCUSIÓN

-La aparición de una masa pulsátil sobre un territorio arterial debe hacer pensar en la existencia de un pseudoaneurisma. -La principal causa es traumática, seguido de punciones arteriales. -Ante la sospecha se debe de realizar Ecografía doppler (técnica diagnóstica) o arteriografía (gold standar). -Se debe actuar de forma precoz para evitar para evitar el riesgo de fallos en la irrigación del territorio distal. -El tratamiento depende de la localización, tamaño y clínica del paciente, presentando un abanico de posibilidades entre tratamiento conservador con vendajes compresivos a exéresis quirúrgica.

P09 | *Trabajo Investigación*

SEDACIÓN CON DEXMEDETOMIDINA EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS INVASIVOS DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE VIDA

Ramallo S*[1], Casal I[1], Vincent S[1], García M[1], Somoza I[1], Dargallo T[1], Estévez E[2], Carrillo M[3]
[1] Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. [2] Anestesiología y reanimacion. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. [3] Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

OBJETIVOS

La anestesia regional es una técnica adecuada y segura para una gran variedad de procedimientos quirúrgicos durante los primeros meses de vida. Sin embargo, los fármacos utilizados clásicamente (midazolam, propofol, fentanilo y ketamina) no están exentos de riesgos, destacando la depresión respiratoria y la posible neurotoxicidad a largo plazo. En un intento por disminuir estas complicaciones, la dexmedetomidina surge como nueva alternativa en la sedación de estos pacientes. El objetivo de nuestro trabajo ha sido revisar los pacientes intervenidos mediante anestesia regional y sedación con dexmedetomidina, y describir sus RESULTADOS a corto plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo y descriptivo, incluyendo a todos aquellos pacientes intervenidos durante el período enero-2019 a agosto-2019, en los cuales se utilizó dexmedetomidina como fármaco sedante durante el procedimiento quirúrgico. Diversas variables fueron recogidas durante el estudio: datos epidemiológicos de todos los pacientes (edad, sexo, peso); datos derivados de la técnica quirúrgica (tipo de cirugía, tiempo quirúrgico, dificultad en la técnica quirúrgica secundaria a la movilidad del paciente); y datos derivados la sedación (dosis utilizada, potenciación con otros fármacos sedo-analgésicos, efectos adversos).

RESULTADOS

Un total de 9 pacientes fueron incluidos en el estudio, (7 niños y 2 niñas), con una edad media de 4 meses. El peso medio de los pacientes fue de 6.100 gramos. La técnica anestésica utilizada fue: anestesia intradural más sedación en 6 pacientes; anestésico local mas sedación en 1 paciente; y únicamente sedación en 2 pacientes. Todos los pacientes recibieron un bolo de dexmedetomidina al inicio de la técnica anestésica a dosis de 1µg/kg. 7 pacientes recibieron una perfusión de mantenimiento con una dosis media de 0.5 µg/kg/h. En 4 pacientes fue realizada una pilorotomía, en 2 fue realizada una herniotomía inguinal, y en los 3 restantes se realizó una artrografía más colocación de yeso pélvico. Ningún cirujano refirió problemas técnicos por movilidad excesiva del paciente. El tiempo quirúrgico medio no fue superior al alcanzado con la sedación habitual. Todos los cirujanos mostraron su satisfacción con el procedimiento anestésico empleado al finalizar la intervención. Un paciente desarrolló taquicardia y agitación con el bolo de dexmetomidina, por lo que finalmente se realizó una sedación tradicional (midazolam y ketamina). El resto de pacientes no desarrollaron efectos adversos derivados del uso de dexmedetomidina.

CONCLUSIONES

La dexmedetomidina parece un fármaco seguro y eficaz como sedante en diversas intervenciones en pacientes de corta edad. Sin embargo, más estudios son necesarios para corroborar estos RESULTADOS.

P10 | *Caso Clínico*

LA HIPERTERMIA MALIGNA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Urricelqui Laparte G*[1], Sánchez Domínguez A[1], Escolar Martín J[1], Monteagudo Vilavedrá E[1], Perez Diaz M[2], García Villar A[1], Luaces González J[1]

[1] Pediatría. Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol. [2] Anestesiología y Reanimación. Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol.

PRESENTACIÓN DEL CASO

La hipertermia maligna es un desorden farmacogenético potencialmente mortal, resultado de la exposición a agentes anestésicos volátiles o relajantes musculares de tipo despolarizante como la succinilcolina en pacientes genéticamente susceptibles. Provoca un estado hipermetabólico con una elevada mortalidad en caso de no instaurarse tratamiento inmediato con dantroleno. Presenta una incidencia en pediatría de 1 cada 14 000 cirugías. Se trata de una enfermedad hereditaria autosómica dominante con penetrancia variable y se asocia a varias patologías neuromusculares. En la actualidad, se han descrito mutaciones en tres genes.

DESARROLLO

Presentamos el caso de un paciente de 11 años con los únicos antecedentes destacables de TDAH y RVU grado V bilateral con nefrectomía derecha, en el cual se indica cirugía por apendicitis aguda. Durante la inducción anestésica con propofol, fentanilo y succinilcolina sufre un episodio de rigidez muscular del masetero, siendo posteriormente intubado con rocuronio. Durante el mantenimiento con sevofluorano, sufre una elevación progresiva del EtCO2 hasta 100. Presenta unos valores máximos de frecuencia cardiaca de 115 lpm, y temperatura de 37,8ºC. Ante la sospecha de un cuadro de hipertermia maligna se cambian tubuladuras, se aumenta flujo de gas fresco, se suspenden gases anestésicos y se inicia administración de Dantroleno a 2,5mg/kg con respuesta inmediata y bajada del EtCO2 a valores normales. Se finaliza cirugía y se traslada a UCIP extubado, donde se inicia hiperhidratación, soporte respiratorio no invasivo con GNAF y Dantroleno a dosis de 1 mg/kg/6h además de antibioterapia empírica y analgesia. Se garantiza en todo momento una diéresis >2 cc/kg/h y se mantiene tratamiento con Dantroleno durante tres días con desescalada progresiva del resto de tratamientos. Durante su estancia y monitorización en la unidad, presentó un valor máximo de CPK de 24132 U/L a las 12 horas del evento, y un valor máximo de Mioglobina de 20929 ng/ml en la analítica inmediatamente posterior al evento, con progresiva normalización de ambas.

DISCUSIÓN

Al ser una complicación eminentemente anestésica, todo quirófano o área de quirófanos debería disponer siempre de Dantroleno para su tratamiento inmediato. Ante cualquier sospecha de esta patología, debe iniciarse su tratamiento sin esperar confirmación. La existencia de un fármaco específico y su rápida instauración han conseguido disminuir los niveles de mortalidad hasta un 10% de los afectados. Aunque el tratamiento debe ser iniciado por el/la anestesista, el mantenimiento posterior del paciente y la prevención y/o tratamiento de las complicaciones asociadas debe hacerse en la unidad de cuidados intensivos.

P11 | *Trabajo Investigación*

MEDICAMENTOS....¿CULPABLES O INOCENTES?

González Silvela I*[1], García Barreiro M[2], Fuentes Pérez N[1], Fernández Filgueira M[1], Díaz González L[1]
[1] Pediatría. Hospital Provincial Pontevedra. [2] Pèdiatría. Hospital Provincial Pontevedra.

OBJETIVOS

La incidencia de alergias medicamentosas en niños se estima del 15%. Los fármacos más implicados son penicilina y derivados. Aunque la mayoría de reacciones son tardías y leves, las graves son aproximadamente el 6%. En la literatura están descritos como factores de riesgo sexo femenino, antecedentes de reacciones medicamentosas, exposición repetida a fármacos y determinados HLA. La sintomatología más frecuente es cutánea; debido al uso tan frecuente de medicamentos en edad pediátrica, puede ser difícil discriminar entre reacción adversa o exantema vírico. Para el diagnóstico, es necesario en la mayoría de las ocasiones realizar provocación oral, ya que las pruebas cutáneas sólo resultan útiles si son positivas. Objetivo: Conocer la incidencia de alergias confirmadas a medicamentos en un grupo de niños enviado a nuestra consulta por sospecha de alergia medicamentosa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron prospectivamente 166 historias clínicas de pacientes que acudieron durante el último año a consulta de alergología y realizaron provocación oral. Datos recogidos: edad, sexo, antecedentes familiares, fármaco sospechoso, cuadro clínico, tiempo transcurrido entre primera dosis hasta aparición de clínica y alergias concomitantes.

RESULTADOS

Obtenemos un total de 166 pacientes, con edad media 6,3±4,1años, siendo 50% hombres. Al 66,9% se le realizaron pruebas previas, la más frecuente es el prick (50,5%) y este resultó negativo en el 98,2% de los casos. El fármaco más frecuentemente sospechoso es amoxicilina (59,6%) y la clínica de mas frecuente aparición es el exantema pruriginoso generalizado (90,2%). En aproximadamente el 58% de los pacientes la clínica aparece entre 1-3 días tras ingesta del fármaco. La prueba de provocación oral resulta positiva en 15,7% de los pacientes; no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre edad, sexo, tiempo transcurrido hasta aparición de clínica, alergias concomitantes y antecedentes familiares con la tolerabilidad oral (P>0,05).

CONCLUSIONES

-En nuestra muestra se encuentra una cifra de prueba de provocación oral positiva del 15,7%, siendo el grupo más frecuentemente implicado betalactámicos, lo que concuerda con los datos que se encuentran en la literatura científica. -La mayoría de pacientes presentaron reacciones leves y se realizó provocación oral, necesaria para llegar al diagnóstico correcto ya que las pruebas cutáneas son de escasa utilidad. -Un 90% de los pacientes presentaban síntomas cutáneos que podrían ser compatibles con viriasis. En menores de 6 años, la mayoría de infecciones son víricas y a veces se tratan erróneamente con antibióticos, lo que puede conllevar sospecha falsa de alergia medicamentosa e implicar la pérdida de opciones terapéuticas ante los procesos bacterianos.

P12 | *Caso Clínico*

REACCIÓN ANAFILÁCTICA A METOTREXATO EN PACIENTE ONCOLÓGICO ¿QUÉ PODEMOS HACER?

Quintana Cepedal I*[1], Rujido Freire S[2], Gómez Silva G[2], Fariña Nogueira S[2], Regueiro García A[2], Moure González J[3]

[1] Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago. [2] Hematología y Oncología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago. [3] Alergología y Noumología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El osteosarcoma es el tumor óseo más frecuente en niños. Su tratamiento consiste en un régimen quimioterápico preoperatorio seguido de cirugía de resección del tumor y posteriormente quimioterapia postoperatoria. Uno de los fármacos empleados en su tratamiento es el metotrexato a altas dosis, que presenta como efectos secundarios más habituales mucositis, toxicidad renal y hepática. Las reacciones de hipersensibilidad al fármaco son poco frecuentes, sin embargo, pueden condicionar el tratamiento, y en consecuencia, la supervivencia de los pacientes, por lo que en estos casos, las pautas de desensibilización y/o premedicación son un pilar importante del tratamiento.

DESARROLLO

Paciente de 10 años de edad diagnosticada de osteosarcoma tibial derecho. Presenta antecedente de hiperreactividad bronquial, sin alergias medicamentosas conocidas. Inicia quimioterapia neoadyuvante según protocolo vigente presentando con la primera administración de metotrexato a altas dosis una reacción anafilactoide consistente en clínica respiratoria (disnea, hipoventilación generalizada, sibilancias e hipoxemia) y cutánea (lesiones habonosas en espalda y hombros) que aparece 30 minutos después del inicio de la infusión del fármaco. Se administró una dosis de adrenalina intramuscular, antihistamínico y broncodilatador, con resolución de la clínica en escasos minutos. Al tratarse de un fármaco esencial para el tratamiento general de la paciente se decide realizar pauta de desensibilización, en régimen de cuidados intensivos, tras administrar premedicación y con dosis ascendente hasta alcanzar el 100% de la dosis total. Se monitorizaron frecuencia cardíaca y respiratoria, saturación de oxígeno y tensión arterial, no presentando incidencias. Se alcanzaron niveles terapéuticos de metotrexato al finalizar la infusión y presentó adecuada eliminación del fármaco. El 2º ciclo de metotrexato se administró siguiendo la misma pauta con adecuada tolerancia.

DISCUSIÓN

El metotrexato es un antimetabolito esencial para el tratamiento de muchos tumores y enfermedades autoinmunes. Las reacciones anafilácticas o anafilactoides son raras pero pueden condicionar la utilización del fármaco. En aquellos pacientes en los que es esencial administrarlo existen pautas de desensibilización que muestran buenas respuestas, aunque los riesgos más importantes en estos casos son la toxicidad más prolongada en el tiempo y la posibilidad de no alcanzar niveles terapéuticos tras la infusión, que no ocurrió en nuestro caso.

P13 | *Caso Clínico*

FIEBRE E ICTERICIA, UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA.

Antuña Fernández M*[1], Juberías Alzueta C[1], Pena Gil P[1], Dorribo Dorribo E[1], Álvaro Sardina P[1], Calviño Costas C[1], Pérez Pacin R[1]

[1] *Pediatría y Áreas Específicas. Hospital Universitario Lucus Augusti.*

OBJETIVOS

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) constituye el 80% de todas las leucemias agudas de la edad pediátrica y entre el 19-25% de todos los tumores en menores de 15 años, siendo por lo tanto la neoplasia más frecuente en la infancia. Gracias a los nuevos tratamientos actualmente se estima una supervivencia global a 5 años de los pacientes del 91%. El pico de incidencia máximo se establece entre los dos y los cinco años de edad, predominando ligeramente en los varones, sobre todo en la edad puberal. Ante un niño con sospecha de leucemia, debemos realizar una buena anamnesis en busca de signos y síntomas compatibles con el fracaso hematopoyético o la infiltración extramedular. La exploración debe ser exhaustiva y minuciosa.

DESARROLLO

Paciente de 11 años y 11 meses sin antecedentes de interés que consulta por fiebre y cefalea frontal intermitente con exploración física normal salvo ictericia subconjuntival bilateral. En exploraciones complementarias iniciales se descarta hepatitis viral presentando estudios microbiológicos negativos y analíticos normales salvo bilirrubina directa 3,79 mg/dL, LDH 417 U/L, PCR 23 mg/L e hipertransaminasemia leve-moderada (cifras <200 U/L). Durante el ingreso presenta febrícula intermitente iniciando al quinto día neutropenia progresiva alcanzando en las 48 horas posteriores valores de neutropenia severa y trombopenia que se acompañan de la aparición en la exploración de adenopatías cervicales bilaterales y hepatomegalia. Se realiza estudio de médula ósea con diagnóstico de leucemia linfoblástica agua B común, cromosoma Philadelphia positivo, siendo por lo tanto de alto riesgo, tras lo cual se decide derivación urgente a centro de referencia para inicio de tratamiento. Actualmente se encuentra en remisión morfológica con cifras de EMR negativas tras inducción IA y IB.

DISCUSIÓN

- Los síntomas más frecuentes al diagnóstico son aquellos relacionados con la insuficiencia medular: anemia (palidez, astenia), trombopenia (equimosis, petequias) y neutropenia (fiebre, infecciones) pero en ocasiones, la clínica inicial puede ser atípica ocultando la rápida progresión de la enfermedad. - A pesar de estos excelentes

RESULTADOS, en torno al 10-20% de los pacientes, principalmente aquellos con leucemias de alto riesgo, fracasan en el tratamiento. Para estos niños, son necesarias nuevas estrategias que nos permitan conocer y seleccionar aquellos con mayor riesgo de recaída. - No debemos olvidar uno de los aspectos que más preocupan en la actualidad, la toxicidad de los tratamientos a largo plazo en los supervivientes de LLA.

P14 | *Caso Clínico*

HISTIOCITOSIS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS.

Barrueco Ramos C*[1], Perez Tato H[1], Buyo Sánchez P[1], Alas Barbeito A[1], Invêncio da Costa L[2], Pardo Vázquez J[1]

[1] Servicio de pediatría. Hospital Materno Infantil de A Coruña. [2] Servicio de otorrinolaringología. Hospital Materno Infantil de A Coruña.

PRESENTACIÓN DEL CASO

La histiocitosis consiste en una proliferación incontrolada de células de Langerhans en distintos órganos, siendo los más frecuentes hueso y piel. Su diagnóstico se basa en la anatomía patológica unida a un contexto clínico/radiológico compatible. Su prevalencia es baja y la edad de presentación más frecuente entre 1-3 años. Actualmente se distinguen dos formas: Single-system y Multisystem. El número/tipo de órgano afectado marcará el tipo de tratamiento (AINES, Corticoides, citostáticos). El pronóstico es variable.

DESARROLLO

El primer caso fue una mujer de 1 año que consultó por tumoración en arco cigomático de 7 días de evolución. Inicialmente, al referir antecedente traumático fue valorada como hematoma(realizándose ecografía y radiografía para descartar fracturas. Ante su persistencia se intentó drenaje, que fue inefectivo por lo que se solicitó ecografía de control en la que se objetivó tumoración ósea con destrucción del hueso subyacente. Se completaron los estudios con una RM en la que se vio una masa sólida delimitada que crecía en el espacio masticador izquierdo destruyendo arco cigomático y escama del hueso temporal con extensión extracraneal (fosa temporal)e intracraneal (fosa craneal media. Posteriormente el diagnóstico fue confirmado mediante biopsia. El segundo caso se trataba de una mujer de 1 año que consultó por otorrea de 4 semanas de evolución (habiendo recibido diversas pautas de antibioterapia. A la exploración destacaba en la otoscopia una protrusión de la pared antero/superior del conducto auditivo externo (CAE) con mucosa hiperémica e hipertrófica, otorrea y eritema retroauricular. Se realizó TAC de peñasco y ante presencia de lesión destructiva en sacabocados se realizó TAC del sistema nervioso central donde se objetivó tumoración de partes blandas con osteolisis de escama y porción mastoidea del temporal izquierdo, con crecimiento en caja timpánica y CAE. Se extendía al espacio masticador y a fosa craneal media. Se realizó biopsia del temporal, llegando al diagnóstico. Tras el diagnóstico se realizó un estudio para conocer la extensión de la enfermedad, siendo ambos una forma ósea unifocal, que al encontrarse en huesos craneofaciales presentaban riesgo de complicaciones como la diabetes insípida (descartándose en ambos casos). Ambas pacientes iniciaron tratamiento basado en vinblastina intravenosa asociada a corticoterapia oral y se encuentran actualmente a seguimiento por la Unidad de Oncohematología.

DISCUSIÓN

A pesar de su rareza, la histiocitosis es una enfermedad que debe tenerse en cuenta al evaluar la persistencia de lesiones, tumoraciones o patología que en un primer momento puede parecer banal.

P15 | *Caso Clínico*

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

Buyo Sánchez P*[1], Alas Barbeito A[1], Pardo Vázquez JJ[1]
[1] *Hospital Materno Infantil Teresa Herrera - CHUAC.*

PRESENTACIÓN DEL CASO

El síndrome hemofagocítico consiste en una proliferación no maligna e incontrolada de macrófagos y linfocitos T, con hiperproducción de citocinas. Es un síndrome poco frecuente con dos formas etiológicas, primaria (genética o familiar) y secundaria. Su presentación clínica es muy variable, siendo los síntomas más frecuentes fiebre, hepatoesplenomegalia y exantema. El diagnóstico es genético o en base a criterios clínicos y analíticos, debiendo cumplirse al menos cinco de los siguientes: fiebre, esplenomegalia, citopenias, hipertrigliceridemia o hiperfibrinogenemia, hiperferritinemia, hemofagocitosis en médula ósea, descenso actividad células NK y CD25 elevado. El tratamiento consta de fase inducción y mantenimiento siendo los fármacos más usados el etopósido, los corticoides y la ciclosporina A.

DESARROLLO

Niña de 8 años con cuadro clínico inicialmente consistente en fiebre de 48 horas de evolución, odinofagia y adenopatías cervicales que fue valorada por su pediatra con diagnóstico de faringoamigdalitis aguda (test estreptococo negativo). Tras una semana de evolución es traída a la Unidad de Urgencias ante persistencia de la clínica y aparición de exantema generalizado urticariforme. Se realiza analítica sanguínea en la que destaca linfocitosis y leve elevación de transaminasas, siendo dada de alta con diagnóstico de síndrome mononucleósido, pendiente de resultado de serologías. A los 10 días de evolución, es traída de nuevo a Urgencias por empeoramiento clínico, presentando ictericia mucocutánea generalizada, exantema maculo-papuloso generalizado y hepatoesplenomegalia de 3-4 traveses de dedo. Se confirma diagnóstico de síndrome mononucleósido por virus de Epstein-Barr (IgM positiva) y se repite analítica sanguínea presentando datos de hepatitis aguda, decidiéndose ingreso hospitalario. A las 24 horas de ingreso presenta empeoramiento clínico y analítico, con descenso de cifras de hemoglobina y neutrófilos y con hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia y aumento de la ferritina. Ante la sospecha de síndrome hemofagocítico secundario a virus de Epstein-Barr se decide ingreso en UCIP donde se realiza estudio de médula ósea con hallazgos de hemofagocitosis, obteniendo así los 5 criterios diagnósticos. Se inicia tratamiento con corticoterapia intravenosa (2 mg/kg/día), presentando evolución clínica favorable con normalización de alteraciones analíticas y descenso progresivo del número de copias virales. Remisión tras 4 semanas de tratamiento sin recaídas tras la suspensión del mismo.

DISCUSIÓN

El síndrome hemofagocítico es una entidad poco frecuente de pronóstico grave, con una presentación clínica variable y poco específica que suele provocar retrasos en el diagnóstico. Conocer los criterios clínicos y analíticos para su diagnóstico permite tener en cuenta esta entidad como una posibilidad diagnóstica ante cuadros clínico de evolución precipitadamente desfavorable.

P16 | *Caso Clínico*

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PEDIATRÍA CON UNA CAUSA POCO FRECUENTE

Quintana Cepedal I*[1], Fariña Nogueira S[2], Gómez Silva G[2], Rujido Freire S[2], Regueiro García A[2]
[1] Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago. [2] Hematología y Oncología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Los fenómenos tromboembólicos son poco frecuentes en pediatría y suelen ser secundarias a un factor de riesgo identificable, principalmente la presencia de un catéter venoso central. Sin embargo, cuando no existe un factor de riesgo conocido debemos excluir otras causas. Presentamos el caso clínico de un adolescente con trombosis venosa profunda.

DESARROLLO

Paciente de 14 años que consulta por dolor en muslo izquierdo de 15 días de evolución y que desde 48 horas antes de la consulta, se irradia hacia la región posterior de la pierna alcanzado el tobillo. No presenta fiebre ni otra clínica acompañante. Entre los antecedentes personales destaca que está diagnosticado de TDAH y recibe tratamiento con metilfenidato, y entre los familiares, su madre falleció de TEP tras cirugía traumatológica. En la exploración física presenta tumefacción, calor e induración del miembro inferior izquierdo, doloroso a la palpación, sin otros hallazgos relevantes. Se realiza ecografía-doppler que demuestra trombosis venosa profunda que afecta a las venas femoral común, femoral superficial y poplítea y se inicia tratamiento con enoxaparina de bajo peso molecular con adecuados controles de factor antiXa. Dada la extensión de la trombosis se decide realizar un estudio de imagen (angioTC) que demuestra una agenesia del segmento infrahepático de vena cava inferior con presencia de circulación colateral paraespinal, retroperitoneal, en raíz del muslo y hemiabdomen izquierdos, así como dilatación de las venas ázigos, hemiázigos y hemiázigos accesoria. No se detectaron otras anomalías asociadas. Se realizó estudio de trombofilia en donde se descartaron alteraciones salvo la presencia de un factor VIII ligeramente elevado, sin otras alteraciones asociadas. Se mantuvo el tratamiento con enoxaparina hasta la resolución de la trombosis y posteriormente, dado el riesgo de trombosis –agenesia del segmento infrahepático de vena cava inferior, factor VIII elevado, antecedente familiar de primer grado y obesidad– se decidió mantener anticoagulación oral con adecuada tolerancia y sin haberse presentado nuevos eventos trombóticos.

DISCUSIÓN

Las trombosis venosas son poco frecuentes en la edad pediátrica y generalmente son de causa multifactorial. Debemos sospechar una posible trombosis venosa profunda en un paciente con dolor, calor, tumefacción o ingurgitación venosa en una extremidad, aun sin factores de riesgo conocidos. La agenesia de vena cava inferior es una malformación congénita infrecuente que da lugar a un drenaje venoso anómalo de las extremidades inferiores y que puede constituir un factor de riesgo de trombosis. El papel del factor VIII elevado podría suponer en este caso un factor de riesgo adicional.

P17 | *Caso Clínico*

¿PARÁLISIS FACIAL BILATERAL ALTERNANTE? QUE NO SE TE ESCAPE LA GARRAPATA

Monteagudo Vilavedra E*[1], Escolar Martín J[1], Urricelqui Laparte G[1], Sánchez Domínguez A[1], Carballeira González I[1], García Fernández M[1], Fernández Viso S[1]
[1] *Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.*

PRESENTACIÓN DEL CASO

La Enfermedad de Lyme es una zoonosis causada por la espiroqueta Borrelia Burgdorferi y es transmitida por garrapatas del género Ixodes Ricinus. En Galicia es una entidad frecuente, cursando con una mayor incidencia en la provincia de Lugo. A continuación se presenta un caso de parálisis facial bilateral en el contexto de una E. de Lyme.

DESARROLLO

Escolar de 8 años de edad sin antecedentes médicos de interés acude a Servicio de Urgencias Hospitalario por presentar cuadro de parálisis facial periférica en hemicara izquierda. En anamnesis dirigida la madre refiere picadura de insecto en región infraauricular y eritema en torno a 7 días antes del inicio de la clínica y se pregunta sobre la presencia de garrapata sin haberse evidenciado esta en ningún momento. En el estudio inicial se realiza estudio serológico, resultando negativo para Borrelia Burgdorferi y, ante sospecha de parálisis facial idiopática, se inicia tratamiento con corticoterapia oral (Prednisona) a dosis de 1mg/Kg/día durante 5 días con posterior pauta de descenso, asociando el paciente remisión prácticamente completa de la parálisis facial izquierda. Tras 9 días de finalizar tratamiento con corticoterapia oral el paciente inicia parálisis facial contralateral, por lo que se repite estudio serológico, resultando en esta ocasión positivo para Borrelia Burgdorferi, por lo que se inicia tratamiento antibiótico con Amoxicilina a dosis de 50 mg/kg/día durante 21 días, asociando remisión progresiva de la parálisis facial derecha hasta su resolución completa.

DISCUSIÓN

- En caso de parálisis facial bilateral alternante debemos de sospechar etiología infecciosa, siendo un hallazgo habitual en el contexto de la E. de Lyme. - La parálisis facial es un diagnóstico clínico que puede requerir exploraciones complementarias tales como serología en base a la sospecha etiológica y su evolución. - En el tratamiento de la parálisis facial idiopática se puede considerar el uso de corticoterapia a dosis de 1mg/kg/día durante 5 días con posterior pauta de descenso. - Una anamnesis y una exploración física dirigida al hallazgo de la picadura es clave en el diagnóstico. - Si se filia el origen ha de hacerse tratamiento etiológico. - Una primera serología negativa no descarta el diagnóstico de E. de Lyme, ya que puede tardar en torno a 2-3 semanas en positivizarse.

P18 | *Caso Clínico*

COJERA EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dorribo Dorribo E*[1], Juberías Alzueta C[1], Antuña Fernández M[1], Guerra Buezo B[1], Almuíña Simón C[1], Pérez Pacín R[1]

[1] *Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.*

PRESENTACIÓN DEL CASO

Las infecciones osteoarticulares son aquellas que afectan al hueso y tejido articular y aparecen típicamente en menores de 5 años, más frecuentemente en el sexo masculino. Destaca la osteomielitis y la artritis séptica, que son causadas principalmente por bacterias. La infección se suele adquirir por diseminación hematógena. Cursan con fiebre, dolor, inflamación y enrojecimiento de la articulación y en algunos casos cojera o rechazo de la deambulación.

DESARROLLO

Lactante de 20 meses, sin antedecentes personales de interés, que ingresa por cojera de 18 días de evolución y disminución de la movilidad de la pierna derecha. Al inicio del cuadro fue valorado y diagnosticado ecográficamente de sinovitis transitoria, tratado con reposo y antiinflamatorios sin mejoría. Afebril en todo momento. A la exploración destaca tumefacción y disminución de la movilidad del tobillo derecho, con cojera y arrastre del pie en valgo. En analítica destaca ligera leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. Hemocultivo y serologías negativas. La radiografía de tobillo mostraba aumento de partes blandas con dudosa imagen en tibia distal. En la ecografía se observa liquido articular y en la resonancia derrame articular y edema de los tejidos blandos, asociando en la porción medial ibial distal pequeña colección intraósea, hallazgos compatibles con artritis y osteomielitis con absceso metafisario. Se realizó una punción de la articulación, obteniéndose un líquido con datos bioquímicos de infección, por lo que inicia tratamiento antibiótico. Cultivo del líquido articular negativo. Tratado con antibioterapia intravenosa, el paciente fue dado de alta sin complicaciones y evolucionando favorablemente.

DISCUSIÓN

Ante la aparición de cojera de mala evolución debemos descartar causas infecciosas, como la osteomielitis y la artritis séptica. En el 30% de los casos, sobre todo en lactantes, pueden coexistir. Ambas suelen estar causadas por bacterias, en primer lugar S. aureus y en segundo lugar Kingella kingae, siendo esta última típica de menores de dos años. Normalmente afectan a huesos largos. Aunque el diagnóstico es fundamentalmente clínico podemos apoyarnos en pruebas complementarias como analítica, radiografía, ecografía, resonancia o gammagrafía. El hemocultivo puede ser negativo. La artrocentesis suele ser necesaria ya que es una técnica tanto diagnóstica como terapéutica. El líquido obtenido se debe enviar para análisis bioquímico y cultivo. El tratamiento antibiótico es inicialmente empírico, ajustándose posteriormente según el resultado de los cultivos y la evolución del paciente y debe ser inicialmente intravenoso.

P19 | *Caso Clínico*

LA DACTILITIS AISLADA, UN SIGNO QUE SEÑALA DE FORMA INESPECÍFICA.

Fernández Filgueira M*[1], Couceiro Gianzo J[1], Otero González D[2], López Cordeiro L[3], García García J[4], Anibarro García L[4]

[1] Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. [2] Radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. [3] Servicio de Traumatología y Ortopedia. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. [4] Unidad de tuberculosis. Servicio de Medicina Interna.. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

PRESENTACIÓN DEL CASO

La dactilitis, definida como tumefacción difusa de un dedo del pie o de la mano, es una manifestación clínica poco frecuente característica de las espondiloartropatías. Puede también relacionarse con tumores óseos, drepanocitosis o enfermedades infecciosas como infección piógena tuberculosis, sífilis, etc. La tuberculosis osteoarticular representa el 2% de las tuberculosis extrapulmonares. La dactilitis tuberculosa (TD) o ?spina ventosa?, denominada así en base a su imagen radiológica, aparece en 1-5% de los pacientes pediátricos con tuberculosis osteoarticular. Afecta a los huesos cortos de manos y pies, más frecuentemente a las falanges proximales del dedo medio e índice de pacientes entre 2?5 años.

DESARROLLO

Niño de 3 años de edad, consulta por inflamación indolora del segundo dedo de la mano izquierda de quince días de evolución, atribuido inicialmente a un traumatismo leve. No refiere otra sintomatología asociada. La exploración física objetiva tumefacción, edema y eritema sobre la primera falange del segundo dedo de la mano izquierda, con movilidad completa conservada e indolora. La radiografía muestra tumefacción de partes blandas y reacción perióstica, que plantea un amplio diagnóstico diferencial. Inicialmente la actitud es conservadora, pero ante persistencia clínica se realiza una RMN y biopsia de la lesión. En ese momento refieren empeoramiento clínico y contacto, cuatro meses antes, con una paciente diagnosticada posteriormente de tuberculosis bacilífera. Se realiza Mantoux con reacción positiva de 12 mms ; la radiografía torácica muestra una consolidación pulmonar basal derecha compatible con infección aguda. La RMN evidencia una lesión ósea agresiva en la falange proximal del segundo dedo, con mayor afectación de la base y partes blandas adyacentes. En la biopsia ósea se describen estructuras nodulares granulomatosas necrotizantes, y cultivo positivo Mycobacterium tuberculosis complex. Se inicia tratamiento tuberculostático con cuatro fármacos. Buena evolución clínica con disminución progresiva de la tumefacción, sin precisar tratamiento ortopédico concomitante.

DISCUSIÓN

- La dacttilitis aislada supone un reto diagnóstico en el que la anamnesis detallada y la exploración física dirigida deben discriminar el diagnóstico diferencial. - La relación temporal con traumatismos concomitantes es un evento frecuentemente descrito en la bibliografía que puede resultar un factor de confusión. - La presencia de síntomatología general, fiebre o tos es infrecuente, pues la infección pulmonar tuberculosa primaria puede ser paucisintomática en pacientes pediátricos. - El tratamiento farmacológico es en la mayoría de los casos resolutivo.

P20 | *Caso Clínico*

ERITEMA NODOSO, ALGO MÁS QUE UN CUADRO DERMATOLÓGICO: LA IMPORTANCIA DE UNA ADECUADA ANAMNESIS.

Rivas Oural A*[1], Picáns Leis R[1], Varela Veiga A[2], Túñez López M[3], López Franco M[1], Rivero Calle I[1]
[1] Pediatría. CHUS. [2] Dermatología. CHUS. [3] Medicina Preventiva. CHUS.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El eritema nodoso se trata de un proceso inflamatorio que presenta lesiones cutáneas bastante características: nódulos eritematosos, dolorosos, calientes, indurados y brillantes. La localización más típica es en la región pretibial, de forma simétrica y bilateral, pero también pueden tener otras localizaciones. La etiología es muy diversa, no encontrándose la causa hasta en un 20% de los casos. Presentamos el caso clínico de una paciente en edad pediátrica que presentaba estas lesiones típicas de eritema nodoso.

DESARROLLO

Paciente de 9 años que acude a Urgencias de Pediatría por lesiones cutáneas de 4 semanas de evolución tras un cuadro catarral. No otros síntomas acompañantes. En la exploración física se apreciaron unas placas eritemato-violáceas, duras a la palpación, adheridas y calientes en ambos miembros inferiores. Resto de la exploración sin hallazgos significativos. Se realizó una Radiografía de tórax y una analítica con hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones, tan solo se objetivó una PCR de 2.79mg/dL. Se etiquetó el cuadro como un eritema nodoso postinfeccioso indicándose antiinflamatorios. Tras una segunda asistencia a Urgencias por mala evolución se deriva a Dermatología. Se solicitan estudios complementarios, destacando VSG 14mm, PCR 1.4mg/dL, ASLO 368, ECA 67 y detección de Dientamoeba fragilis en heces. En una segunda consulta, refieren empeoramiento de las lesiones; con el juicio clínico de livedo reticularis a estudio, realizan biopsia de las lesiones, detectándose PCR positiva para Micobacterium Tuberculosis complex, cuyos RESULTADOS son notificados a Medicina Preventiva. Desde Medicina Preventiva remiten a la paciente a Infectología pediátrica. A destacar antecedente materno de tuberculosis pulmonar diagnosticada durante el embarazo y antecedente personal de la paciente de infección tuberculosa latente diagnosticada en 2009, a los 2 meses de edad, con test IGRA positivo, y tratada con isoniazida 6 meses. Ante el juicio clínico de granuloma tuberculoso se pauta isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante 2 meses y posteriormente isoniazida y rifampicina durante 4 meses. Actualmente pendiente de finalizar pauta, presenta una mejoría muy significativa de las lesiones tras más de 4 meses de tratamiento.

DISCUSIÓN

El eritema nodoso no es una enfermedad como tal, sino la manifestación de un proceso desencadenante; bien sea una infección, un fármaco inductor o una enfermedad subyacente, cuya causa debemos intentar descubrir. La sintomatología en ocasiones inespecífica de la tuberculosis exige una anamnesis detallada, una exploración física minuciosa y realizar pruebas complementarias adecuadas, con el objetivo de iniciar un tratamiento precoz y eficaz.

P21 | *Caso Clínico*

TIÑA INCÓGNITO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Monner Romero M*[1], Cabo Jiménez V[1], Fernández Cebrián S[1], Iglesias Meleiro J[1], Novoa G[1], Vilanova gantes L[1], Prada Tellado M[1], Fernández Sanmartín M[1], Miguez Campos M[1], Sevivas Fontoura C[1], Romero Pérez N[1], Rodríguez Toro I[1]
[1] *Pediatría. CHUO.*

PRESENTACIÓN DEL CASO

Entre las infecciones por hongos, las micosis superficiales, adquiridas por contacto directo o indirecto con un animal o una persona infectadas, son las más habituales en la infancia. Se localizan en la epidermis, el pelo, las uña. La tiña corporis se refieren a cualquier afectación de la piel lampiña, excepto plantas y palmas de los pies, ingles. Tras un período de incubación de 1-3 semanas los dermatofitos causan una reacción inflamatoria en forma de placas anulares o serpiginosas, más o menos pruriginosas, bien delimitadas y de tamaño variable, con un borde activo donde reside el hongo, con crecimiento centrífugo. La tiña incógnito es considerada una variante clínica de la tiña corporis, más frecuente en la cara y en el tronco, de apariencia clínica no habitual, debido a un diagnóstico inicial erróneo y el consiguiente tratamiento con corticoides o inmunomoduladores tópicos.

DESARROLLO

Pre escolar de 3 años que acude a nuestro servicio por lesiones en piel de 1 mes de evolución. Sin antecedentes personales de interés y antecedentes familiares (madre y padre) con lesiones similares y de evolución intermitente, convive con animales domésticos (perro y gato). Lesiones inicialmente localizadas en región supraciliar derecha de aproximadamente 1 cm tratadas con Ozanex y Adventan sin mejoría. En la última semana empeoramiento progresivo. Al examen físico lesiones papulo eritematosas en región malar y supraciliar bilateral, frente y parpados superiores, con escamas blanquecinas en la superficie, bordes discretamente sobreelevados. Se recogen muestras de escamas cutáneas y se envía a servicio de Microbiología, resultado positivo para Trichophyton mentagrophytes. Se trata con Terbinafina oral durante 4 semanas, con mejoría clínica y micológica.

DISCUSIÓN

La morbilidad de las micosis superficiales es tan importante como poco considerada, pues existe la impresión falsa de que constituyen un problema menor pese a su gran incidencia en la práctica clínica Es fundamental pensar en ellas y realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento, pues la aplicación de técnicas terapéuticas previas puede modificar la apariencia clínica habitual de las lesiones, lo que suele conllevar un importante retraso diagnóstico y la aplicación de un tratamiento correcto.

P22 | *Caso Clínico*

INFECCIÓN PULMONAR GRAVE EN PACIENTE PROCEDENTE DE MÉJICO

Quintana Cepedal I*[1], López Franco M[1], Carreira Sande N[1], Rivero Calle I[2], Dacosta Urbieta A[1], Regueiro García A[3], Moure González J[4], García Magán C[4], Martinón Torres F[2]

[1] Preescolares. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. [2] Infectología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. [3] Hematología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. [4] Neumología y alergias. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

PRESENTACIÓN DEL CASO

La infección fúngica invasiva es una infección de tipo oportunista que afecta principalmente al paciente inmunodeprimido y crítico y que, a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, sigue comportando una elevada morbimortalidad.

DESARROLLO

Paciente preescolar de origen mejicano derivada por cuadro de fiebre (39ºC) de 12 días de evolución, tos y dolor torácico asociado, sin respuesta a azitromicina (3 días) ni amoxicilina-clavulánico (8 días). Antecedentes personales: Ingresada a los 4 años de edad en EEUU por adenopatía cervical por Burkholderia cepacia y enfermedad pulmonar por Coccidioides immitis. Alergias: Meperidina-demerol, sulfamidas. Antecedentes familiares: Hermano con cuadro catarral. Exploración física: Hipoventilación bilateral. No trabajo respiratorio. No adenopatías. Resto sin hallazgos. Pruebas complementarias: Radiografía tórax: patrón miliar con neumonía en lóbulo inferior izquierdo. Hemograma: leucocitosis con desviación izquierda. VSG 101mm, PCR 25mg/dl. PCT negativa. Bioquímica: función hepática y renal normal. Microbiología: cultivos, serologías antígenos de neumococo y legionella en orina negativos. Mantoux, aspirado gástrico, PCR M.tuberculosis negativos. Dada la persistencia de la clínica y ante el patrón radiológico se realiza lavado broncoalveolar (LBA) para recogida de muestras, iniciándose tratamiento con meropenem y fluconazol iv por sospecha de reactivación de la infección por Coccidioides. La serología de Coccidioides y PCR son negativas. Se obtiene cultivo de LBA y PCR positiva para Aspergillus fumigatus, estableciéndose el diagnóstico de aspergilosis pulmonar e iniciándose tratamiento con voriconazol iv. Presenta respuesta parcial, con fiebre intermitente, por lo que se añade caspofungina iv y se repite LBA, obteniendo PCR de Aspergillus negativa y antígeno galactomanano positivo. Se realiza TC torácico: extensa enfermedad pulmonar bilateral que presenta lesiones consolidativas, nódulos y micronódulos, alguno calcificado, adenopatías mediastínicas e hiliares. Al persistir fiebre se realiza ecocardiograma sin alteraciones y PET-TAC sin captación a otro nivel. Dada la clínica y antecedentes se realiza despistaje de enfermedad pulmonar crónica con alfa-1-antitripsina (normal), cloro en sudor (normal) y estudio de inmunidad, destacando test de fagocitosis repetidamente negativos, compatible con enfermedad granulomatosa crónica; por lo que se solicita estudio genético del defecto del complejo NADPH-oxidasa, hallándose una deleción homocigota del gen NCF1. Actualmente en seguimiento ambulatorio, completa pauta de voriconazol oral así como antibioterapia empírica con cefuroxima.

DISCUSIÓN

-Las infecciones invasivas por gérmenes atípicos requieren despistaje de inmunodeficiencias. -La aspergilosis pulmonar es una infección de diagnóstico definitivo complicado precisando controles clínicos, analíticos y radiológicos. -La enfermedad granulomatosa crónica es la inmunodeficiencia primaria con mayor prevalencia de micosis, especialmente aspergilosis.

P23 | *Trabajo Investigación*

TWIST&SWITCH

Couceiro Gianzo J*[1], Fernández Filgueira M[1], Prieto Tato L[2], Miralles Álvarez C[3], Fuentes Perez N[1], González Silvela I[1], Diaz González L[1]

[1] Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. [2] Pediatría. Hospital de Getafe. [3] Unidad VIH.. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

OBJETIVOS

Las cohortes pediátricas de portadores VIH han desplazado su mediana de edad a la etapa adolescente/adultos jóvenes. Las características de este grupo de edad: TAR larga duración, experiencias negativas con los fármacos y falsa percepción de salud, desencadenan un cumplimiento deficitario del tratamiento, por lo que se plantea la posibilidad de simplificar su esquema terapéutico. La simplificación persigue conseguir mayor adherencia reduciendo el número de dosis, mejor tolerancia, menos efectos adversos e interacciones farmacológicas. Objetivo principal: Valorar el estado inmunológico y virológico de los pacientes a las 0, 24 y 48 semanas tras simplificación a régimen basado en INI.
OBJETIVOS secundarios:Evaluar la seguridad mediante el registro de efectos adversos y tolerabilidad metabólica mediante determinación de del perfil lipídico a las 0, 24 y 48 semanas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, analítico-observacional, prospectivo en pacientes de la Red Gallega de CoRISpe. Criterios de inclusión: -Pacientes con infección VIH-1 y TAR, >12años y 34kg. -Supresión virológica (RNA-VIH< 50 copias/ml), al menos 6 meses antes del cambio. Otros parámetros estudiados: -Epidemiológicos: edad, sexo, origen. -Clínicos: modo de transmisión, estadío VIH. -Analíticos: CD4-totales y relación CD4/CD8 en la 0, 24 y 48 semanas

RESULTADOS

Nuestra muestra consta de 6 pacientes, sin diferencias en la distribución por sexos. El 83% son de origen español, y el mecanismo de infección en todos fue la transmisión vertical. De ellos, tres se encontraban en estadío N1, dos B1 y uno C3. Se analizaron mediante el test de Friedman, las variaciones en el número de linfocitos-CD4 y proporción CD4/CD8, sin evidenciarse empeoramiento tras el cambio terapéutico (p=0,156, p=0,16). Se analizó el perfil lipídico (colesterol, HDL, LDL, LDL/HDL, triglicéridos) y los cambios en su progresión ponderal, sin objetivarse cambios estadísticamente significativos post-tratamiento. Todos los pacientes mantuvieron carga viral indectectable en la 48 semana.

CONCLUSIONES

-El objetivo de la TARGA, es alcanzar una supresión viral completa y mantenida; para ello es fundamental asegurar la adherencia y monitorizar los posibles efectos secundarios. La simplificación es una opción terapéutica especialmente en adolescentes en los que se ha descrito una disminución de las tasas de adherencia. -En nuestro estudio no se objetivan variaciones de los parámetros clínicos, inmunovirológicos ni bioquímicos (perfil lipídico), así como presentación de efectos adversos que hacen de la simplificación una opción válida y segura. -Sería interesante valorar en futuros estudios otros indicadores de interés como los cambios en la función renal determinado como eFG y de los marcadores de proteinuria, albuminuria, proteinuria tubular y tubulopatía.

P24 | *Trabajo Investigación*

¿CUANTO VACUNAMOS CONTRA EL MENINGOCOCO B Y ROTAVIRUS?

Carballal Mariño M*[1], Vilas Rodríguez P[2], Martínez Abad P[3], Villanueva Rodríguez T[4], Kamal Kamel el Salihi M[3]

[1] Pediatria Atención Primaria. CS Acea da Ma-Culleredo. [2] Pediatria Atención Primaria. CS Acea da Ma-Culleredo. [3] Pediatría de Atención Primaria. Portádego - Culleredo. [4] Pediatria de Atención Primaria. Acea da Ma - Culleredo.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de vacunaciones no financiadas: antimeningocócica B (VMB) y antirotavirus (VR) en dos centros de salud en Culleredo (A Coruña), Acia da Ma y Portádego.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal de prevalencia, en 5 consultas de los centros de salud de Culleredo en los meses de Marzo y Abril de 2019. De una población total menor de 15 años de 4513 niños se incluyeron a 866 pacientes nacidos entre enero de 2015 y diciembre de 2017. Se revisó la historia clínica y se anotaron el número de vacunas no financiadas por el Sistema Galego de Saúde que habían recibido.

RESULTADOS

De los 866 niños, presentaban prevalencias de vacunación completa con VMB un 67% de los pacientes (82.3% primera dosis, 79.4% segunda, 61.7% tercera y 18.7% cuarta) y presentaban prevalencias de vacunación completa con VR un 30.9% de los pacientes (13.6% primera dosis monovalente, 12.6% segunda, 21.6% primera dosis pentavalente, 20.7% segunda dosis y 18.5% tercera).

CONCLUSIONES

En Galicia, las prevalencias proporcionadas por Saude Pública en Octubre de 2018 son para VMB del 60% para menores de 24 meses y bajan al 39% en niños de 2 a 10 años y al 18,15% en los de 11 a 14 años y para VR del 43.8%. En nuestro centro estamos en la media gallega respecto al meningococo B y bajo la media respecto a rotavirus. El hecho de revisar los datos, puede ayudar a mejorarlos.

P25 | *Trabajo Investigación*

ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA EFECTIVIDAD DE PALIVIZUMAB EN LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN DE 2017 EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Prada Tellado M*[1], Rodríguez Toro I[1], Sevivas Fontoura C[1], Míguez Campos M[1], Graña Silva F[1], González Freiría N[1], Sardina Ríos A[1], Fernández Cebrián S[1]

[1] *Pediatría. Centro Hospitalario Universitario de Ourense.*

OBJETIVOS

La bronquiolitis es una de las principales causas de hospitalización en la edad Pediátrica, fundamentalmente en menores de 6 meses. El agente etiológico principal es el virus respiratorio sincitial (VRS). La prevención de la infección por VRS se fundamenta en medidas higiénicas y en la utilización de palivizumab. Las principales indicaciones de palivizumab son: la prematuridad (con unas recomendaciones específicas de la Sociedad Española de Neonatología), los menores de 2 años con displasia broncopulmonar que recibieron tratamiento en los últimos 6 meses y los menores de 2 años con cardiopatías congénitas hemodinámicamente significativas. También se contempla su administración en niños con enfermedades neuromusculares y fibrosis quística

MATERIAL Y MÉTODOS

El objetivo de nuestro estudio es analizar mediante un análisis retrospectivo la efectividad del palivizumab durante la campaña de vacunación 2017 en un hospital de segundo nivel.

RESULTADOS

En nuestro Hospital, durante la Campaña de vacunación del año 2017 han recibido palivizumab 36 pacientes (52.78% varones, 47.22% mujeres), mediana de edad 5 meses. Las indicaciones principales son prematuridad (63.89%), enfermedades neuromusculares (19.44%), cardiopatía (8.33%). Se pierde el seguimiento de un paciente. De los restantes el 48.6% sufrieron bronquiolitis (58.8% varones, 41.2% mujeres), con una edad media de presentación de 10.59±6.53 meses. De los que desarrollaron bronquiolitis el 70.6% eran prematuros, el 11.8% cardiópatas y un 11.8% con patología neurológica. Recibieron de media 3.82±1.7 dosis. Se realizó determinación de virus respiratorios por inmunofluorescencia indirecta únicamente en 3 pacientes (17.6%), detectándose el VRS solamente en 1 (5.9%); Dado que todas las muestras recogidas se deben a pacientes que han requerido ingreso ($p<0.01$). En el 82.4% de los pacientes la bronquiolitis fue leve (escala Wood Downes), siendo moderada en los casos restantes. Los niños que presentaron una bronquiolitis leve, habían recibido un mayor número de dosis ($p=0.6$) y tenían menor edad media ($p=0.6$) que en los casos de bronquiolitis moderadas. Solo precisó ingreso en la UCI un paciente, siendo éste VRS positivo

CONCLUSIONES

• La prematuridad es la indicación más frecuente para la inmunoprofilaxis con palivizumab. • Solo el 48.6% de los niños que reciben palivizumab presentaron bronquiolitis, de los cuales solo el 17.6% precisaron ingreso, siendo VRS positivo el 33,3% de las muestras estudiadas. • La bronquiolitis por VRS se asocia con mayor gravedad clínica, ingreso en UCI y necesidad de soporte respiratorio, observándose menor gravedad con mayor número de dosis, de forma no significativa.

P26 | *Trabajo Investigación*

MENINGITIS NEONATAL: CASUÍSTICA EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

Vilanova Gantes L*[1], Monner Romero M[1], Prada Tellado M[1], Romero Pérez N[1], Míguez Campos M[1], Cabo Jiménez V[1], Sevivas Fontoura C[1], Rodríguez Toro I[1], Padín Fontan M[1], Sardina Ríos A[1], González Freiría N[1], Fernández Cebrián S[1]

[1] *Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

OBJETIVOS

La incidencia de meningitis es mayor en el periodo neonatal que en cualquier otro momento de la vida. A pesar de su baja incidencia, es una causa de morbimortalidad importante siendo imprescindible un diagnóstico precoz y un correcto manejo terapéutico para minimizar el riesgo de secuelas a largo plazo. El objetivo de este estudio es describir los patógenos más comunes en nuestra Unidad Neonatal, analizar la metodología diagnóstica, así como evaluar las principales complicaciones y secuelas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de meningitis registrados en la Unidad Neonatal en un hospital terciario desde enero de 2014 a diciembre de 2018. Recogida de datos a partir de revisión de historias clínicas.

RESULTADOS

Hemos obtenido un total de 20 pacientes.Predominio masculino. Solo un 10% eran prematuros.Un 50% se diagnosticaron en las primeras 72 horas de vida.En cuanto a la etiología un 35% [7] fueron de etiología vírica y un 30% [6] bacteriana.No se obtuvo confirmación microbiológica en 7 casos.Con respecto a los gérmenes aislados con más frecuencia, destacaron enterovirus (35%) y Streptococcus grupo B (SGB) (20%).Un 30% presentaba algún factor de riesgo infeccioso y además un 25% había recibido antibioterapia intraparto, sin relacionarse este hecho con la negatividad de los cultivos.Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la fiebre (60%)e irritabilidad (40%).La alteración analítica predominante fue la leucopenia (60%) y elevación de la PCR (87%), siendo la pleocitosis (60%) la alteración más frecuente en el análisis de líquido cefalorraquídeo.La ecografía trasfontanelar se realizó en un 85% de los pacientes, el 11,7% presentó alguna alteración.Otras pruebas de imagen y neurofisiológicas se efectuaron en menor porcentaje.El 70% recibió tratamiento empírico con ampicilina y cefotaxima. La duración media fue de 21 días en aquellos con cultivo positivo bacteriano, suspendiéndose si se confirmaba la etiología vírica.En los pacientes con cultivos negativos, fue de 15 días.El 20% de los pacientes presentaron complicaciones.Un paciente muestra retraso psicomotor, aunque todavía es temprano para determinar la presencia de secuelas en la mayoría de nuestros pacientes dada su corta edad.

CONCLUSIONES

El SGB sigue siendo el principal patógeno, siendo en esta serie el enterovirus una etiología frecuente.La ecografía es la prueba de imagen más utilizada, pero dada la sensibilidad de la RMN debería tomar un papel importante en la evaluación de nuestros pacientes.En nuestra unidad, la tasa de resistencia a fármacos de primera línea fue baja, así como la rentabilidad diagnóstica de los cultivos, hecho no influenciado en nuestra casuística por la antibioterapia intraparto.

P27 | *Trabajo Investigación*

RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS MÉTODOS BIOLOGICOS FRENTE A LA ENTREVISTA EN EL CONSUMO ACTUAL DE TÓXICOS EN EL EMBARAZO

Fernández Patiño R*[1], Dacosta Tapia P[1], Fernández Soto Z[1], González Colmenero E[1], Cañizo Vázquez D[2], Lorenzo Martinez M[1], Fernández Lorenzo J[1]
[1] Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro. [2] Pediatría. Sant Joan de Déu.

OBJETIVOS
Cuantificar en diferentes matrices el consumo real de drogas durante el embarazo y correlacionarlo con el testimonio materno. Identificar variables socioeconómicas que puedan definir el perfil de riesgo de la gestante consumidora en la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio prospectivo de cohortes de madres gestantes y sus hijos recién nacidos. Se analizaron diferentes matrices (madre: cabello, neonato: meconio, binomio materno-fetal: placenta y cordón umbilical) mediante cromatografía de líquidos acoplada a espectometría de masas en tándem. Se realizó una encuesta a la gestante que recoge variables socioeconómicas y hábitos tóxicos.

RESULTADOS
Se incluyeron 867 diadas madre/hijo. El 33.5% de las muestras tuvieron un resultado positivo a drogas durante la gestación (13.6% tabaco; 9.8% fármacos; 8.4% etanol; 8.3% cocaína; 6.4% cannabis; 5.7% opioides; 2% anfetaminas; 0.4% escopolamina). El análisis del meconio, aún limitado al consumo en los trimestres finales, demostró ser una matriz más sensible que la placenta y/o el cordón umbilical para el diagnóstico de exposición a opioides y cocaína. No se ha podido definir un perfil claramente específico de riesgo entre las consumidoras. La concordancia entre el testimonio materno y los análisis biológicos fue débil para opioides (heroína y metadona), cocaína y cannabis (índice Kappa <0.40) y adecuada en el caso del tabaco (índice Kappa 0.660). El análisis del pelo materno segmentado por trimestres permitió objetivar la evolución del consumo a lo largo del embarazo (Test de Wilcoxon).

CONCLUSIONES
La entrevista materna no es una técnica adecuada de screening. El pelo materno ha resultado una matriz altamente sensible y con una amplia ventana de detección. Las nuevas matrices, placenta y cordón, no parecen aportar mejoras sustanciales frente a otras ya utilizadas como el meconio.

P28 | *Caso Clínico*

¿ES POSIBLE MANTENER LA LACTANCIA MATERNA EN EL QUILOTÓRAX CONGÉNITO?

Fernández Patiño R*[1], Fiel Ozores A[1], Liñares Nistal P[1], Alonso Clemente S[1], Suárez Albo M[1], Durán Fernández Feijoo C[1], Concheiro Guisán A[1], Fernández Lorenzo J[1]
[1] *Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro.*

PRESENTACIÓN DEL CASO

El quilotórax congénito es una situación clínica de complejo manejo. Su tratamiento habitual implica la eliminación de los ácidos grasos de cadena larga de la dieta, dado que forman parte de la linfa. Los protocolos suelen basarse en nutrición parenteral prolongada durante las primeras semanas de vida y posteriormente alimentación con fórmulas ricas en ácidos grasos de cadena media (MCT). La lactancia materna suele contraindicarse pese a que sus propiedades inmunológicas la hacen especialmente indicada en este tipo de pacientes.

DESARROLLO

Recién nacida de 30+4 semanas de edad gestacional que presenta hidróps congénito y precisa maniobras de RCP avanzada en sala de partos, inclusive toracocentesis urgente. Las características bioquímicas del líquido pleural son compatibles con quilotórax. El débito pleural inicial de ambos hemitórax es masivo y obliga a mantener a la paciente inicialmente a dieta absoluta con nutrición parenteral. A los 8 días de vida, tras cesar el débito quiloso, se inicia nutrición enteral con fórmula especial (MCT). Una semana después, se reintroduce la lactancia materna tras someterla a un proceso de centrifugación para separar el componente graso del resto de nutrientes. Se utiliza una centrífuga fría (2ºC) a 3000 rpm durante 15 minutos. El análisis nutricional (tecnología F-TIR) confirma la ausencia de grasa tras centrifugación. Se suplementa la lactancia materna desgrasada con aportes de MCT, proteínas y vitaminas liposolubles de acuerdo a los requerimientos y análisis nutricionales. A partir del día 27 de vida, se reintroduce la grasa de la leche materna en incrementos de 0,5 gramos/48h mediante algoritmo matemático diseñado para tal fin, con buena tolerancia y sin reproducirse el quilotórax. Es alta a domicilio con lactancia materna exclusiva al pecho y buena curva ponderal.

DISCUSIÓN

La lactancia materna exclusiva es posible en el quilotórax congénito mediante un procedimiento de desgrasado de la leche mediante centrifugación técnicamente factible. Mientras exista restricción nutricional y/o débito quiloso deberá fortificarse adecuadamente la leche extraída de acuerdo a un estricto análisis nutricional. El algoritmo diseñado ha facilitado la reintroducción de la grasa de forma progresiva.

P29 | *Caso Clínico*

TRASTORNOS DE LA VÍA AÉREA EN EL NEONATO. EXPERIENCIA DE 24 MESES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Sáez Soto R[1], Presno López I*[1], Moreno Leira D[1], Fuentes Carballal J[2]
[1] Servicio de Pediatría. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. [2] Unidade de Neonatoloxía. Servicio de Pediatría.. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Las particularidades de la vía aérea en el neonato hacen que su manejo pueda resultar un reto para el clínico a pie de cuna. Una vía aérea difícil o crítica puede requerir en muchas ocasiones maniobras e intervenciones cruentas que aumentan la morbimortalidad neonatal. Son muchas las patologías que pueden asociar un trastorno de la vía aérea en el neonato, siendo las más frecuentes las malformaciones congénitas, aisladas o asociadas a cuadros polimalformativos. La fibroscopia y las pruebas de imagen (TAC, angioTAC) son las pruebas complementarias que junto a la exploración física darán con el diagnóstico en la mayor parte de los casos.

DESARROLLO

Presentamos una serie de 6 casos de neonatos con trastornos de la vía aérea en diferentes niveles y secundarios a diversas patologías, ocurridos durante un periodo de 24 meses en un hospital de tercer nivel. Los casos serán presentados en una tabla. Caso 1: Recién nacido con síndrome polimalformativo con hipoplasia de condilos mandibulares y pseudoanquilosis de la articulación temporomandibular, lo que dificultó el manejo de la vía aérea desde su nacimiento. Caso 2: recién nacido con atresia de coanas bilateral, retrognatia y microcefalia. Apnea y parada cardiorrespiratoria al nacimiento con vía aéra difícil. Caso 3: recién nacido con malformación de vía aérea superior, retrognatia y paladar ojival en relación a síndrome de Goldenhar. Caso 4: recién nacido con doble arco aórtico que condiciona compresión traqueal con estridor y colapso. Caso 5: recién nacido con sling de arteria pulmonar que condiciona impronta sobre tráquea, asociando pseudodivertículo traqueal superior con dificultad para manejo de vía aérea. Caso 6: recién nacido con cuadro polimalformativo pendiente de filiar y laringomalacia severa.

DISCUSIÓN

- Los trastornos de la vía aérea en neonatos no son una patología infrecuente. - Se deben a múltiples etiologías y afectan a cualquier nivel de la vía aérea del neonato. - No todos los neonatos con un trastorno de la vía aérea presentarán una vía aérea difícil. - A pesar de su estrecha relación con los síndromes polimalformativos, no todos los trastornos de vía aérea son problemas crónicos ni asociados a patología grave. - Es importante un conocimiento básico de la patología de vía aérea superior ya que pueden presentarse de manera emergente al nacimiento o en las primeras horas de vida. - Es importante contar con un protocolo de estudio y manejo en las unidades y una buena coordinación con los servicios de ORL, Cirugía Maxilofacial y Anestesia.

P30 | *Caso Clínico*

MICROFTALMIA SINDRÓMICA TIPO 5

Ocampo Alvarez A*[1], Costas Posada U[2], Rey Cordo C[2], Fernández Lorenzo J[2]
[1] *Pediatria. Hospital Álvaro Cunqueiro , Vigo.* [2] *Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro , Vigo.*

PRESENTACIÓN DEL CASO

La microftalmía sindrómica tipo 5 se caracteriza por asociación de anomalías oculares (anoftalmía, microftalmía y anomalías retinianas) con retraso variable del
DESARROLLO cognitivo y malformaciones del sistema nervioso central. Está causado por mutaciones en heterocigosis del gen OTX2, situado en el cromosoma 14 (14q22.3) y se ha descrito en pacientes con delección de esta región. El producto del gen OTX 2 regula la actividad de múltiples genes, confiriéndole papel crítico en el
DESARROLLO de los globos oculares, nervios ópticos, cerebro e hipófisis. Los signos y síntomas asociados con mutaciones en este gen varían ampliamente incluso entre los miembros afectados de una misma familia.

DESARROLLO

Se presentan dos hermanos fruto de una gestación gemelar bicorial biamniótica. Nacimiento mediante cesárea electiva en semana 35+3. Primer gemelo: Varón. Peso recién nacido: 1775 gr. APGAR 9/10. Exploración física: asimetría en tamaño ocular: microftalmia derecha, clinodactilia 5º dedo bilateral, soplo sistólico V/VI e hipospadias. RM cerebral: agenesia marcada/atrofia de nervios ópticos y quiasma e hipoplasia del globo ocular derecho. Ecocardiograma: comunicación interventricular perimembranosa, ductus persistente, estenosis pulmonar y aórtica. Potenciales evocados visuales: No respuestas evocadas visuales valorables en ambos ojos. Estudio CGH-array: Delección intersticial heterocigota en el cromosoma 14, citobanda 14q22.3. El paciente es seguido en consultas. Con edad cronológica actual de 34 meses presenta retraso ponderoestatural marcado, de etiología mulifactorial por dificultades en la alimentación, reflujo gastroesofágico, retraso psicomotor severo, amaurosis bilateral y los hallazgos morfológicos al nacimiento. Estudio hipofisario: no demuestra existencia de déficit hormonal asociado en el momento actual. Segundo gemelo: Varón. Peso recién nacido 1850 gr. APGAR 9/10 Exploración física: sin alteraciones relevantes. CGH array: Delección heterocigota en citobanda 14q22.3. RM cerebral: sin alteraciones. Evolución: Adecuado
DESARROLLO ponderoestatural. Retraso psicomotor leve. Analítica basal hipofisaria en rango de referencia para su edad. Exploración oftalmológica: ojos de tamaño normal, fondo de ojo sin alteraciones. Leve dificultad para la elevación en todas las versiones del ojo izquierdo, siendo diagnosticado de Síndrome de Brown.

DISCUSIÓN

Las mutaciones en el gen OTX2/citobanda 14q22.3, pueden presentar amplia variabilidad clínica incluso en pacientes con la misma dotación genética. En la familia que describimos, el diagnóstico del segundo gemelo resulta un hallazgo incidental en el estudio genético realizado. El estudio de portadores en la familia de pacientes afectos de esta alteración debe realizarse, aún en pacientes asintomáticos, dada la repercusión que puede tener en la descendencia, y teniendo en cuenta la escasa correlación fenotipo-genotipo en estas entidades.

P31 | *Caso Clínico*

ALTERACIONES EN ECOGRAFÍA PRENATAL Y RETRASO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO DE PROBABLE ORIGEN FETAL ¿PODEMOS QUEDARNOS TRANQUILOS ANTE UN DNA FETAL NORMAL ?

Prada Tellado M*[1], Rodríguez Toro I[1], Míguez Campos M[1], Sevivas Fontoura C[1], González Freiría N[1], Graña Silva F[1], Padín Fontán M[1], Sardina Ríos A[1], Fernández Cebrián S[1]
[1] *Pediatría. Centro Hospitalario Universitario de Ourense.*

PRESENTACIÓN DEL CASO

La trisomía 9p (síndrome de Rethoré) es la cuarta trisomía autosómica más frecuente después de las trisomías 21,13 y 18. Se origina a través de traslocaciones balanceadas presentes en uno de los progenitores o como mutación ?de novo? (duplicación de todo o de algún segmento del brazo corto del cromosoma 9 o de alguna parte del brazo largo). Aunque la variabilidad fenotípica es grande, se caracteriza principalmente por malformaciones en distintos órganos, retraso psicomotor y epilepsia (especialmente si existen anomalías en el sistema nervioso central). Las principales características físicas son orejas de implantación baja, hipertelorismo, nariz prominente, comisura bucal en v invertida y anomalías en manos y pies (Tabla1). El diagnóstico se realiza a través de estudio cromosómico y citogenético de células. Es necesario una vez detectada completar el estudio con pruebas de imagen (Resonancia magnética cerebral, serie ósea...). El tratamiento es multidisciplinar, destacando la rehabilitación y la estimulación precoz . El pronóstico es muy variable.

DESARROLLO

Neonato nacido a las 37+4 semanas, RCIU tipo I . Cribado prenatal alto riesgo. DNA fetal bajo riesgo. Presenta fenotipo peculiar caracterizado por microcefalia, fontanela anterior amplia, nariz globulosa, orejas de implantación baja, hipertelorismo, cuello corto, oblicuidad de los párpados hacia abajo, clinodactilia e impresiona de hipoplasia en falanges de quinto dedo de ambas manos. Clínicamente destaca dificultad en la coordinación succión-deglución, precisando uso de sonda nasogástrica para alimentación hasta los 23 días de vida. En Ecografía transfontanelar se evidencia cuerpo calloso hipoplásico y colpocefalia bilateral que posteriormente se confirma en RM cerebral junto con vermis cerebeloso hipoplásico e inserción torcular elevada. En serie ósea: retraso de edad ósea, caderas displásicas con luxación femoral próximal, ausencia de núcleos de osificación tibiales y de los huesos del tarso así como hipoplasia de falanges de dedos de manos y pies y ausencia de segunda falange de quinto dedo de las manos. Se solicita cariotipo de alta resolución, diagnostico de trisomía del cromosoma 9p compatible con el fenotipo de nuestro paciente.

DISCUSIÓN

A pesar de ser la cuarta trisomía mas frecuente, no está incluida en el estudio de DNA fetal por lo que ante hallazgos neonatales sugestivos debe solicitarse un cariotipo. El pronostico es muy variable principalmente debido a la existencia de cardiopatía o alteraciones neurológicas. Es necesario un abordaje multidisciplinar (rehabilitación y estimulación precoz).

P32 | *Caso Clínico*

NO TODO ES LA DOBLE BURBUJA

Ramallo S*[1], Casal I[1], Vincent S[1], Presno I[2], García M[1], Rodríguez M[1], Lema A[1], Telllado M[1], Dargallo T[1], Somoza I[1]

[1] Cirugía Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. [2] Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

PRESENTACIÓN DEL CASO

La atresia intestinal congénita es una de las causas más frecuentes de obstrucción digestiva en el recién nacido. Su incidencia es variable según la localización anatómica, siendo la ubicación más frecuente a nivel duodenal (hasta el 60% de los casos). Su presencia a nivel pilórico o gástrico es excepcional. Presentamos el caso de un neonato con atresia intestinal pilórica congénita de diagnóstico prenatal.

DESARROLLO

Recién nacida de sexo femenino. Madre sana, primípara, de 35 años, sin antecedentes familiares, personales ni perinatales de interés. Embarazo bien controlado. Ecografías seriadas durante la gestación, evidenciado la presencia de polihidramnios y dilatación gástrica en la ecografía correspondiente al primer trimestre. En la ecografía del segundo y tercer trimestre se confirman dichos hallazgos, así como la presencia de ondas peristálticas a nivel esofágico, hallazgos compatibles con atresia a nivel de primera porción duodenal versus pilórica. Nacimiento por cesárea urgente a la edad gestacional de 38+6 semanas, por bradicardia mantenida. APGAR 8/10. No precisó maniobras de reanimación cardiopulmonar. La paciente presenta un bajo peso para la edad gestacional (2560gr, p6), con una exploración física completa normal. La radiografía abdominal realizada durante las primeras horas de vida demuestra una dilatación gástrica con ausencia completa de aire distal (burbuja única). Ante la sospecha de obstrucción intestinal se realiza laparotomía exploradora (24 horas de vida), confirmando el diagnóstico de atresia pilórica sin otras malformaciones asociadas. Se realiza plastia pilórica (Heineke-Mikulick), sin complicaciones. Se inició alimentación enteral progresiva, presentando una buena evolución y sin incidencias.

DISCUSIÓN

La atresia pilórica es una patología infrecuente, que afecta a 0.1/10.000 recién nacidos vivos. Su patogenia es desconocida, pero se debe a alteraciones en la migración celular a nivel intestinal durante el DESARROLLO del embrión (5ª-12ª semana). Los síntomas que provoca derivan de la obstrucción intestinal alta (vómitos no biliosos e intolerancia alimentaria), y su diagnóstico se basa en la evidencia radiológica de una dilatación gástrica marcada, en ausencia de dilatación duodenal (signo de la burbuja única). El tratamiento de esta patología debe ser siempre quirúrgico y durante las primeras horas de vida, a fin de reestablecer un tránsito gastrointestinal adecuado y facilitar la alimentación enteral precoz. Hasta un 50% de estos pacientes asocian epidermiolisis bullosa, por lo que su diagnóstico precoz debe ser mandatorio, ya que condicionará el pronóstico de estos pacientes.

P33 | *Caso Clínico*

GALACTOCELE NEONATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Prada Tellado M*[1], Míguez Campos M[1], López Fernández A[1], Sevivas Fontoura C[1], Rodríguez Toro I[1], Cabo Jimenez V[1], Romero Pérez N[1], Vilanova Gantes L[2], Monner Romero R[2], Fernández Cebrián S[2]
[1] Pediatría. Centro Hospitalario Universitario de Ourense. [2] Pediatría. Centro Hospitalario Universitario Ourense.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una neonato de 17 días que acude a Urgencias por hipertrofia mamaria bilateral de 4 días de evolución que no mejora pese a tratamiento antibiótico (amoxicilina-clavulánico oral). Afebril y asintomática. Presenta metrorragia leve los primeros días de vida autolimitada. No otros antecedentes de interés. A la exploración física destacaba hipertrofia mamaria bilateral periareolar con diámetro máximo de 2-3 cm y galactorrea izquierda. No presentaba datos de infección local. En la ecografía mamaria se observan imágenes ovoideas bien definidas, la mayor de 5mm de diámetro, con microquistes , sugestiva de galactocele. Ecografía trasfontanelar y abdominal sin alteraciones. Se decide actitud expectante y mantener cobertura antibiótica.

DESRROLLO

El galactocele es una dilatación quística de la glándula mamaria que contiene leche. El pico de incidencia es en edad prepuberal, siendo rara en periodo neonatal. Se presenta como un nódulo único o múltiple, unilateral o bilateral. La ecografía nos permite detectar una imagen quística o multiquística, en ocasiones con contenido sólido en su interior, destacando la ausencia de flujo vascular (doppler negativo). La actitud es expectante con un curso autolimitado. Sin embargo debemos de tener en cuenta que hasta el 50% de los casos pueden sobreinfectarse dando lugar a mastitis o absceso mamario por lo que se recomienda profilaxis antibiótica. En el diagnóstico diferencial debemos incluir la hipertrofia mamaria fisiológica del neonato y la mastitis entre otras. La hipertrofia mamaria neonatal, fisiológica en un 60-90% de los casos, uni o bilateral, suele ocurrir en la primera semana de vida. Se produce debido a la elevación de prolactina neonatal secundaria al descenso de estrógenos maternos. Generalmente es de curso autolimitado resolviéndose en los primeros 6 meses de vida. Presentan galactorrea un 5-20% de los pacientes. La mastitis es la sobreinfección del tejido mamario con inflamación, eritema, calor local e induración., generalmente unilateral. El principal agente implicado es el S. Aureus (60%) pero debemos tener que gérmenes Gram negativos tienen mayor riesgo de diseminación hematógena y sepsis. En este caso la ecografía detectará tejido hipervascular mal delimitado lo que nos permite diferenciarlo del galactocele. El tratamiento consiste en antibioterapia endovenosa.

DISCUSIÓN

En resumen, el galactocele es una patología poco frecuente en periodo neonatal que debemos de diferenciar de la hiperplasia mamaria bilateral y de sus complicaciones infecciosas como el absceso y la mastitis. Resaltar el valor de la ecografía doppler para llegar al diagnóstico.

P34 | *Caso Clínico*

CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES COMO HALLAZGO INCIDENTAL TRAS TRAUMATISMO CERVICAL

PÉREZ N*[1], GRANJA MARTÍNEZ C[1], DÍAZ GRANDE M[2], GONZÁLEZ SILVELA I[3], FERNÁNDEZ FILGUEIRA M[1], DÍAZ GONZÁLEZ L[1]

[1] PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA. [2] PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTVEDRA. [3] PEDIATRÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONTEVEDRA.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El nódulo tiroideo en pediatría es poco frecuente, generalmente son asintomáticos, lo que no descarta malignidad. Es más frecuente en niñas en época puberal. El riesgo de malignización es mayor en niños que en adultos, pero presenta tasas de supervivencia más altas. Para su estudio es importante la anamnesis y exploración física prestando atención a antecedentes de exposición a radiación. Se hará estudio de función tiroidea y prueba de imagen (ecografía), siendo la PAAF la que nos indicará malignización. Presentamos un caso de una paciente que se diagnosticó de carcinoma papilar tiroideo tras detectarse un nódulo después de un traumatismo cervical.

DESARROLLO

Paciente de 13 años, portadora de hemofilia A leve, presenta bultoma cervical anterior, móvil con la deglución, de 24 horas de evolución, tras traumatismo. No asocia dificultad respiratoria ni disfagia. Se realiza ecografía cervical en la que se aprecia lóbulo tiroideo izquierdo(LTI) aumentado de tamaño, con varias lesiones nodulares, sugestivas de adenomas. Nódulo dominante de 3x2,6cm, con zona anterior hipoecoica que impresiona de contusión. Lóbulo tiroideo derecho(LTD) con imágenes nodulares subcentrimétricas. No colecciones. Ingresa durante 24 horas ante sospecha de hematoma capsular de nódulo tiroideo. 13 días después, en control en consultas de Endocrinología, persiste bultoma de 5x3cm. Realiza analítica con hormonas tiroideas, calcio y fósforo (normales). Se repite ecografía cervical, evidenciándose mismas lesiones en LTI, la mayor de 4x3cm con microcalcificaciones en su interior y adenopatías sugestivas de patológicas. La PAAF muestra histología compatible con carcinoma papilar de tiroides con afectación ganglionar, por lo que se realiza tiroidectomía total y vaciamiento funcional cervical izquierdo. En control SPECT/TC se evidencian áreas de captación que corresponden con restos tiroideos postquirúrgicos y metástasis ganglionares y pulmonares (pT3N1M1), por lo que se administró radioyodo. Actualmente recibe tratamiento sustitutivo con levotiroxina.

DISCUSIÓN

Los carcinomas tiroideos son neoplasias infrecuentes en pediatría. El tipo papilar es más frecuente, sobre todo en niñas. Suelen ser asintomáticos y detectarse como nódulos únicos en la exploración rutinaria, afectando generalmente a un único lóbulo tiroideo. Frecuentemente presentan adenopatías y un 7% metástasis a distancia, sobre todo hueso y pulmón, como muestra nuestra paciente. Para el diagnóstico es importante el estudio del nódulo tiroideo mencionado anteriormente. El tratamiento consiste en tiroidectomía total con preservación de paratiroides y linfadenectomía radical si hay afectación ganglionar, seguido de ablación con radioyodo. Importante para el seguimiento realizar controles de función tiroidea y ecográficos, manteniendo niveles adecuados de calcio y vitamina D.

P35 | *Caso Clínico*

DIABETES MELLITUS TIPO 2, NUEVA REALIDAD EN EDAD PEDIÁTRICA.

Díaz González L*[1], Fernández Filgueira M[1], Pavón Freire A[1], Fuentes Pérez N[1], González Silvela I[1], Couceiro Gianzo J[1]
[1] *Pediatría. CH Pontevedra.*

PRESENTACIÓN DEL CASO

- En los últimos 30 años, la incidencia de DM-2 en población pediátrica y adultos jóvenes ha aumentado paralelamente a la obesidad infantil, siendo esta su principal factor de riesgo. - La DM-2 se produce por la interacción de factores genéticos (poligénica) y ambientales en individuos susceptibles. - Los principales factores predisponentes son el sobrepeso/obesidad con distribución de la grasa abdominal, antecedentes familiares, determinados grupos étnicos, género femenino y condiciones asociadas a la resistencia insulínica, por lo que habría que considerar realizar screening a pacientes de riesgo. - Un 40% de los pacientes se encuentran asintomáticos al diagnóstico, y solo un pequeño porcentaje debutan con cetoacidosis.

DESARROLLO

Antecedentes personales: Escolar de 12 años con obesidad de predominio abdominal en seguimiento desde 2016 y TDAH a tratamiento con metilfenidato. Antecedentes familiares: Padre obesidad grado II. Abuelo paterno DM-2. Tia abuela materna obesidad mórbida. Anamnesis: Remitido por glucemia basal de 227 mg/dL en analítica rutinaria. Refiere astenia de dos semanas de evolución, sin otros síntomas asociados. Exploración física: Peso: 86.5 kg (>P99, 6,27DE). Talla: 157.5 cm (P76, 0,72DE). IMC: 34.87 kg/m2 (>P99, 7,72DE). TA: 108/58 (p50/ p34) Obesidad troncular y acantosis nigricans en axilas, resto dentro de la normalidad. Pruebas complementarias: Esteatosis hepática, hipertransaminasemia, hiperglucemia con hiperinsulinemia, elevación del péptido C y HbA1c 7,9%. Marcadores antigénicos de diabetes negativos. Actitud: Se diagnostica de DM-2, pero no cumple criterios de administración de insulina, por lo que se inicia intervención no-farmacológica en hábitos dietéticos, disminución de peso, controles glucémicos y vigilancia de posibles complicaciones.

DISCUSIÓN

- La DM-2 se caracteriza por hiperglucemia y resistencia insulínica, que en ocasiones asocia déficit parcial de la secreción de insulina, contrariamente a la DM-1 que se caracteriza por un déficit absoluto de insulina por destrucción de las células beta pancreáticas. - El diagnóstico diferencial con la DM-1 no siempre es sencillo. Se basa en la presentación clínica, como en nuestro caso, muchas veces asintomático, antecedentes familiares, y datos sugestivos como obesidad o síntomas de resistencia insulinica (HTA, acantosis nigricans, etc) con marcadores antigénicos normalmente negativos. - El debut como hiperglucemia hiperosmolar es raro pero grave, porque cursa con deshidratación severa y tiene una elevada morbimortalidad. - El diagnóstico y screening para detección de condiciones de prediabetes es controvertido, pero se trata de una patología con múltiples comorbilidades y complicaciones así como un aumento del riesgo cardiovascular futuro.

P36 | *Trabajo Investigación*

ESTUDIO DE LOS NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE PEG EN UN ÁREA SANITARIA DE TAMAÑO MEDIO

Sánchez Domínguez A*[1], Urricelqui Laparte G[1], Escolar Martín J[1], Monteagudo Vilavedra E[1], Fernandez Viso S[1], Díaz Hermida N[2]

[1] Pediatría. Centro Hospitalario Universitario Arquitecto Marcide, Ferrol. [2] Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Hospitalario Universitario Arquitecto Marcide, Ferrol.

OBJETIVOS

El término PEG (pequeño para la edad gestacional) se refiere a aquellos neonatos que presentan una longitud y/o peso al nacimiento por debajo de 2 desviaciones estándar (o inferior al percentil 3 para su edad gestacional). Este término engloba a un heterogéneo grupo de trastornos que condicionan un aumento de la morbimortalidad perinatal, así como una de las causas más frecuentes de patología del crecimiento postnatal, mayor riesgo de alteraciones neurocognoscitivas y de
DESARROLLO de síndrome metabólico en la edad adulta. Los
OBJETIVOS principales de este estudio fueron determinar las características epidemiológicas de los niños con diagnóstico de PEG nacidos en un área sanitaria de tamaño medio, teniendo en cuenta la patología materna pre y perigestacional, hábitos tóxicos y nutricionales maternos, patología neonatal, así como la edad de realización del catch-up.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional transversal retrospectivo en el que fueron incluidos 84 pacientes nacidos con diagnóstico de PEG en el periodo 2010-2017.

RESULTADOS

La media de edad materna fue 32,11 años. La patología materna más frecuente fue el asma, seguido de la patología psiquiátrica. El 33,3% de las madres eran fumadoras. Durante la gestación el 13,4% desarrolló anemia ferropénica. Los tratamientos más frecuentes durante la gestación fueron los fármacos antitiroideos (9,6%) y los gastroprotectores (9,6%). El 17,9% fueron gestaciones gemelares. La edad gestacional media fue 37,29 +- 2,14 semanas. Se detectó en el 65,1% CIR en ecografías prenatales. La media de peso del recién nacido a término fue 2.268,64 gramos y la longitud 45,24 cm. La patología neonatal más frecuente fue la hipoglucemia (25%). Recibieron lactancia materna el 23%. El 93% de los pacientes mayores de 2 años realizaron el catch up a los 24 meses o antes. Ningún paciente recibió tratamiento con hormona del crecimiento.

CONCLUSIONES

- Se ha observado un elevado porcentaje de madres añosas, tratándose en muchos casos su primera gestación. - La patología crónica materna más frecuente fue el asma y la anemia ferropénica la que se desarrolló en mayor proporción durante la gestación. - La media de longitud y peso de los PEG se corresponde con la publicada en la bibliografía. - La prevalencia de hipoglucemia es superior a la de otros estudios. - La mayoría de los pacientes alcanzan el catch-up en los primeros dos años de vida, presentando aproximadamente el 12 % un crecimiento deficitario. - Se debe fomentar el uso de la lactancia materna, así como evitar el hábito tabáquico.

P37 | *Caso Clínico*

RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO LIGADO A X

Fernández González S*[1], García Pose A[2], Pérez Vila M[3], Vergara Pérez I[4], Díaz Soto R[2], Pardo Vázquez J[5]
[1] Servicio de Pediatría. Hospital Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña).. [2] Servicio de Pediatría. Unidad de Nefrología infantil.. Hospital Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña).. [3] Servicio de Pediatría. Hospital Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña).. [4] Servicio de Pediatría. Unidad de Nefrología infantil.. H. do Barbanza (Ribeira).. [5] Servicio de Pediatría.. Hospital Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña)..

PRESENTACIÓN DEL CASO

El raquitismo es una enfermedad ósea típica de la infancia caracterizada por anomalías en la mineralización de las placas de crecimiento en relación con niveles disminuidos de calcio y/o fosfato. La etiología más frecuente es la carencial. Entre de las formas hereditarias lo es el Raquitismo hipofosfatémico ligado a X. Se asocia a mutaciones en el gen PHEX que regula la expresión y degradación del FGF23, produciendo un aumento de sus niveles, con el consecuente aumento de la fosfaturia y defecto en la síntesis de 1,25-OH-vitamina D. El diagnóstico se basa en la historia clínica, la exploración física, los estudios bioquímicos y radiológicos y se confirma genéticamente. Presenta una amplia variabilidad fenotípica, especialmente en mujeres, desde la hipofosfatemia asintomática hasta el raquitismo grave. El tratamiento convencional consiste en aportes vía oral de fosfato en 4-6 tomas al día y análogos de la vitamina D, en ocasiones con resultado subóptimo y no exento de complicaciones. Burosumab es un anticuerpo monoclonal dirigido específicamente al bloqueo del FGF23 que se ha comenzado a emplear como alternativa de tratamiento en estos pacientes

DESARROLLO

Presentamos el caso de 2 hermanas de 15 y 12 años, a seguimiento desde el nacimiento, hijas de padre afecto confirmado genéticamente. Inician tratamiento sustitutivo a los 4 años la mayor (fosfatasa alcalina (FA) 1122 UI/mL) y a los 4 meses la pequeña (FA 1564 UI/mL). Presentan signos radiológicos de raquitismo desde los 4 años y 20 meses, respectivamente, con genu varo bilateral y dismetría de miembros, asociando dolor óseo y dificultades para la deambulación así como afectación significativa de la talla (en -1.5 y -2DE actualmente). En la evolución, a pesar de haber recibido ambas tratamiento adecuado de forma precoz, hemos observado un mayor grado de afectación en la hermana pequeña que ha precisado hasta 3 intervenciones ortopédicas y ha manifestado complicaciones dentarias. La FA se ha mantenido discretamente elevada, 450 y 800 UI/mL, en el último control. Ante las dificultades de adherencia y la repercusión clínica, se ha iniciado recientemente tratamiento con burosumab vía subcutánea, sin complicaciones

DISCUSIÓN

El raquitismo hipofosfatémico ligado a X es una enfermedad rara, crónicamente debilitante y deformante, que limita desde la infancia la calidad de vida de los pacientes. Burosumab representa el primer abordaje terapéutico dirigido de forma específica frente a la patogenia de la enfermedad, demostrando ser eficaz y con un buen perfil de seguridad, hasta el momento.

P38 | *Caso Clínico*

CASO CLÍNICO: DEFORMIDADES ÓSEAS POR RAQUITISMO CARENCIAL: UNA POSIBILIDAD REAL

Mato Amado B*[1], López García G[1], Castro Aguiar S[1], Otero Pose A[2], Yañez Mesía S[1], Pardo Vázquez J[3]
[1] Pediatría. Hospital Teresa Herrera A Coruña. [2] Pediatría. Centro de Salud de Zas. [3] Pediatria. Hospital Teresa Herrera A Coruña.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentación El raquitismo es un trastorno de la mineralización del hueso y del cartílago de crecimiento. Se caracteriza principalmente por deformidades óseas y retraso del crecimiento. El raquitismo carencial fue una verdadera epidemia en el pasado por lo que se iniciaron campañas de prevención en el mundo desarrollado, donde se considera prácticamente erradicado. No obstante, en países en
DESARROLLO el raquitismo nutricional sigue siendo un problema de salud pública. La ingesta de calcio en la dieta de niños y adolescentes representa aproximadamente 1/3 a 1/2 de la ingesta recomendada para niños que viven en países desarrollados, aunque la mayoría de los niños parece adaptarse bien a estas ingestas más bajas y no sufrir efectos adversos

DESARROLLO

Caso clínico Paciente de 5 años de edad trasladado para estudio de anemia severa. Originario de Marruecos, reside en España desde hace 3 meses. Acuden por primera vez a su pediatra que ante talla baja, genu valgo marcado bilateral y escafocefalia solicita estudio analítico y deriva a Endocrinología. Se realiza analítica, avisando de laboratorio por hemoglobina de 4.4 mg/dl, por lo que su pediatra decide remitir a nuestro centro y finalmente ingresa para estudio. Durante su ingreso se instaura tratamiento con hierro iv ante importante anemia ferropénica en estudio analítico y se realiza estudio radiológico, el cual es sugestivo de raquitismo. No se objetivan alteraciones en los parámetros del metabolismo fosfocálcico excepto el aumento del valor de la fosfatasa alcalina a 1414 UI/L. En el estudio urinario no se objetiva calciuria ni fosfaturia. Tras una semana de tratamiento se realiza nuevo control analítico en donde se objetiva una franca corrección de la ferropenia y mejoría de la anemia. Ante dicha evolución, se considera un raquitismo carencial en corrección, lo cual es confirmado en posteriores controles, con mejoría de los marcadores y de la clínica.

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES El raquitismo es un trastorno que, aunque poco prevalente en nuestro medio, es posible encontrarlo actualmente en población migrante procedente de países menos desarrollados. Es necesario conocer el diagnóstico diferencial de este trastorno ya que, a pesar de que la causa más habitual sea la carencial, deben descartarse otras afectaciones que imposibilitan la absorción de nutrientes que pueden generar este mismo cuadro.

P39 | *Caso Clínico*

EDEMA COMO PRESENTACIÓN DE DIFERENTES PATOLOGÍAS DIGESTIVAS

Álvaro Sardina P*[1], Niño Grueiro I[1], Guerra Buezo B[1], Pena Gil P[1], Abadi García T[1], García-Plata González C[1], Pérez Pacín R[2]

[1] Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España. [2] Roberto Pérez Pacín. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.

PRESENTACIÓN DEL CASO

La causa principal de edemas por hipoproteinemia en edad pediátrica es el síndrome nefrótico aunque el diagnóstico diferencial puede ser muy amplio. Presentamos 3 casos consecutivos de pérdida proteica de causa digestiva, diagnosticados en nuestro centro en corto espacio de tiempo.

DESARROLLO

Caso 1: Paciente que presenta anasarca y aumento de 5 kg de peso en el último mes. Entre las exploraciones complementarias realizadas destaca: hipoalbuminemia, anticuerpos antitransglutaminasa negativos, serologías y PCR positivas para CMV; en ecografía ascitis, esplenomegalia y derrame pleural bilateral; en TC hepatoesplenomegalia, dilatación de asas de intestino delgado difusa y engrosamiento homogéneo de su pared; gastroscopia normal; biopsia dudodenal con duodenitis crónica con atrofia vellositaria focal y parcial, así como aumento de LIEs en el extremo distal vellositario. Dados los hallazgos se diagnostica de enteropatía pierde proteínas en contexto de infección por CMV. Caso 2: Niño de 4 años, que consulta por edemas en MMII, astenia, anorexia y dolor tipo cólico tras la ingesta de 48 horas de evolución. Presenta hipoalbuminemia, hipogammaglobulinemia y ferropenia. Serología para celiaquía con Ac antitransglutaminasa elevados (> 10 veces el valor normal) y estudio de HLA-DQ2 que resulta positivo por lo que se diagnostica de celiaquía. Caso 3: Niña de 13 años que consulta por edemas en MMII de 10 días de evolución, astenia, pérdida de peso y deposiciones más líquidas de lo habitual, sin sangre ni moco, en los últimos dos meses. Presenta palidez cutánea, edemas con fóvea en ambos MMII, abdomen distendido, globuloso, doloroso a la palpación difusa superficial, en la zona perianal presenta dos repliegues de mucosa (TAG) a las 7 y 12 horas (en decúbito supino), de consistencia dura con ulceraciones a ese nivel rectal. Se evidencia anemia macrocítica, hipoalbuminemia, elevación de RFAs y de calprotectina en heces, ascitis en la ecografía, y engrosamiento de la totalidad de la pared del íleon y segmentaria de colon compatibles con Enfermedad de Crohn en enteroRMN. Ileocolonoscopia que confirma el diagnóstico de Enfermedad de Crohn.

DISCUSIÓN

En el diagnóstico diferencial de la hipoproteinemia, descartada la causa renal, debemos valorar la posibilidad de una enteropatía pierde proteínas, de causa infecciosa (parasitosis, sobrecremiento bacteriano...), inmunológica o inflamatoria(enfermedad de Menetrier, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, poliposis...), o debida a alteraciones a nivel linfático o vascular. A modo de ejemplo presentamos estos tres casos, con mismo motivo de consulta (edemas) pero con diagnósticos etiológicos diferentes.

P40 | *Caso Clínico*

EDEMAS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN

Álvaro Sardina P*[1], Niño Grueiro I[1], Guerra Buezo B[1], Antuña Fernández M[1], Abadi García T[1], García-Plata González C[1], Pérez Pacín R[1]
[1] *Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España.*

PRESENTACIÓN DEL CASO

La enfermedad de Crohn suele presentarse en forma de dolor abdominal, diarrea, retraso del crecimiento o del desarrollo pero muchas veces la clínica es más inespecífica. Con frecuencia hay un retardo diagnóstico debido al comienzo insidioso de la misma, con anorexia, astenia y otros síntomas generales. Presentamos un caso diagnosticado tras la aparición de edemas en miembros inferiores.

DESARROLLO

Niña de 13 años que consulta por edemas en miembros inferiores de 10 días de evolución, astenia y pérdida de peso en los dos últimos meses. En anamnesis dirigida refiere deposiciones ocasionales de consistencia más líquida de lo habitual, sin sangre ni moco. En la exploración está pálida, ojerosa, con edemas en MMII con fóvea, abdomen distendido, globuloso, doloroso a la palpación difusa superficial, presentando en la zona perianal dos repliegues de mucosa (TAG) a las 7 y 12 horas (en decúbito supino), de consistencia dura, debajo de los cuales se objetivan dos úlceras profundas. Estadío de Tanner S2- P3, peso 37,5 kg (p3-10), índice de Shukla de 74%, IMC de 14,5. En los estudios realizados se evidencia una anemia macrocítica, hipoalbuminemia, elevación de reactantes de fase aguda y de calprotectina en heces. Se descarta proteinuria y afectación hepática. En la ecografía abdominal destaca ascitis y en la enteroRMN engrosamiento de paredes del íleon, con realce parietal en estudio con contraste, borramiento y deformidad de pliegues mucosos, engrosamiento de pliegues conniventes y pequeñas ulceras mucosas superficiales y adenopatías reactivas locorregionales, existiendo además hiperemia en grasa adyacente, hallazgos compatibles con EEI tipo E Crohn, subtipo activo; asimismo se aprecia afectación de colon descendente de iguales características. Endoscopia con dos aftas en 2ª porción duodenal e ileocolonoscopia con úlceras segmentarias lineales en colon e íleon terminal, patrón en empedrado, y lesiones aftosas, con áreas normales. Anatomía patológica que confirma el diagnóstico de E Crohn. Se inicia tratamiento con nutrición enteral exclusiva durante 8 semanas como inducción a la remisión, metronidazol, y azatioprina de mantenimiento, con evolución favorable.

DISCUSIÓN

Un examen físico cuidadoso puede poner en evidencia signos típicos de una enfermedad inflamatoria intestinal. Por ello es importante aún en casos en los que el síntoma guía no nos haga sospechar una posible enteropatía como primera opción, como los edemas en este caso, gracias a la exploración física podamos llegar al diagnóstico con mayor brevedad, iniciando el tratamiento precozmente, minimizando el daño debido al retraso diagnóstico.

P41 | *Caso Clínico*

NO ES ALERGIA, ES ESCOMBROIDOSIS

Monteagudo Vilavedra E*[1], Urricelqui Laparte G[1], Sánchez Domínguez A[1], Escolar Martín J[1], Vázquez Gómez L[1]

[1] *Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.*

PRESENTACIÓN DEL CASO

A continuación se presentan dos casos de una de las intoxicaciones por pescado más frecuentes en el mundo, la escombroidosis.

DESARROLLO

Escolar de 8 años con antecedentes de hiperreactividad bronquial, sin alergias conocidas, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de flushing y eritema súbito más marcado en facies y tórax. Su madre presenta el mismo tipo de eritema generalizado, mínimamente pruriginoso, sin otro tipo de lesiones cutáneas y de aparición en las últimas 2 horas. Como clínica acompañante el escolar presentó conjuntivitis, sin edema de úvula y con auscultación cardiopulmonar normal. En la anamnesis dirigida refieren ingestión de palometa negra 30 minutos antes de la aparición del eritema, el pescado había permanecido sin congelar más de 24 horas. Con la sospecha de intoxicación histamínica se administra dexclorfeniramina con remisión de la sintomatología en los minutos siguientes. En este caso además, se trataba de una intoxicación familiar puesto que la madre había presentado otros síntomas de la escombroidosis como sofoco y diarrea a los pocos minutos de la ingestión del pescado. De manera semejante, se presentó un escolar de 10 años que tras ingerir atún enlatado abierto más de 24 horas presentó eritema generalizado en cabeza, tronco y miembros superiores, cefalea y palpitaciones. Ante la sospecha de escombroidosis se administró una dosis de dexclorfeniramina (a 0,05 mg/kg) con rápida remisión de los síntomas.

DISCUSIÓN

- La escombroidosis es una intoxicación a menudo infradiagnosticada o etiquetada como reacción alérgica. Se produce por consumo de pescados de carne oscura de la familia Scombridae (atún, bonito, caballa) y otros no escómbridos cuando éstos se mantienen en condiciones inadecuadas de conservación. - Los síntomas aparecen precozmente, 15-90 minutos tras la ingesta; aunque recuerdan a una alergia son debidos a concentraciones elevadas de histamina en el pescado. - El diagnóstico es clínico, basado en la anamnesis, pudiendo confirmarse midiendo niveles de histamina en sangre. - Los signos y síntomas son variables, presentando predominantemente afectación cutánea, así como clinica digestiva (diarrea, náuseas), sensación de calor peribucal o síntomas circulatorios o respiratorios. - El pronóstico es bueno en general, con resolución espontánea en las siguientes horas. En casos moderados es recomendable administrar antihistamínicos orales, pues el cuadro puede llegar a producir dificultad respiratoria y taquicardia. - Para su prevención es importante una correcta manipulación y refrigeración del pescado (la cocción no evita la intoxicación, solo la refrigeración a < 0º C impide la formación de la histamina).

P42 | *Caso Clínico*

INTOXICACIÓN POR PRODUCTOS DE USO DOMÉSTICO: NO TODAS SON FALSAS ALARMAS

Pérez Vila M*[1], Barrueco Ramos C[2], Varela Ferreiro N[2], Pérez Tato H[2], Trincado Aller N[3], Yañez Mesía S[2], Pardo Vázquez J[2]

[1] Servicio de pediatría. Hospital Teresa Herrera Materno-Infantil A Coruña. [2] Servicio de pediatría. Hospital Teresa Herrera Materno-Infantil de A Coruña. [3] Servicio de pediatría. Hospital Teresa Herrera Meterno-Infantil de A Coruña.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Las intoxicaciones suponen el 0.3% de las consultas en los servicios de urgencias pediátricas, dentro de las cuales, los hidrocarburos representan una de las principales causas, en torno el 9% de las intoxicaciones. A temperatura ambiente se encuentran en estado líquido con la posibilidad de desprender vapores, por lo que la principal vía de intoxicación es la inhalatoria. En la mayoría de ocasiones cursan de forma asintomática sin provocar complicaciones, pero pueden provocar patología grave.

DESARROLLO

Niño de 2 años y 10 meses que es traído al servicio de Urgencias tras ingesta accidental de aproximadamente 15 ml de líquido antimosquitos (compuesto Tetradecano). A su llegada destaca triángulo de evaluación pediátrica inestable con apariencia y respiratorio alterados, a la exploración física presenta polipnea con tos persistente y palidez cutánea asociando tendencia al sueño. Se contacta con Toxicología que recomienda mantener dieta absoluta 12 horas, protección gástrica, evitar provocación del vómito y vigilancia respiratoria durante 24 horas. Se realiza gasometría venosa en la que destaca acidosis respiratoria, radiografía de tórax sin evidencia de consolidación pulmonar y analítica sanguínea sin alteraciones significativas. A las 4 horas de su llegada inicia fiebre con pico máximo de 39,7ºC y a la auscultación presenta espiración alargada, taquicardia y taquipnea, precisando aporte de oxígeno con gafas nasales. Ante la clínica se decide ingreso en planta de hospitalización y dado el riesgo de neumonitis se inicia antibioterapia empírica con amoxicilina-clavulánico. A las 36 horas del inicio del cuadro se repite radiografía de tórax en la que se objetiva consolidación en lóbulo medio compatible con broncoaspiración.

DISCUSIÓN

La intoxicación por hidrocarburos es una causa frecuente de intoxicación en pediatría. Son difíciles de detectar con estudios de laboratorio (no existen test específicos), su diagnóstico se basa en la sospecha por la historia clínica y los síntomas del paciente. Su ingesta/inhalación puede resultar en una amplia variedad de síntomas siendo los más frecuentes a nivel de SNC con confusión y sedación, y respiratorios con alteración de la ventilación-perfusión y disnea, estos se pueden predecir si conocemos el agente, la vía de exposición y la dosis. Aunque inicialmente las pruebas radiológicas no muestren alteraciones, estas pueden comenzar a apreciarse tras 24-96 horas postexposición al tóxico.

P43 | *Trabajo Investigación*

ANÁLISIS DE RESULTADOS TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL USO DEL DETECTOR DE METALES EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE A CORUÑA

González Torres A*[1], López García G[1], Varela Ferreiro N[1], Yañez Mesía S[1], Pardo Vázquez J[1]
[1] *Pediatría. Hospital Teresa Herrera A Coruña.*

OBJETIVOS

- Estudiar el cumplimiento del protocolo de uso del detector de metales ante sospecha de ingesta de cuerpo extraño metálico en Urgencias de Pediatría - Conocer el número de radiografías que no se realizaron gracias al uso del detector de metales. - Saber el porcentaje de casos correctamente identificados mediante el detector de metales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional de los pacientes que acudieron a Unidad de Urgencias Pediátricas por sospecha de ingesta de cuerpo extraño metálico en los que se utilizó el detector de metales entre septiembre de 2018 y agosto de 2019 tras la implantación del protocolo de actuación en Urgencias.

RESULTADOS

Se ha obtenido un tamaño muestral de 20 pacientes, tras descartar dos casos en los que no se utilizó correctamente el protocolo de actuación, nuestra muestra es de 18 pacientes. El detector de metales es positivo en 8 de los casos, siendo 6 detectado por debajo de la apófisis xifoides, por lo que no se realiza radiografía. En los dos casos en los que se detecta por encima de la xifoides, se confirma localización con prueba de imagen. En 4 pacientes de los 10 en los que el detector de metales fue negativo se evidencia cuerpo extraño metálico en la radiografía (uno de ellos una moneda, los demás piezas pequeñas). En los otros 6 se descarta la ingestión mediante prueba de imagen.

CONCLUSIONES

Se produjo una reducción del número de radiografías desde la adquisición del detector de metales y su incorporación al protocolo de actuación. El detector de metales es un adecuado de método de screening ante este motivo de consulta en Urgencias. Sería necesaria una muestra más amplia para poder conocer en mayor medida el impacto de la introducción del detector de metales en el protocolo de actuación.

P44 | *Trabajo Investigación*

UTILIDAD DOCENTE DE LA SIMULACIÓN AVANZADA EN RCP NEONATAL Y PEDIÁTRICA DURANTE LOS ESTUDIOS DE GRADO

Espinosa Pereiro C*[1], Fiel A[1], Liñares P[1], González Colmenero E[1], Durán Fernández Feijóo C[1], Concheiro Guisan A[1], Fernández Lorenzo J[1]

[1] *Pediatría e áreas específicas. Hospital Álvaro Cunqueiro.*

OBJETIVOS

La Simulación Avanzada ha demostrado su utilidad docente en la formación de los profesionales en técnicas de reanimación cardio-pulmonar. Por otra parte, en los estudios de grado de las distintas actividades sanitarias, la simulación tiene cada vez un mayor protagonismo. En nuestra aula de Simulación Avanzada realizamos anualmente formación obligatoria en RCP pediátrica y neonatal para los alumnos de Medicina y Enfermería. Los alumnos otorgan su consentimiento para la grabación en video de los cursos basados en escenarios reales y casos prácticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cualitativo realizado mediante encuestas cumplimentadas por los alumnos de Medicina (sexto curso) y Enfermería (cuarto curso) de nuestro centro que realizaron su formación en RCP mediante Simulación en el curso 2018-2019. Intentado evaluar su nivel de satisfacción y consecución de
OBJETIVOS. También se estudiaron otras variables relacionadas con el aprendizaje basado en simulación y el entrenamiento en RCP.

RESULTADOS

Se recogieron 48 encuestas (24 de cada grado) de un total de 110 alumnos encuestados (participación 43%). Los alumnos habían tenido experiencias docentes con simulación distintas a la RCP en un 25% en Medicina y un 33% en Enfermería. Un 17% habían recibido previamente formación específica en RCP pediátrica, la gran mayoría estudiantes Medicina. El 88% global habían recibido cursos de RCP de adultos con simuladores. El 46% se habían enfrentado a emergencias vitales en su vida personal o profesional, siendo esto más frecuente en el personal de enfermería (p ,01). En cuanto al nivel de satisfacción, todos los alumnos valoraron el curso por encima de 7 puntos (escala Likert de 0 a 10). Y el 77% por encima de 9 puntos. La mayoría encontró los escenarios simulados adecuadamente reales, solo 4/48 los valoraron con menos de 5 puntos (escala 0-10). El mismo reducido número refiere sentirse incómodo al ser grabado en video. Tras el curso el 96% de los alumnos refieren sentirse más seguros a la hora de enfrentarse a una emergencia vital en un medio hospitalario y el 85% en el extrahospitalario.

CONCLUSIONES

La introducción de la simulación en los programas docentes de grado aún es incompleta y la formación en RCP pediátrica y neonatal limitada antes del último curso. La realización de estos talleres ha sido bien recibida por los alumnos, considerándola de gran necesidad para poder enfrentarse de forma más segura y resolutiva a situaciones de PCR, independientemente de la rama sanitaria a la que pertenezcan.

P45 | *Caso Clínico*

POLICITEMIA SECUNDARIA, LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Quintana Cepedal I*[1], Regueiro García A[2], Gómez Silva G[2], Rujido Freire S[2], Martínez Soto I[3], López Abel B[3]
[1] Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago. [2] Hematología y Oncología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago. [3] Cardiología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago.

PRESENTACIÓN DEL CASO

La policitemia es un hallazgo analítico poco frecuente en Pediatría que requiere la realización de una anamnesis y exploración física dirigidas a detectar la causa subyacente de la misma. Presentamos el caso clínico de una paciente con policitemia secundaria a hipoxemia.

DESARROLLO

Mujer de 7 años, sin antecedentes personales relevantes, derivada desde Atención Primaria para estudio de policitemia detectada en un análisis sanguíneo realizado por dolor abdominal y confirmada en un control analítico posterior (Hb 17.6 g/dl, Htco 50.9%, Hematíes 6.11x106). No tiene historia de cefalea, astenia ni fatiga con el ejercicio. En la historia familiar destaca que su madre presenta una enfermedad de Rendu-Osler-Weber, con clínica hemorrágica intestinal y epistaxis de repetición. En la exploración física presenta buen estado general, con cianosis leve peribucal. La auscultación cardiopulmonar es normal, no asocia signos de distrés ni hepatoesplenomegalia. Tiene una telangiectasia nasal, sin otros hallazgos destacables en la exploración. SatO2 85%, siendo el resto de constantes normales. Se realiza una exploración cardiológica y valoración de función pulmonar que resultan normales y se solicita una radiografía de tórax que evidencia una condensación situada en hemitórax derecho. Ante la sospecha de malformación vascular se completa estudio con angioTC torácico que confirma la presencia de una malformación arteriovenosa vascular (MAV) localizada en el lóbulo inferior derecho, con un nidus de 4 cm, tres aferencias arteriales y un drenaje venoso que desemboca directamente a la aurícula izquierda. Asimismo se realiza una ecografía abdominal (normal) y una RM cerebral que demuestra la presencia de 4 malformaciones arteriovenosas pequeñas con nidus cortical. Con la sospecha clínica de enfermedad de Rendu-Osler-Weber (antecedente familiar de primer grado, telangiectasia cutánea, MAV pulmonar) se solicitó estudio genético. Ante la presencia de MAV pulmonar con evidencia de fístula izquierda-derecha se decide derivar a la paciente al Centro de referencia para tratamiento de la misma.

DISCUSIÓN

Ante la presencia de una policitemia debemos excluir las causas secundarias, principalmente cardíacas o respiratorias, para lo cual es imprescindible realizar una correcta anamnesis y exploración física. De especial relevancia en este caso es el antecedente familiar (antecedente de primer grado con enfermedad de Rendu-Osler-Weber) que en ocasiones puede pasar desapercibido al estar asociado en este caso a síntomas hemorrágicos.

P46 | *Trabajo Investigación*

CONOCIMIENTO DE PADRES Y NIÑOS SOBRE LAS TÉCNICAS INHALATORIAS Y EL TRATAMIENTO DOMICILIARIO DE LA CRISIS ASMÁTICA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Fernández Patiño R*[1], Espinosa Pereiro C[1], Novoa Carballal R[1], Balado de las Insunza M[1], de Benito Basanta L[1], Fernández Lorenzo J[1]

[1] *Pediatría. Hospital Álvaro Cunqueiro.*

OBJETIVOS

Analizar los aspectos clínicos, el control y el manejo terapéutico domiciliario de las crisis asmáticas en niños, identificando y educando a los pacientes sobre los errores, con un contacto posterior para reevaluar los cambios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico cuasiexperimental, de antes y después, y longitudinal en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo) durante entre los meses de diciembre de 2017 y febrero de 2018.

RESULTADOS

Se obtuvo un tamaño muestral de 40 pacientes, con un ligero predominio de varones (52,5%). La edad media de los participantes fue de 44,78 meses, siendo el 57,5% menor de 4 años. El 90% desarrolló su primera crisis antes de los 2 años y el 45% tenía 2 o menos crisis anuales. En cuanto a los síntomas, el 82,5% de los niños había tenido clínica diurna en las 4 semanas previas, y el 60% nocturna. El 62,5% utilizaba tratamiento de mantenimiento, mayoritariamente budesonida inhalada, y el 100% de los casos tomaba salbutamol en cámara para el momento de la exacerbación. El sistema de inhalación más utilizado fue la mascarilla, en el 87,5% de los pacientes. Los errores más frecuentes fueron: no agitar el inhalador entre cada dosis (55%), no esperar al menos 30 segundos entre cada inhalación (42,5%), no realizar una espiración previa (37,5% de los mayores de 7 años), no realizar una apnea posterior (37,5% de los mayores de 7 años) y tumbarse durante las inhalaciones (15%). En el contacto telefónico posterior, el 60% corrigió totalmente las maniobras explicadas.

CONCLUSIONES

Los errores en la técnica inhalatoria del asma son muy frecuentes. La educación por parte del personal sanitario juega un papel fundamental en el entrenamiento del uso de las cámaras de inhalación en los pacientes asmáticos.

P47 | *Trabajo Investigación*

¿QUÉ SABEN LOS PADRES SOBRE LA CARDIOPATÍA CONGÉNITA DE SUS HIJOS?

Mariño García P[1], Fuertes Moure Á[2], Fernández González S*[1], Marcos Alonso S[3], Lozano Balseiro M[3], García Hernández I[3], Rueda Nuñez F[3]

[1] Servicio de Pediatría.. H. Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña).. [2] Servicio de Pediatría. Unidad de Cardiología Infantil.. H. Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña). [3] Servicio de Pediatría. Unidad de Cardiología Infantil.. H. Teresa Herrera Materno Infantil (A Coruña)..

OBJETIVOS

Las cardiopatías congénitas son una de las malformaciones congénitas más frecuentes y gracias a los avances diagnóstico y terapéuticos su prevalencia está aumentando en los últimos años. La mayoría de las cardiopatías son susceptibles de una corrección total o parcial, persistiendo defectos residuales lo que las convierte en una patología crónica. El conocimiento de la enfermedad por parte de los padres es un factor determinante en la promoción de la salud, influyendo en el comportamiento relacionado con la salud y la calidad de vida de estos niños enfermos. El objetivo del presente estudio es evaluar cómo es el conocimiento de la enfermedad y la percepción de la misma en padres de niños con cardiopatías congénitas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en un período de 6 meses en un Centro Terciario de Cardiología Pediátrica. Participaron 130 padres (incluye padres y madres) de niños con cardiopatías congénitas (con una edad comprendida entre los 3 meses y 17 años; siendo el 58% niños). Esta evaluación se realiza a partir de un cuestionario anónimo que consta de 15 ítems, agrupados en 4 dominios: nombre y naturaleza de la cardiopatía, impacto de la enfermedad en la calidad de vida, percepción de enfermedad y repercusión de la misma a nivel social.

RESULTADOS

El 77 % de los padres de niños con cardiopatías congénitas conocen el nombre de su enfermedad, sin embargo, el 48 % de ellos no la comprenden. El 40% de los padres creen que la cardiopatía congénita de sus hijos tiene cura. El 94% de los mismos cree que su enfermedad no supone un problema en términos de relaciones sociales, refiriendo el 80% que pueden realizar una vida diaria similar a niños sanos de su misma edad. Únicamente el 13% de los padres cree que sus hijos no se sienten bien en términos generales de salud.

CONCLUSIONES

Existe un escaso conocimiento sobre la enfermedad de sus hijos en los padres de niños con cardiopatías congénitas. Es importante y necesario intensificar la educación de las familias de estos pacientes, ya que tienen un papel fundamental a la hora de apoyar al paciente y favorecer conductas que mejoren la calidad de vida, impartiendo este conocimiento a sus hijos con el objetivo de mejorar el comportamiento relacionado con la salud

P48 | *Trabajo Investigación*

ASPECTOS DEL SÍNDROME DE WILLIAMS EN EDAD PEDIÁTRICA: UNA REVISIÓN DE CASOS

Castro Tabuenca E*[1], García Vázquez M[1], Santos Pérez S[1], Eirís Puñal J[1], Martínez Soto M[1], López Abel B[1]
[1] *Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.*

OBJETIVOS
El síndrome de Williams es una enfermedad rara causada por una deleción en el cromosoma 7 que en la mayoría de casos sucede de novo. Además de unos rasgos faciales peculiares y una personalidad extrovertida, las manifestaciones más frecuentes son a nivel cardiológico (como estenosis aórtica supravalvular u otras anomalías del tracto aórtico como la estenosis de aorta media, hipertensión arterial) y neurológico (discapacidad intelectual, retraso psicomotor o trastorno por déficit de atención), junto con alteraciones endocrinas y gastrointestinales. Nuestro objetivo es describir los datos clínicos, diagnósticos y evolutivos de una serie de pacientes afectados de síndrome de Williams.

MATERIAL Y MÉTODOS
Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de síndrome de Williams durante los últimos 20 años pertenecientes al área sanitaria de un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos, evolutivos y de pruebas complementarias.

RESULTADOS
Se han estudiado un total de 8 pacientes, con predominio del género femenino (62’5%) y con una edad al diagnóstico inferior a 3 años en un 87’5% e inferior al año en un 37’5%. En la mayoría fueron la fascies peculiar y las alteraciones cardiológicas lo que motivaron el estudio genético, que recientemente se ha realizado mediante amplificación por reacción en cadena de la polimerasa (62’5%). Todos presentan alteraciones cardiológicas, incluyendo patología aórtica e hipertensión arterial en un 62’5% de casos y precisando tratamiento antihipertensivo en 4 de ellos. El 75% presenta discapacidad intelectual que suele ser leve y también se detectan otras patologías neurológicas como TDAH, TEA y síndrome de West. Otras patologías frecuentemente encontradas son: hipotiroidismo, hernias, estrabismo y escoliosis. La evolución de la mayoría es favorable, con afectación moderada-leve en su vida diaria; únicamente un niño falleció a los 17 meses por descompensación de su cardiopatía de base en contexto de deshidratación.

CONCLUSIONES
Aunque poco frecuente, el síndrome de Williams es una entidad a tener en cuenta ante hallazgos como los encontrados en nuestros pacientes. Éstos coinciden con las descripciones halladas en la bibliografía, encontrando una alta prevalencia de patología aórtica como la característica estenosis aórtica supravalvular, hipertensión arterial y discapacidad intelectual. El seguimiento estrecho y abordaje multidisciplinar es fundamental en estos pacientes.

P49 | *Caso Clínico*

LUPUS : LA ENFERMEDAD DE LAS MIL CARAS.

Dorribo Dorribo E*[1], Juberías Alzueta C[1], Antuña Fernández M[1], Niño Grueiro I[1], Almuíña Simón C[1], Pérez Pacín R[1]

[1] *Pediatría. Hospital Universitario Lucus Augusti.*

PRESENTACIÓN DEL CASO

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica idiopática. Afeta predominantemente al sexo femenino y se suele diagnosticar a partir de la primera década de vida. Las manifestaciones del LES pueden aparecer a cualquier nivel, y para su diagnóstico es necesario cumplir cuatro criterios, incluyendo al menos uno inmunológico y uno clínico. Con estos casos clínicos queremos ilustrar diferentes formas de debut del LES.

DESARROLLO

Caso 1: Niño de 11 años, sin antecedentes de interés, que ingresa por trombopenia y adenopatías generalizadas. No síndrome constitucional acompañante. Tras anamnesis dirigida refiere artralgias, episodios de cefalea y fotosensibilidad. En analítica y estudio de autoinmunidad destacan Coombs positivo, disminución de fracciones del complemento, ANA, anticuerpo ribosomal y AntiDNA bicatenario positivos, así como proteinuria y microhematuria, estableciéndose el diagnóstico de LES con grado de actividad moderado. Biopsia renal pendiente de resultado. Caso 2: Niña de 8 años, sin antecedentes de interés. Acude por episodios de artralgias desde hace 9 meses y eritema malar fotosensible, desde hace 3 semanas. En analítica destaca ANA, ENAs, anticuerpo ribosomal y antiDNA bicatenario positivos y C4 dismiuido. A los dos años del diagnostico ingresa por proteinuria, afectación articular y eritema malar. En pruebas complementarias se objetiva anemia, albuminuria y microhematuria, por lo que se indica biopsia renal con resultado compatible con nefritis lúpica grado IV. Caso 3: Niño de 13 años, sin antecedentes de interés, acude a Urgencias por dolor en costado derecho súbito, fiebre y mal estado general. Radiografía de tórax normal al ingreso. A los 7 días aparece consolidación basal derecha con derrame pleural sugerente de neumonía y se trata con antibioterapia. Dada la falta de respuesta al tratamiento y los antecedentes del paciente (rash perinasal fotosensible y linfopenia en dos ocasiones previas), se estudia la posibilidad de neumonitis lúpica, solicitándose TAC con hallazgo de TEP bilateral con infartos pulmonares derechos. Adicionalmente se diagnostica TVP de vena femoral izquierda. Estudio de autoinmunidad con ANA, ENAs y anticuerpo antiDNA bicatenario positivos y disminución de complemento. Estudio de coagulación y síndrome antifosfolípido normales.

DISCUSIÓN

El LES es una enfermedad multisistémica cuyo diagnóstico pude demorarse debido a que al inicio no aparezcan todos los criterios diagnósticos. Por ello debemos realizar un adecuado seguimiento de aquellos niños en los que aparezco algún síntoma sugerente de esta patología, principalmente a nivel hematológico, mucocutáneo, musculoesquelético o renal.

P50 | *Trabajo Investigación*

ENFERMEDAD DE KAWASAKI:ANÁLISIS CLÍNICO Y MANEJO HOSPITALARIO EN EL ÁREA SANITARIO DE VIGO.

Barreiro Carballo L*[1], Gonzalez Cabaleiro I[1], Parente Campos, C[2], Fiel Ozores A[1], Vaqueiro Graña M[1], Fernandez Santamarina I[1], Suarez Otero G[1], Lemos M[1], Portugués de La Red M[1], Fernandez Lorenzo J[1]
[1] Pediatria. Hospital Alvaro Cunqueiro. [2] Estudiante. Universidad Santiago de Compostela.

OBJETIVOS

Describir las características, clínicas, analíticas y epidemiológicas de los pacientes ingresados por Enfermedad de Kawasaki (EK) en el Servicio de Pediatría del Área Sanitario de Vigo en los últimos 11 años, analizando la presentación clínica, instauración precoz del tratamiento y su repercusión en las secuelas cardiológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de los pacientes menores de 15 años ingresados en el Hospital de Vigo con diagnostico al alta de EK desde enero 2008 a septiembre 2019. Los datos se recogieron anonimizados, tras la revisión de historias clínicas y se compararon con lo publicado en la literatura científica.

RESULTADOS

De los 27 pacientes diagnosticados de EK, el 40% son menores de 2 años con patrón estacional en primavera (37%) sin un claro predominio por el sexo. El 60% se presenta como EK completo. Las formas incompletas son más prevalentes en menores de 6 meses. La fiebre (96%), alteraciones mucosas (81%) y elevación de los reactantes de fase aguda (PCR en 100% y VSG en 90%), son los signos cardinales de la enfermedad. Excepto un caso, todos fueron tratados precozmente con gammaglobulina IV (IGIV) y acidoacetilsalicilico (AAS) antes de completar 10 días de fiebre, con un tiempo medio de 7 días en EK completo y de 8 días en EK incompleto . El 93% presentaron buena respuesta clínica sin ningún caso de resistencia. Siete pacientes (26%) desarrollaron alteraciones coronarias transitorias y solo en un caso, tratado al 13 día de fiebre, persiste aneurisma gigante .

CONCLUSIONES

La EK es un reto debido a las manifestaciones clínicas inespecíficas, las diferentes formas de presentación y a la ausencia de marcador específico de la enfermedad lo que conlleva en ocasiones a retraso diagnóstico y consecuentemente aumentan las complicaciones cardiacas. Debe considerarse siempre en el diagnóstico diferencial de una fiebre prolongada en niños y apoyarnos para el diagnóstico en valores analíticos . El NT-proBNP es un nuevo marcador que apoya el diagnóstico y podría relacionarse con el pronóstico. Actualmente, las guías más recientes estratifican a los pacientes según edad e intensidad de la enfermedad, conociendo así los factores predictores de refractariedad, para decidir si asociar glucocorticoides al tratamiento inicial. En nuestra serie, el tratamiento con IGIV se inició antes del 10º día de enfermedad lo que se asocia a escasas secuelas y complicaciones cardiológicas, por lo que podemos concluir que el manejo de Enfermedad de Kawasaki es adecuado.

Sociedad de
Pediatría de Galicia