

logo

LXVIII Congreso de la Sociedad Gallega de Pediatría

OURENSE, 1-2 de DICIEMBRE 2017

PROGRAMA

LIBRO DE COMUNICACIONES

**ÍNDICE**

* Carta de bienvenida. ……………………………… 4
* Información general y adicional. ……………. 6
* Programa científico. ……………………………… 11
* Índice de sesiones. ………………………………… 15
* Comunicaciones orales. ………………………… 32
* Pósters. ………………………………………………… 58
* Colaboradores. …………………………………….. 127

**BIENVENIDA AL CONGRESO**

Queridos amigos y compañeros:

La Sociedad de Pediatría de Galicia nació en Santiago de Compostela el 6 de marzo de 1950, por iniciativa del Prof. Manuel Suárez Perdiguero, que fue su primer Presidente. Ese mismo año celebró su primer Congreso Anual en A Coruña. En 1951 desarrolló el segundo Congreso en Santiago de Compostela. Sesenta y seis años después, los días 11 y 12 de noviembre de 2016, de nuevo en Santiago, se celebrará el LXVII Congreso de la Sociedad de Pediatría de Galicia (SOPEGA), que tenemos el inmenso honor de presidir. De los miembros de nuestra Sociedad en la década de los 50 del pasado siglo, queda felizmente un testigo de excepción, nuestro Presidente de Honor el Profesor José Peña Guitián y otros tantos tan significados. De la década de los sesenta todavía tenemos la fortuna de contar con bastantes compañeros, algunos incluso en ejercicio activo de la profesión. De la década de los 70 son muchos más los que viven y aun trabajan como pediatras. El resto lo componen un importantísimo número de compañeros, que dignifican con acierto la Especialidad.

Como Presidentes del Comité Organizador de este nuevo Congreso de la SOPEGA es para nosotros un honor poder convocarte, bien sea como miembro activo o como jubilado, para que participes en nuestro Congreso pediátrico gallego. Cuanto mayor sea la afluencia, mejor podremos analizar y confrontar los conocimientos científicos y su evolución a lo largo de estos años. Por ello, a nosotros y en este momento complicado de nuestra Especialidad por las razones que todos conocemos, nada nos honraría más que obtener una respuesta cumplida a esta convocatoria. Además en esta ocasión, como siempre ha sido, sería una gran oportunidad para poder confraternizar y entablar una relación más estrecha entre las distintas generaciones que han estado y están al servicio de los niños gallegos.

Por todo ello te animo a que asistas y, si es posible, aportes los trabajos científicos pediátricos, de carácter actual, evolutivo o histórico. El Comité Científico no tendrá otra exigencia que el rigor requerido.

Por nuestra parte pondremos todo nuestro empeño —ya estamos trabajando en ello— para que la organización sea satisfactoria y, además de incrementar nuestros conocimientos, a través de las aportaciones de todos, tengas una estancia agradable en la ciudad de Ourense.

En nombre del Comité Organizador, del Comité Científico y de la Junta Directiva, te expresamos de antemano el agradecimiento por tu posible asistencia.

Un fuerte abrazo

*Susana Mª Rey García Y Manuel Sampedro Campos*

*Presidentes del Comité Organizador*

**DATOS GENERALES**

**ENTIDAD ORGANIZADORA:**

Sociedad de Pediatría de Galicia

C/ San Pedro Mezonzo, 39

15701 SANTIAGO DE COMPOSTELA

G–15132525

**SEDE DEL CONGRESO:**

Centro Cultural de la Diputación de Ourense “Marcos Valcárcel”

Calle Progreso, 30

32003 OURENSE

Teléfono: 981 317895

**SECRETARÍA TÉCNICA:**

Compostela congresos S.L.

Correo electrónico: sopega2017@compostelacongresos.com

info@compostelacongresos.com

Teléfono: 902 908 058 // 636 011 228

Web: http://sopega2017.compostelacongresos.com

**JUNTA DIRECTIVA:**

Presidente:

José Ramón Fernández Lorenzo

Vicepresidente 1º:

Ángel López-Silvarrey Varela

Vicepresidente 2º (Atención Primaria):

Manuel Sampedro Campos

Vicepresidente 3º (Pediatría hospitalaria):

Ana Concheiro Guisán

Vicepresidente de Especialidades:

Mª Luz Couce Pico

Vicepresidente de Cirugía Pediátrica:

Iván Somoza Argibay

Secretaria:

Pilar A. Crespo Suárez

Vicesecretaria:

Josefa Ares Álvarez

Tesorera:

Teresa Valls Durán

Vocales:

A Coruña: Alejandro Ávila Álvarez

Lugo: Manuel Silveira Cancela

Ourense: Susana Mª Rey García

Pontevedra: Vacante

Ferrol: José Luaces González

Santiago: M José Méndez Bustelo

Vigo: Juan José Loira Costas

Rpte. MIR: Ana Carnicero Iglesias

**COMITÉ DE HONOR:**

Alberto Núñez Feijoo. *Presidente. Xunta de Galicia.*

Jesús Vázquez Almuiña. *Conselleiro de Sanidade. Xunta de Galicia*

Jesús Vázquez Abad. *Alcalde. Concello de Ourense*

José Manuel Baltar Blanco. *Presidente. Deputación de Ourense*

Dionisio López Bellido. *Xerente. Área de Xestión Integrada de Ourense-Verín-O Barco de Valdeorras*

José Ramón Fernández Lorenzo. *Presidente. SOPEGA.*

**COMITÉ ORGANIZADOR:**

Presidentes:

Susana María Rey García

Manuel Sampedro Campos

Vocales:

Ana Villares Porto-Domínguez

Gemma Nóvoa Gómez

Noemí Conde Lorenzo

Berta Collarte Rodríguez

Julio Fontenla García

Sara Fernández Viso

Inmaculada Torre Rodríguez

Juan Manuel Capelo Míguez

**COMITÉ CIENTIFICO:**

Presidentes:

Santiago Fernández Cebrián

Montserrat Berrocal Castañeda

Vocales:

Teresa González López

Félix Vadillo González

José María Iglesias Meleiro

Nathalie Carreira Sande

Alicia Sardina Ríos

Clara Gil González

Jorge Otero

María Jesús Pereira

Estrella Pérez

**PLANO DEL RECINTO Y EXPOSICIÓN**

**COMERCIAL**

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

**Recepción de presentaciones:** Las ponencias deben entregarse en sede, 30 minutos antes de su presentación en la Secretaría Técnica. Las presentaciones de las comunicaciones orales deberán entregarse en la Secretaría Técnica de Audiovisuales la mañana previa al ingreso, como máximo.

**Pósters:** Los pósters se presentarán en pantallas multimedia situadas en el Patio Principal, frente a la exposición comercial.

**Certificados:** Están a su disposición los Certificados de Asistencia, Ponencias, Moderadores, Comunicaciones orales y Pósters en formato digital. Para retirar el certificado debe entrar en su área de participante con sus claves en la web: [http://sopega2017.compostelacongresos.com](http://sopega2017.compostelacongresos.com/). Para cualquier duda, diríjase a [pediatria2017@compostelacongresos.com](mailto:pediatria2017@compostelacongresos.com)

**Premios:**

* Premio a la mejor comunicación de Neonatología, otorgado por la Asociación Gallega de Neonatología (ASOGANE).
* Premio a la mejor comunicación de atención primaria, otorgado por la Asociación Gallega de Atención Primaria (AGAPAP)
* Premio a la Cooperación Nacional e Internacional en la infancia.
* Premios (1º y 2º) a la mejor comunicación oral.
* Premios (1º y 2º) al mejor póster.
* Congreso declarado de interés sanitario con el

Congreso declarado de interés sanitario con el

número de expediente SA301A2017/9-3 de fecha

11 de Julio de 2017.

* número de expediente SA301A2017/9-3 de fecha
* 11 de Julio de 2017.

**PROGRAMA CIENTÍFICO**

**Viernes 1 de Diciembre**

**AULA DOCENTE**

**10:00 – 14:00 h** **Taller I:** *“Taller de simulación en urgencias pediátricas”.*

Ponentes: Dr. *Luis Sánchez* (Cordinador de Docencia del 061), Dr. *Antonio Rodríguez Núñez* y Dr. *Manuel Fernández Sanmartín* (Adjuntos UCI Pediátrica CHUS).

**SALÓN DE ACTOS**

**16:30 – 18:30 h** **Comunicaciones orales.**

Moderadores: Dr. *José Couceiro Gianzo* (Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra) y *Dr. Roberto Pérez Pacín* (Complexo Hospitalario Universitario de Lugo).

**ZONA EXPOSICIÓN COMERCIAL**

**16:30 – 18:30 h Presentación de pósters**

Moderadores: Dra. *Mª José Méndez Bustelo* (Área de Pediatría de Atención Primaria EOXI Santiago), Dra. *Mª Jesús González Pereira* (Área Pediatría de atención Primaria EOXI Ourense), Dra. *Inmaculada Torre Rodríguez* (Área Pediatría de atención Primaria EOXI Ourense) y Dr. *Santiago Fernández Cebrián* (Complexo Hospitalario Universitario de Ourense).

**AULA DOCENTE**

**16:30 – 17:30 h Taller II:** “*Actualización de diagnóstico y tratamiento de Tuberculosis en España”*.

Ponente: Dra. *Catarina Sevivas* *Fontoura* (Complexo Hospitalario de Ourense).

**AULA PRINCIPAL**

**17:30 – 18:30 h** **Mesa Resonda I:** *“Signos de alarma en la detección del maltrato infantil y la violencia de género.”*

Moderador: Dr. *Jerónimo J. Pardo Vázquez* (Complexo Hospitalario Universitario A Coruña).

Ponentes: D. *José Manuel Ucha López* y Dña. *Carmen Eiró Bouzas* (Fiscalia de Menores Ourense).

**18:30 – 18:50 h** **Descanso. Café.**

**SALÓN DE ACTOS**

**18:50 – 19:15 h Inauguración oficial.**

**19:15 – 20:30 h Mesa Redonda II:** *“Situación actual de las terapias de desensibilización en las alergias infantiles.”*

Moderador: Dr. *Federico Martinón Torres* (Complexo Hospitalario Universitario de Santiago).

Ponente: Dra. *Leticia Vila Sexto* (Complexo Hospitalario Universitario A Coruña).

**21:30 h** **Cena oficial. Restaurante Pingallo**

**Sábado 2 de Diciembre**

**ZONA EXPOSICIÓN COMERCIAL**

**08:30 - 10:00 h Presentación de pósters**

Moderadores: Dr. *Juan J. Loira Costas* (Área de Pediatría de Atención Primaria EOXI Vigo); Dra. *Teresa Valls Durán* (Área de Pediatría de Atención Primaria EOXI Vigo); Dr. *Jorge Otero Esteban* (Área de Pediatría de Atención Primaria EOXI Ourense) y Dra. *Josefa Ares Álvarez* (Área de Pediatría de Atención Primaria EOXI Pontevedra).

**SALÓN DE ACTOS**

**08:30- 10:00h**  **Comunicaciones orales**.

Moderadores: Dr. *José Luaces González* (Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol) y Dr. *Iván Somoza Argibay* (Complexo hospitalario Universitario de A Coruña).

**10:00 - 11:15 h Mesa Redonda III: *“Tratamiento de los trastornos del sueño“***

Moderador: Dr. *Manuel Silveira Cancela* (Hospital Da Costa de Burela)

*“Abordaje de la patología del sueño en atención primaria.”*

Ponente: Dr. *Manuel Sampedro Campos* (Área de Pediatría de Atención Primaria EOXI Ourense)

*“Terapias cognitivo conductuales y uso de la melatonina en los trastornos del neurodesarrollo”.*

Ponente: Dr. *G. Pin Arboleda* (Hospital Quirón - Valencia)

**11:15 - 11:45 h**  **Descanso. Café.**

**11:00 - 12:00 h Elecciones Junta Directiva**

**11:45 – 12:45 h** **Conferencia:** *“Futuro de la pediatría y sus subespacialidades.”*

Ponente: Dr. *José Ramón Fernández Lorenzo* (Presidente SOPEGA)

**12:45 - 13:15 h** **Entrega de Beca de Investigación 2017.**

**Presentación becas investigación SOPEGA 2015-2016.**

**13:15 - 14:00 h** Resultados Elecciones Junta SOPEGA 2017

Asamblea General Sopega.

Entrega de Premios: Cooperación Nacional e Internacional en la Infancia, Premio AGAPAP, Premio ASOGANE.

Entrega de premios a las mejores comunicaciones del Congreso.

Homenaje al Dr. Federico Martinón y Dr. José Luis García.

**14:30 h Cóctel de clausura. Restaurante Monterrey.**

**ÍNDICE DE SESIONES**

**COMUNICACIONES ORALES**

**VIERNES 1:**

**O01: DRENAJES PLEURALES, NUESTRA EXPERIENCIA EN 10 AÑOS.**

Sandín Fernández D (1), Sarmiento Carrera N (1), García Alonso L (1), Novoa Illanes A (2), Alvarez Demanuel D (1), Ortiz Pallares, M (1), Meijide del Río F (1), Fernández Lorenzo J (1).

(1) Pediatría, Hospital Alvaro Cunqueiro. (2) Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

**O02: ACCIDENTES CEREEBROVASCULARES: REVISIÓN DE NUESTROS PACIENTES.**

García Alonso L (1), Sarmiento Carrera N (1), Novoa Illanes A (2), Álvares Demanuel D (1), Ortiz Pallarés M (1), Meijide del Río F (1).

(1) Pediatría, Hospital Alvaro Cunqueiro. (2) Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

**O03: ANÁLISIS DE LAS DERIVACIONES DESDE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DEL ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA.**

Rivas Arribas L (1), García Cortázar P (2), Blanco Barca Ó (3), Couceiro Gianzo J (1), Leis Trabazo R (4).

(1) Pediatría, Hospital Provincial de Pontevedra. (2) Psiquiatría, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Pontevedra. (3) Neuropediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. (4) Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

**O04: ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA RESTRICCIÓN AL CRECIMIENTO POSTNATAL EN UNA COHORTE DE RNMBP.**

Romero Rey H (1), Sucasas Alonso A (1), Vázquez Gómez L (1), Ávila Álvarez A (2), Bermúdez Hormigo C (1).

(1) Pediatría, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. (2) Pediatría, Unidad de Neonatología, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña.

**O05: PRIMERA EVALUACIÓN TRAS EL INICIO DEL TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.**

Mariño García P (1), Codias López A (1), Yañez Mesía S (2), Vázquez Cancela M (2), Pardo Vázquez J (1).

(1) Pediatría, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña. (2) Pediatría - Urgencias, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña.

**O06: ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA: UNA CONSTANTE EN LAS CONSULTAS DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA.**

Fernández Soto Z (1), Táboas Ledo M (1), Pardellas Carollo Y (1), García Burriel J (1), Cobelas Cobelas M (1), Fernández Caamaño B (1), Fernández Lorenzo J (1).

(1) Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.

**O07: BRONQUIOLITIS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ABORDAJE TERAPÉUTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.**

Dacosta Tapia P (1), Fiel Ozores A (1), Liñares Nistal P (1), González Freiría N (1), Vázquez Padín V (1), Portugués de la Red M (1), Fernández Lorenzo J (1).

(1) Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.

**O08: DISPLASIA BRONCOPULMONAR DEL PRETERMINO: BENCHMARKING DE NUESTROS RESULTADOS CON ELGRUPO ESPAÑOL DE INVESTIGACION EN DBP (GEIDIS).**

Táboas Ledo M (1), Concheiro Guisán A (1), Pumarada Prieto M (1), Fiel Ozores A (1), Rodríguez Saez M (1), Fernández Lorenzo J (1).(1) Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro

**O09: EXPERIENCIA DEL SISTEMA DE TRIAJE EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.**

Ríos López C (1), Bauluz Bárcena M (1), Ríos Duro H (1), Costa Posada U (1), Frade Pardo L (1), Novoa López A (1), Novoa Carballal, R (1), Fernández Lorenzo J (1).

(1) Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.

**O10: VALORACIÓN MULTIMODAL DEL DOLOR ASOCIADO AL CRIBADO DE RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD.**

Sucasas Alonso A (1), Vázquez Gómez L (1), Romero Rey H (1), Ávila Álvarez A (2), Eiriz Barbeito D (2), Cabana Vázquez M (3).

(1) Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. (2) Pediatría, Unidad de Neonatología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. (3) Oftalmología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

**SÁBADO 2:**

**O11: DILATACIÓN ENDOSCÓPICA EN EL MEGAURETER OBSTRUCTIVO PRIMARIO: RESULTADOS A LARGO PLAZO.**

Casal Beloy I (1), Somoza Argibay I (1), García González M (1), García Novoa M (2), Míguez Fortes L (1), Blanco Portals C (1), Dargallo Carbonell T (1).

(1) Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. (2) Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital do Salnés.

**O12: ÓXIDO NITROSO: UNA ALTERNATIVA SEGURA Y EFICAZ FRENTE A LA SEDACIÓN FARMACOLÓGICA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS E INVASIVOS.**

Casal Beloy I (1), Somoza Argibay I (1), García González M (1), Míguez Fortes L (1), Rodríguez Ruíz M (1), Blanco Portals C (1), Lema Carril A (1), Galdo Sierra M (2), Jácome Feijóo R (2), Dargallo Carbonell T (1).(1) Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. (2) Enfermería pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

**O13: UTILIDAD DE LAS ESCALAS CLÍNICAS ANTE SOSPECHA DE ABDOMEN AGUDO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.**

Fuentes Pérez N (1), Lomba Estévez M (1), Rivas Arribas L (1), Busto Cuíñas M (1), Carnicero Iglesias A (1), González Silvela I (1), Couceiro Gianzo J (1).

(1) Pediatría, Hospital provincial de Pontevedra.

**O14: ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: REVISION DE LOS ULTIMOS 20 AÑOS.**

Rodriguez Toro I (1), Miguez Campos M (1), Fernandez Cebrian S (1), Rey Garcia S (1).

(1) Pediatria, Complejo hospitalario de Ourense.

**O15: EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE ANAFILAXIA ENTRE ESTUDIANTES DE MEDICINA E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN PRÁCTICA.**

Fiel Ozores A (1), Pereiro Fernández S (1), Del Campo García A (1), Bandres Sanchez Cruzat F (1), Fernández Lorenzo J (1).

(1) Pediatria, Hospital Álvaro Cunqueiro.

**O16: INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR ENTEROVIRUS Y PARECHOVIRUS EN MENORES DE 36 MESES EN NUESTRA ÁREA: EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA Y SECUELAS.**

Fiel Ozores A (Speaker) (1), Bauluz Bárcena M (1), Ríos Duro H (1), González Durán M (1), Portugués de la Red M (1), Fernández Lorenzo J (1).

(1) Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.

**O17:** **REVISIÓN DE MENINGITIS NEONATAL POR ENTEROVIRUS PROCEDENTE DE LA COMUNIDAD.**

Carnicero Iglesias A (1), Crespo Suárez P (1), Lomba Estévez M (1), Couceiro Gianzo J (1), Fuentes Pérez N (1), Trigo Daporta M (2).

(1) Pediatría, Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra. (2) Microbiología, Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

**O18: PATRÓN DE ACILCARNITINAS NEONATAL PRECURSOR DE UN FENOTIPO METABÓLICO NO SALUDABLE.**

Sánchez Pintos P (1), Gómez Silva G (1), Mandiá N (1), Urisarri A (1), López Suárez O (1), Baña A (1), López Sanguos C (1), Pérez Muñuzuri A (1), Fernández Seara M (1), Cocho J (2), Couce Pico M (1).

(1) Neonatología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. (2) Laboratorio, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

**O19: HALLAZGOS ENDOSCOPICOS EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA PEDIATRICA. REVISION DE LOS ULTIMOS 20 AÑOS.**

Sevivas Fontoura C (1), Cabo V (1), Fernández Cebrián S (2), Fernández Viso S (2), Ferreiro Rodríguez M (2), Rey García S (1).

(1) Pediatría, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense. (2) Enfermería Pediátrica, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense.

**O20: ESCLEROSIS TUBEROSA: VARIANTES CLÍNICAS EN SU PRESENTACIÓN.**

Sevivas Fontoura C (1), Carreira Sande N (1), González López T (1), Fontenla García J (2), Rey García S (1).

(1) Pediatría, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense.

**PÓSTERS**

**VIERNES 1 DE DICIEMBRE – PANTALLA 1**

**P01: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL. NEFRITIS LÚPICA.**

Mariño García P (1), Trincado Aller N (1), Castro Aguiar S (1), Vergara Pérez I (1), Martínez Regueira S (1), Pardo Vázquez J (1).

(1) Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

**P02: MOTIVOS DE CONSULTA EN URGENCIAS EN MENORES DE TRES MESES Y DIFERENCIAS SEGÚN EDAD.**

González Méndez C (1), Yáñez Mesía S (2).

(1) Pediatría, Hospital materno infantil Teresa Herrera. (2) Urgencias pediátricas, Hospital materno infantil Teresa Herrera.

**P03: HIPOPLASIA CONGÉNITA DEL ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO.**

Mariño García P (1), Fernández Trisac J (2), Martínez Regueira S (2), Ávila Álvarez A (2), Taboada Perianes M (2), Fuentes Carballal J (2).

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

**P04: REVISIÓN DE CASOS DE PIELONEFRITIS AGUDA EN MENORES DE 36 MESES EN NUESTRA ÁREA SANITARIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.**

Vila Díaz S (1), Germil Ares I (1), Urricelqui Laparte G (1), Sánchez Dominguez A (1), Romarís Barca R (1), Torrado Chouciño A (1).

(1) Pediatría, Centro Hospitalario Universitario Arquitecto Marcide, Ferrol

**P05: REVISIÓN DE LOS PACIENTES CON ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE (NEC) INGRESADOS EN NUESTRO HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.**

Germil Ares I (1), Vila Díaz S (1), Urricelqui Laparte G (1), Sánchez Domínguez A (1), Romaris Barca R (1), Carballeira González I (1), Torrado Chouciño A (1), Luaces González J (1), Fernández Prieto R (1).

(1) Pediatría, Centro Hospitalario Universitario Arquitecto Marcide, Ferrol.

**P06: MALFORMACIONES INTERNAS CON SIMETRÍA INVERSA EN GEMELOS MONOCIGÓTICOS: HIPOPLASIA PULMONAR EN ESPEJO.**

Casal Beloy I (1), Míguez Fortes L (1), Blanco Portals C (1), García González M (1), Rodríguez Ruíz M (1), Curros Mata N (2), Lema Carril A (1), Tellado Gómez M (1), Ávila Álvarez A (3), Somoza Argibay I (1), Dargallo Carbonell T (1).

(1) Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. (2) Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario Vigo. (3) Unidad de neonatología. Servicio de Pediatría., Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

**P07: REVISIÓN DE CASOS: BRONQUILITIS AGUDA.**

Urricelqui Laparte G (1), Germil Ares I (1), Vila Díaz S (1), Sánchez Domínguez A (1), García Fernández M (1), Carballeira González I (1), Romaris Barca R (1), Fernández Prieto R (1).

(1) Pediatría, Centro Hospitalario Universitario Arquitecto Marcide, Ferrol.

**P08: FIEBRE EN EL NIÑO PROCEDENTE DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL: MALARIA.**

Sánchez Domínguez A (1), Germil Ares I (1), Vila Díaz S (1), Urricelqui Laparte G (1), Carballeira González I (1), Torrado Chouciño A (1), Fernández Prieto R (1).

(1) Pediatría, Centro Hospitalario Universitario Arquitecto Marcide, Ferrol.

**P09: ACTINOMICOSIS OSTEOARTICULAR Y RETROPERITONEAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Casal Beloy I (1), Míguez Fortes L (1), Blanco Portals C (1), García González M (1), Rodríguez Ruíz M (1), Curros Mata N (2), Lema Carril A (1), Tellado Gómez M (1), Somoza Argibay I (1), Dargallo Carbonell T (1).

(1) Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. (2) Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario Vigo.

**P10: LÁMINA DE REGENERACIÓN DÉRMICA MONOCAPA COMO COBERTURA EN CIRUGÍAS DE SECUELAS DE HIPOSPADIAS.**

Casal Beloy I (1), Somoza Argibay I (1), García González M (1), Míguez Fortes L (1), Blanco Portals C (1), Dargallo Carbonell T (1).

(1) Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

**P11: QUISTE TIROGLOSO CALCIFICADO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS MASAS CERVICALES DE LA LÍNEA MEDIA.**

Casal Beloy I (1), García González M (1), Míguez Fortes L (1), Blanco Portals C (1), Dargallo Carbonell T (1).

(1) Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

**P12: ECCEMA COXSACKIUM: UNA ENTIDAD INFRECUENTE EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE EXANTEMAS VESICULOSOS.**

Sáez Soto R (1), Mariño García P (1), Suárez García F (1), Vergara Perez I (1), Pardo Vázquez J (1).

(1) Servicio de Pediatría, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña.

**P13: TROMBOSIS DE SENO TRANSVERSO E HIDROCEFALO OTÍTICO COMO COMPLICACIONES DE OTITIS MEDIA AGUDA.**

Sáez Soto R (1), Trincado Aller N (1), Ogando Martínez A (1), Castro Aguiar S (1), Pardo Vázquez J (1).

(1) Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

**P14: POLIORQUIDISMO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS MASAS TESTICULARES. PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Casal Beloy I (1), García González M (1), Míguez Fortes L (1), Blanco Portals C (1), Dargallo Carbonell T (1).

(1) Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

**VIERNES 1 DE DICIEMBRE – PANTALLA 2**

**P15: SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES)**

Codias Lopez A (1), Buyo Sanchez P (2), Alas Barbeito A (2).

(1) Pediatría, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera, A Coruña. (2) U. de Onco-Hematología. Pediatría, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera, A Coruña.

**P16: LEYENDO EN LA PIEL DEL ADOLESCENTE, RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.**

Lomba Estévez M (1), Hurtado Díaz J (1), Fuentes Pérez N (1), Carnicero Iglesias A (1), González Silvela I (1).

(1) Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

**P17: LA DUREZA DEL MÚSCULO... Y DEL DIAGÓSTICO.**

Lomba Estévez M (Speaker) (1), Carnicero Iglesias A (1), Fuentes Pérez N (1), González Silvela I (1), Pavón Freire A (1), Castro López I (1), Espiño Lorenzo P (1), Pardo García L (1), Couceiro Gianzo J (1).

(1) Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

**P18: ENFERMEDAD DE KAWASAKI REFRACTARIA CON APARICIÓN DE ANEURISMAS CORONARIOS.**

Fernández Suárez N (1), Piñeiro Rodriguez L (2), Viadero Ubierna M (1), Alegria Echauri J (1).

(1) Cardiología Infantil, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander). (2) Pediatría, Hospital Virxe da Xunqueira (Cee).

**P19: NIÑO DE 2 AÑOS CON COJERA.**

Fernández Suárez N (1), Piñeiro Rodriguez L (2).

(1) Pediatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander). (2) Pediatría, Hospital Virxe da Xunqueira (Cee).

**P20: QUISTES DERMOIDES EN LOCALIZACIONES ATÍPICAS.**

Blanco Portals C (1), Dargallo Carbonell T (1), García González M (1), Somoza Argibay I (1), Lema Carril A (1), Gómez Tellado M (1), Rodríguez Ruíz M (1), Miguez Fortes L (1), Casal Beloy I (1).

(1) Cirugía Pediátrica, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera - A Coruña.

**P21: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PROLAPSO RECTAL MEDIANTE RECTOPEXIA LAPAROSCÓPICA.**

Blanco Portals C (1), Rodríguez Ruíz M (1), Dargallo Carbonell T (1), García González M (1), Miguez Fortes L (1), Casal Beloy I (1).

(1) Cirugía Pediátrica, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera - A Coruña.

**P22: APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA MEDIANTE EL SISTEMA PICO EN EL MANEJO DEL QUISTE SACRO RECIDIVADO.**

Blanco Portals C (1), Lema Carril A (1), Casal Beloy I (1), Miguez Fortes L (1), Dargallo Carbonell T (1), García González M (1).

(1) Cirugía Pediátrica, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera - A Coruña.

**P23: ENTEROPATÍA PIERDE-PROTEÍNAS.**

Romero Rey H (1), Rodríguez Miguélez M (1), Moreno Álvarez A (1), Castro Aguiar S (1), Sáez Soto R (1), Codias López A (1).

(1) Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

**P24: MEGACOLON SECUNDARIO A ESTREÑIMIENTO CRÓNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Míguez Fortes L (1), Casal Beloy I (1), Blanco Portals C (1), Lema Carril A (1), Rodríguez Ruiz M (1), García González M (1), Dargallo Carbonell T (1).

(1) Cirugía Pediátrica, Hospital Teresa Herrera.

**P25: TIEMPO DE CIERRE DE COLOSTOMÍAS EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE.** Míguez Fortes L (1), Casal Beloy I (1), Blanco Portals C (1), García González M (1), Rodríguez Ruiz M (1), Lema Carril A (1), Somoza Argibay I (1), Gómez Tellado M (1), Dargallo Carbonell T (1).

(1) Cirugía Pediátrica, Hospital Teresa Herrera.

**P26: ¿NEUMOPERITONEO COMO SINÓNIMO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO?: NEUMOPERITONEO IDIOPÁTICO. A PRÓPOSITO DE UN CASO.**

Míguez Fortes L (1), Casal Beloy I (1), Blanco Portals C (1), García González M (1), Dargallo Carbonell T (1), Somoza Argibay I (1).

(1) Cirugía Pediátrica, Hospital Teresa Herrera.

**P27: DIFERENCIAS ENTRE MALFORMACIÓN LINFÁTICA Y LINFEDEMA PRIMARIO DE MIEMBRO SUPERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Míguez Fortes L (1), Casal Beloy I (1), Blanco Portals C, Lema Carril A (1), Gómez Tellado M.

(1) Cirugía Pediátrica, Hospital Teresa Herrera.

**P28: CAUSAS RARAS DE POLIURIA Y POLIDIPSIA EN PEDIATRÍA.**

González Silvela I (1), Lomba Estévez M (1), Ojea Jorge V (1), Castro López I (1), Fuentes Pérez N (1), Carnicero Iglesias A (1), Díaz Grande M (1).

(1) Pediatría y Áreas Específicas, Hospital Provincial de Pontevedra.

**SÁBADO, 2 DE DICIEMBRE – PANTALLA 1**

**P29: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LUPUS: FIEBRE Y DOLOR TORÁCICO NO SIEMPRE ES NEUMONÍA.**

Pena Gil P (1), Abadi García T (1), Cupido Mateos M (1), Fernández Cepero L (1), Almuíña Simón C (1), Pérez Pacín R (1).

(1) Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti.

**P30: MANEJO DE LAS MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN EL SÍNDROME DE STURGE WEBER.** Pena Gil P (1), Abadi García T (1), Niño Grueiro I (1), Guerra Buezo B (1), Rendo Vázquez A (1), García Monje M (1), Vázquez López E (1), Pérez Pacín R (1).

(1) Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti.

**P31: PERSISTENCIA DE CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO.**

Crujeiras Paz M (1), Cabo Jimenez V (1), Sardina Ríos A (1), Villares Porto-Domínguez A (1), Fernandez Viso S (1), Rey García S (1).

(1) Pediatría, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense.

**P32: DISRAFISMO ESPINAL: DE LAS ANOMALÍAS CUTÁNEAS A LAS MALFORMACIONES ESPINALES.** Crujeiras Paz M (1), González López M (1), Carreira Sande N (1), Pérez López C (2), Gil González C (1), Rey García S (1).

(1) Pediatría, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense. (2) Radiología Infantil, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense.

**P33: BULTOMA EN EL DORSO DE MANO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

Crujeiras Paz M (1), Rodríguez Toro I (1), Sardina Ríos A (1), Fernández Viso S (1), Padín Fontán M (1), Rey García S (1).

(1) Pediatría, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense.

**P34: VÓMITOS E HIPOGLUCEMIA; NO SIEMPRE "ES UN VIRUS".**

Fernández Soto Z (1), Sarmiento Carrera N (1), Vila Pérez D (1), Pumarada Prieto M (1), Chamorro Martín J (1), Fernández Lorenzo J (1).

(1) Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.

**P35: MASTITIS NEONATAL CON ABCESIFICACIÓN: IMPORTANCIA DE LA ANTIBIOTERAPIA INTENSIVA PRECOZ.**

Niño Grueiro I (1), Guerra Buezo B (1), Pena Gil P (1), Abadi García T (1), Vázquez López E (1), Pérez Pacín R (1).

(1) Pediatría, Hospital Lucus Augusti, Lugo.

**P36: OSTEOMIELITIS PÉLVICA EN EDAD PEDIÁTRICA.**

Abadi García T (1), Pena Gil P (1), García Monje M (1), Fernández Cepero L (1), Niño Grueiro I (1), Guerra Buezo B (1), Almuiña Simón C (1), Pérez Pacín R (1).

(1) Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti.

**P37: DISPLASIA TIBIAL CONGÉNITA COMO SIGNO CLÍNICO DE ALERTA DE NEUROFIBROMATOSIS.**

Dacosta Tapia P (1), Liñares Nistal P (1), González Freiría N (1), Vázquez Padín V (1), Fiel Ozores A (1), Suárez Otero G (1), Fernández Lorenzo J (1).

(1) Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.

**P38: ROMBOENCEFALITIS: REMARCANDO EL TRATAMIENTO EMPÍRICO PRECOZ.**

López Fernández A (1), Sevivas Fontoura C (1), Nóvoa Illanes A (1), Fontenla García J (1), Iglesias Meleiro J (1), Pérez López C (1), Rey García S (1).

(1) Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

**P39: CUANDO UNA INFECCIÓN NO ES SÓLO UNA INFECCIÓN.**

Cabo Jiménez V (1), Sole Mesalles C (1), Conde Lorenzo N (1), Fernández Viso S (1), Novoa Gómez G (1), Rey García S (1).

(1) Pediatría, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense.

**P40: NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1 EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.**

Cabo Jiménez V (1), Sole Mesalles C (1), Sevivas Fontoura C (1), Conde Lorenzo N (1), Rey García S (1).

(1) Pediatría, Complexo Hospitalario Universitario de Ourense.

**P41: VASCULITIS GANGRENOSA JUVENIL DEL ESCROTO DENTRO DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÚLCERA GENITAL EN EL ADOLESCENTE.. 116**

Ríos Duro H (1), Costa Posada U (1), Sandín Fernández D (1), Alvarez Demanuel D (1), Lorenzo Fírvida C (1), Lemos Bouzas M (1), Fernández Lorenzo J (1).

(1) Servicio de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.

**P42: REGRESIÓN ESPONTÁNEA DE UN OSTEOCONDROMA SOLITARIO DE HÚMERO.**

Ríos Duro H (Speaker) (1), Bauluz Bárcena M (1), Vázquez Canal E (2), García García M (3), Cerdeiras Jaureguizar C (3), Uriarte Hernández Í, (2), Pérez Losada A (3).

(1) Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. (2) Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Álvaro Cunqueiro. (3) Pediatría, Centro de Salud Calle Cuba.

**SÁBADO, 2 DE DICIEMBRE – PANTALLA 2**

**P43: CAUSTICACIÓN ESOFÁGICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.**

Ríos López C (1), Bauluz Bárcena M (1), Táboas Ledo M (1), Padín Vázquez V (1), Padín Fontán M (1), Cobelas Cobelas M (1), Fernández Lorenzo J (1).

(1) Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.

**P44: NEUROBORRELIOSIS EN EDAD PEDIÁTRICA.**

Guerra Buezo B (1).

(1) Pediatria, Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA).

**P45: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO**

González Vázquez D (1), Malde García C (1), Frade Pardo L (1), Baena Barrios M (1).

(1) Pediatría, EOXI Vigo.

**P46: REVISIÓN DE LA ATRESIA INTESTINAL MÚLTIPLE: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Gómez Silva G (1), Mandiá Rodríguez N (1), Pérez Muñuzuri A (1), López Suárez O (1), Baña Souto A (1), Urisarri Ruíz de Cortázar A (1), López Sanguos C (1), Bautista Casasnovas A (1), Couce Pico M (1).

(1) Neonatología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

**P47: BRONQUIO TRAQUEAL: UNA RARA CAUSA DE DISTRES RESPIRATORIO NEONATAL.**

Gómez Silva G (1), López Sanguos C (1), Laíño González C (1), Urisarri Ruíz de Cortázar A (1), Baña Souto A (1), Mandiá Rodríguez N (1), Couce Pico M (1).

(1) Servicio de Neonatología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

**P48: ENFERMEDAD DE KAWASAKI ENTRE LOS AÑOS 2010-2016: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL.**

Navarro Martínez J (1), López Fernández A (1), Míguez Campos M (1), Gil González C (1), Fontenla García J (1), Rey García S (1).

(1) Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

**P49: DACMVP ¿ES NECESARIA LA CONFIRMACIÓN HISTOLÓGICA PARA EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO?**

Vázquez Gómez L (1), Sucasas Alonso A (1), Romero Rey H (1), Ávila Álvarez A (2).

(1) Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. (2) Pediatría, Unidad de Neonatología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

**P50: ENDOSCOPIA DIGESTIVA PEDIÁTRICA. REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS.**

Miguez Campos M (1), Rodríguez Toro I (1), Fernández Cebrián S (1), Fernández Viso S (1), Ferreiro Rodríguez M (2), Rey García S (1).

(1) Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. (2) Pediatría Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

**P51: PRESENTACIÓN INUSUAL DE DERMATITIS IRRITATIVA EN ÁREA DEL PAÑAL.**

Míguez Campos M (1), Sevivas Fontoura C (1), Carreira Sande N (1), González López M (1), Fonseca Capdevila E (2), Rey García S (1).

(1) Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. (2) Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario de A Coruña.

**P52: LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN DE GENITALES FEMENINOS EN LOS DOLORES ABDOMINALES.**

Padín Vázquez V (1), Álvarez Demanuel D (1), Táboas Ledo M (1), Nóvoa Carballal R (1), Nóvoa Illanes A (1), Fernández Lorenzo J (1).

(1) Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo).

**P53: HIPERTRIGLICERIDEMIA GRAVE EN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA A TRATAMIENTO CON ASPARRAGINASA.**

Fariña Nogueira S (1), Rujido Freire S (1), Regueiro García A (1), Pazos Diz N (1), Gómez Silva G (1), Couselo Sánchez J (1).

(1) Hemato-Oncología pediátrica, Complexo Hospitalario Universitario de Santiago.

**P54: TRASPLANTE HAPLOIDÉNTICO EN ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA.**

Regueiro García A (1), Fariña Nogueira S (1), Rujido Freire S (1), Porto Arceo J (2), Couselo Sánchez J (1).

(1) Hemato-Oncología pediátrica, Complexo Hospitalario Universitario de Santiago. (2) Pediatría, Complexo Hospitalario Universitario de Santiago.

**P55: NEUMOPARÓTIDA, UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR EN PEDIATRÍA.**

Rujido Freire S (1), Laíño Gonzñalez C (1), Viz Rodríguez G (1), Regueiro García A (1), Rodríguez González L (1), López Abel B (1).

(1) Pediatría, Complexo Hospitalario Universitario de Santiago.

**P56: EXPERIENCIA DE TRASPLANTE HAPLOIDÉNTICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN PEDIATRÍA.**

Regueiro García A (1), Fariña Nogueira S (1), Rujido Freire S (1), Gómez Silva G (1), Couselo Sánchez J (1).

(1) Hematología y Oncología Pediátrica, Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

**COMUNICACIONES:**

**O01: DRENAJES PLEURALES, NUESTRA EXPERIENCIA EN 10 AÑOS**

Sandín Fernández D, Sarmiento Carrera N, García Alonso L, Novoa Illanes A, Alvarez Demanuel D, Ortiz Pallares M, Meijide del Río F, Fernández Lorenzo J.

Introducción y Objetivos:

-Descripción de la epidemiología, características y manejo de los derrames pleurales que precisaron drenaje en nuestra unidad.

-Establecer relación entre los datos analíticos, las características del líquido pleural y la clínica.

-Revisión de criterios de administración de fibrinolíticos y elección de antibioterapia.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) entre 2006 y 2016 diagnosticados de derrame pleural subsidiario de drenaje. Los datos fueron obtenidos mediante la revisión de historias clínicas y analizados con el programa SPSS 19.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes, 56% varones. La edad media fue 5.4 años (2 meses-16 años). La estancia media en UCIP fue 6 días con un tiempo medio de ingreso hospitalario de 18 días. El 30% tenía patología respiratoria de base y el 9% neurológica. Clínicamente, el 93% presentaban fiebre al diagnóstico siendo el único signo en 17. 4 pacientes referían otros síntomas (dolor pleurítico, tos, dificultad respiratoria). El 50% el drenaje se colocó ecoguiado, realizándose por pediatras el 84%, el resto por radiólogos intervencionistas. Un paciente desarrolló neumotórax como complicación. En el 93% el líquido pleural presentaba características de exudado y en el 3,5% de trasudado, cumpliendo criterios de empiema un 26%. La proteína C Reactiva era > 100 mg/dL en los empiemas; no se encontró correlación con la elevación de procalcitonina, atribuible a que la mayoría habían recibido tratamiento antibiótico. El drenaje se mantuvo una media de 7 días en los empiemas y 4.5 en el resto. La pauta más frecuente de antibioticoterapia fue cefalosporinas y glucopéptidos. Los resultados microbiológicos positivos fueron: cultivo de líquido pleural (10%), hemocultivo (17%) y antígeno de neumococo en orina (57%). Clasificación según criterios de Light: el 26% cumplían características de clase ≥5. Recibieron tratamiento fibrinolítico con uroquinasa el 56%, 10 precisaron una segunda tanda, resolviéndose el 90%. 3 necesitaron videotoracoscopia. Un 52% precisó soporte respiratorio, un 23% ventilación mecánica. Hubo 1 exitus.

Conclusiones:

-En nuestra muestra la presentación clínica más frecuente es el cuadro febril a pesar del antibiótico previo.

-Se recomienda la colocación ecoguiada de los catéteres para disminuir complicaciones. -La etiología más frecuente es el Neumococo, con mayor rendimiento el test de antígeno en orina que los cultivos.

-En nuestra unidad, la colocación de drenaje pleural y la administración de fibrinolíticos se basa más en la clínica y la ecografía (tabiques) que en la clasificación de Light.

-En nuestra serie, la segunda tanda de fibrinolíticos evita la videotoracospia en un porcentaje significativo.

**O02: ACCIDENTES CEREEBROVASCULARES: REVISIÓN DE NUESTROS PACIENTES.**

GARCÍA ALONSO L, SARMIENTO CARRERA N, NOVOA ILLANES A, ÁLVAREZ DEMANUEL D, ORTIZ PALLARÉS M, MEIJIDE DEL RÍO F.

Introducción y Objetivos: Describir las características, manejo y evolución de los accidentes cerebrovasculares de los pacientes ingresados en la UCIP de nuestro centro entre el 2008-2014.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se revisó el historial clínico de los pacientes ingresados en nuestra UCIP diagnosticados de ACV entre el año 2008-2014. Se excluyeron los pacientes con ACV en periodo neonatal.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 12 pacientes, de los que 7 eran varones La media de edad de presentación fue de 6,5 años. En 8 casos la forma de presentación fue aguda, siendo los motivos de consulta más frecuentes las convulsiones (3) y la pérdida de conciencia (3), seguido de estados confusionales (2) y alteraciones motoras (2). Las convulsiones aparecieron a lo largo de la evolución también en 3 pacientes que no las presentaban al diagnóstico. A todos nuestros pacientes se realizó TC craneal al ingreso, 6 de ellos en la primera hora, y se observaron hallazgos patológicos en 10 de estos estudios iniciales. Siete casos fueron ACV hemorrágicos, secundarios a malformaciones arteriovenosas (MAV) (6) y hemofilia B (1). Los otros 5 fueron isquémicos, uno de ellos debido a vasculitis primaria del sistema nervioso central. El territorio de la arteria cerebral media (ACM) fue el afectado con más frecuencia (4). La estancia media en UCIP fue de 11 días. En todos los pacientes se adoptaron medidas generales anti-hipertensión intracraneal, precisando ventilación mecánica 5. Dos de los pacientes afectos de ACV hemorrágico precisaron intervención neuroquirúrgica urgente, para colocación de drenajes ventriculares. La embolización endovascular se practicó como primera opción terapéutica para la MAV en 5 sujetos, siendo eficaz en el 80% (uno tras segundo intento).En cuanto al tratamiento de los casos con patrón isquémico: 3 recibieron antiagregantes y 2 anticoagulantes. Presentaron complicaciones postquirúrgicas 4 pacientes. Solo 1 de nuestros pacientes presentó un nuevo ACV.

Conclusiones:

- En la mayoría de los casos el ACV se manifiesta de forma aguda, destacando las convulsiones y la pérdida de conciencia como formas de presentación más frecuentes.

- Los ACV hemorrágicos son más frecuentes en nuestra serie, siendo el territorio de ACM el área más frecuentemente afectada.

- La causa de ACV más frecuente en nuestra serie son las MAV no conocidas.

- La técnica diagnóstica inicial de elección es el TC craneal pese a sus limitaciones en el diagnóstico de ACV isquémicos en las primeras horas.

- Destacar la eficacia del tratamiento endovascular como primera opción en las MAV.

**O03: ANÁLISIS DE LAS DERIVACIONES DESDE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL DEL ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA**

Rivas Arribas L, García Cortázar P, Blanco Barca Ó, Couceiro Gianzo J, Leis Trabazo R.

Introducción y Objetivos: Analizar la concordancia entre la sospecha diagnóstica realizada por el pediatra de Atención Primaria (AP) y el diagnóstico del psiquiatra de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ).

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo, aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica de Galicia. Reclutamos 374 pacientes <16 años, derivados a la USMIJ de Pontevedra de manera consecutiva durante el año 2016. Analizamos la concordancia diagnóstica mediante el cálculo del índice Kappa global y específico para los diferentes diagnósticos. Además, analizamos el porcentaje de diagnósticos correctos realizados desde AP.

Resultados: La edad media fue de 9.58 años (SD 5.45, IC95% 9.03-10.14). Predomino de sexo varón (68.2%). 5.6% tenían antecedentes de prematuridad. El 19.5% referían disfunción socio-familiar y el 2.1% habían sido adoptados. El 63.6% estaban escolarizados en un centro público.

El índice Kappa global entre AP y USMIJ es 0.29, que corresponde a una concordancia general débil. La concordancia es muy buena para los trastornos de conducta alimentaria (TCA) (kappa 1.00), y buena para el Trastorno del espectro autista (TEA) (kappa 0.61). La mayoría de los diagnósticos obtuvieron una concordancia débil (trastorno emocional, trastorno de adaptación, trastorno de conducta y retraso madurativo). La concordancia fue pobre para el trastorno de aprendizaje (kappa 0.11). La mayoría de pacientes fueron remitidos a la USMIJ por sospecha de TDAH, para esta patología la concordancia fue débil (kappa 0.34). Como el TDAH suele presentar comorbilidades, analizamos el índice kappa para la sospecha de TDAH ± trastorno de aprendizaje, de esta manera se obtuvo un resultado mejor, con una concordancia moderada (kappa 0.46). El diagnóstico correcto desde AP fue poco frecuente, ya que, sólo se confirmó el diagnóstico emitido en AP en la USMIJ en >50% de los niños remitidos por: TCA, TDAH, TEA y Trastorno de conducta; obteniendo cifras <50% para el resto de diagnósticos (trastorno emocional, de adaptación, de aprendizaje y retraso madurativo).

Conclusiones: La concordancia obtenida entre el pediatra de AP y la USMIJ es baja en nuestra área sanitaria. La correlación diagnóstica es débil-moderada para el TDAH, sin embargo, es buena tanto para el diagnóstico del TEA como para los TCA. Consideramos fundamental fomentar la formación y colaboración profesional entre pediatras y psiquiatras que trabajan con niños, para mejorar el manejo de los pacientes con problemas de salud mental y la eficiencia de las derivaciones a la USMIJ, favoreciendo una mejora en la atención a la infancia.

**O04: ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LA RESTRICCIÓN AL CRECIMIENTO POSTNATAL EN UNA COHORTE DE RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO**

Romero Rey H, Sucasas Alonso A, Vázquez Gómez L, Ávila Álvarez A, Bermúdez Hormigo C.

Introducción y Objetivos: Una vez alcanzada la edad a término es frecuente que el peso y la longitud de los recién nacidos prematuros se encuentran alejadas de los estándares considerados normales para su edad corregida. Esta restricción al crecimiento postnatal se ha relacionado con un peor neurodesarrollo.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los prematuros <1500 gr en una unidad neonatal de 2013 a 2016. El objetivo principal fue valorar el estado nutricional al alta en base a peso, talla y PC, y describir la prevalencia de retraso de crecimiento postnatal (peso <P10). Como objetivo secundario intentamos relacionar esta prevalencia con tres parámetros bioquímicos (albúmina, proteínas totales y urea séricas) extraídos a los 15 días de vida y con algunas complicaciones sufridas durante el ingreso.

Resultados: Se estudiaron 130 recién nacidos. La EG media fue 29+5 semanas y el PN fue de 1161 ± 251 gramos. Del nacimiento al alta se observó un descenso del z-score de peso (-0.61 a -1.46) y de longitud (-0.21 a -1.33), y un aumento del z-score de perímetro craneal (-0.42 a +0.19). Un 59.2% de los pacientes tenían un peso al alta <P10. La velocidad de ganancia ponderal (VGP) mediana entre el nacimiento y el alta de UCIN fue de 8.7 g/kg/día y entre el alta de UCIN y el alta hospitalaria fue de 16.3 g/kg/día. No hubo diferencias en las concentraciones de albúmina, proteínas totales y urea entre los neonatos con retraso ponderal y aquellos con un crecimiento acorde. Un 25.4% recibieron O2 suplementario durante &#8805; 28 días (DBP). Un 42.4% de los neonatos con DBP y un 64.9% de los neonatos sin DBP presentaron un peso <P10 al alta (p=0.02). La VGP entre el nacimiento y el alta de UCIN fue mayor en el grupo con DBP: 11.9 vs 4.8 g/kg/día (p<0,001).

Conclusiones: Más de la mitad de los recién nacidos de muy bajo peso presentan un peso al alta <P10 para su edad y sexo, cuyo origen se sitúa probablemente en el periodo entre el nacimiento y el alta de UCIN. La DBP se asocia a una menor incidencia de retraso ponderal y a una VGP mayor. Es probable que este hallazgo no se deba a un mejor estado nutricional, sino que tenga relación con un balance hídrico más positivo en los primeros días de vida.

**O05: PRIMERA EVALUACIÓN TRAS EL INICIO DEL TRIAJE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

Mariño García P, Codias López A, Yañez Mesía S, Vázquez Cancela M, Pardo Vázquez J.

Introducción y Objetivos: Estudiar la correlación entre el nivel de triaje en el Servicio de Urgencias Pediátricas y el porcentaje de ingresos, tanto en planta de hospitalización como en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIP), así como la necesidad de observación en Urgencias.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes triados según versión adaptada del Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale y que acudieron a Urgencias Pediátricas desde el 5 de octubre hasta el 5 de diciembre de 2016. El triaje se realizó en soporte de papel y se tuvo en cuenta el nivel otorgado a su llegada, el sexo, el ingreso (tanto en planta de hospitalización como en UCIP) y si precisaron Observación en Urgencias. Se obtuvieron los datos a partir de la historia clínica informatizada, excluyéndose a aquellos pacientes que no contasen con informe digitalizado y a los fugados.

Resultados: Se revisaron un total de 5.483 casos, sin encontrarse diferencias en cuanto al sexo. En cuanto al triaje, predominaron el nivel IV y III con un 62.4% y 32.5%, respectivamente. Del total de los pacientes, un 2.4% precisaron ingreso, un 6,1 % permanecieron en observación antes de alta y el resto fuero alta directamente. En cuanto a los ingresos: de los clasificados como nivel I, el 75% precisó ingreso (50% en UCIP y 25% en planta); del nivel II, 35% fueron ingresados (11% en UCIP y 24% en planta). En cuanto a la necesidad de estancia en observación antes de alta, fue así en el 25% de los de nivel I, 42% de los de nivel II y 13% de los de nivel III. Ningún paciente clasificado como nivel V precisó ingreso.

Conclusiones: La revisión de casos mostró una buena correlación entre el nivel de prioridad establecido en el triaje y la necesidad de Observación o ingreso hospitalario. La posibilidad de contar con un sistema informático en el futuro permitirá un análisis más completo que incluya tiempos de demora entre triaje y atención médica del paciente, etc.

**O06: ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA: UNA CONSTANTE EN LAS CONSULTAS DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA.**

Fernández Soto Z, Táboas Ledo M, Pardellas Carollo Y, García Burriel J, Cobelas Cobelas M, Fernández Caamaño B, Fernández Lorenzo J.

Introducción y Objetivos: La alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) es la alergia alimentaria más frecuente en la edad pediátrica. El objetivo de nuestro estudio es analizar los casos remitidos a CCEE de Gastroenterología Pediátrica ante esta sospecha diagnóstica, así como su confirmación y evolución.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes que realizaron entre enero y junio del 2017 la prueba de exposición controlada (PEC) a las proteínas de leche de vaca. Se han excluido de este estudio a los pacientes remitidos a CCEE de Alergología.

Resultados: Se ha obtenido un tamaño muestral de 99 pacientes, con una relación varón-mujer de 1.25:1. El 89.9% recibió previamente lactancia materna exclusiva con una duración media de 5 meses. El 18,2% de estas madres realizaron una dieta exenta de PLV. La edad media de inicio de los síntomas fue de 4 meses, presentando clínica de irritabilidad (53,5%), vómitos (46,5%), rash cutáneo (39,4%), reflujo gastroesofágico (36,4%) y en menor medida rechazo de la ingesta, diarrea, fallo de medro, rectorragia y estreñimiento. Cabe destacar que un 30% de los pacientes habían recibido tratamiento con omeprazol previamente y en 7 casos fórmulas antirreflujo. Tan sólo en el 3% se había realizado una reintroducción de leche de vaca a las 4 semanas tras administrar el hidrolizado. La media de edad de la primera consulta en Gastroenterología fue de 9 meses. Se realizó determinación de IgE en un 53,3% de los casos siendo positiva con la misma frecuencia entre los que toleraron y los que no, con un valor medio de 22,3 UI/L. Un 17,5% del total tenían prick cutáneo positivo. Se realizó prueba de provocación en todos los casos, con una media de edad de 14 meses. Entre los que no toleraron predominaba el síntoma inicial de exantema (39,4% vs 20%) y un 29% tenían el prick test positivo. Durante la PEC los síntomas más frecuentes fueron: vómitos en un 40,33% y rash cutáneo y diarrea en un 25%.

Conclusiones: En nuestro estudio destaca el bajo porcentaje en los que se realiza una reintroducción al mes de consumo del hidrolizado. Observamos que los que no toleraron presentan con más frecuencia síntomas iniciales cutáneos con respecto a los que sí toleran. Mayoritariamente se trata de una situación transitoria durante el primer año de vida con adecuada tolerancia posterior.

**O07: BRONQUIOLITIS AGUDA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y ABORDAJE TERAPÉUTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

Dacosta Tapia P, Fiel Ozores A, Liñares Nistal P, González Freiría N, Vázquez Padín V, Portugués de la Red M, Fernández Lorenzo J.

Introducción y Objetivos: La bronquiolitis es la infección del tracto respiratorio inferior más frecuente en el lactante y constituye la primera causa de hospitalización especialmente en menores de doce meses. El virus respiratorio sincitial (VRS) es el principal agente etiológico. Numerosos estudios manifiestan una amplia variabilidad en el manejo clínico-terapéutico de la bronquiolitis pese a la existencia de guías de práctica clínica. El objetivo de esta revisión es describir las características epidemiológicas así como el manejo clínico-terapéutico de los pacientes ingresados por bronquiolitis en nuestro centro.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de pacientes ingresados por bronquiolitis en nuestro centro desde octubre de 2016 a febrero de 2017.

Resultados: Un total de 181 lactantes precisaron ingreso por bronquiolitis en nuestro centro durante el periodo estudiado, siendo un 54% varones. La mediana de edad al ingreso fue de 2 meses (rango 5 días-20 meses), teniendo el 67% de los ingresados una edad media de 3 meses. En el 80% el agente etiológico implicado fue el VRS, siendo el Rhinovirus el segundo en frecuencia. La estancia media hospitalaria fue de 5,9 ±2,9 días. El antecedente de prematuridad (<37 semanas) estaba presente en el 11% de los pacientes, observándose en este grupo mayor estancia hospitalaria de forma estadísticamente significativa (media 7,6 ±3,9 días, p< 0,05). Al ingreso, el 65% de los pacientes presentaba una bronquiolitis moderada-grave (según escala de gravedad HSJD). En el 27% de los pacientes se realizó radiografía de tórax como prueba complementaria para descartar complicación. Desde el punto de vista terapéutico, todos los pacientes recibieron medidas de apoyo general (lavados nasales, medidas posturales, adecuada hidratación y nutrición). Precisaron oxigenoterapia el 53% de los pacientes, empleándose cánulas de alto flujo en el 37% de ellos. Respecto al tratamiento nebulizado, el 62% recibió suero salino hipertónico, el 75% adrenalina y el 31% salbutamol. Se empleó antibioterapia en el 24% y en un 5% se administraron corticoides sistémicos, sin que esto supusiese una disminución en la estancia media de hospitalización (7,4 ±2,93 días). Un 10% precisaron ingreso en UCIP.

Conclusiones: La bronquiolitis por VRS es una causa frecuente de hospitalización fundamentalmente en menores de 3 meses. El antecedente de prematuridad supone un incremento del tiempo de ingreso. Aunque no de forma rutinaria, el tratamiento nebulizado con adrenalina o salbutamol, puede estar indicado como prueba terapéutica. El empleo de corticoides orales ha disminuido notablemente, quedando reservado a los casos con mala evolución.

**O08: DISPLASIA BRONCOPULMONAR DEL PRETERMINO: BENCHMARKING DE NUESTROS RESULTADOS CON ELGRUPO ESPAÑOL DE INVESTIGACION EN DBP (GEIDIS)**

Táboas Ledo M, Concheiro Guisán A, Pumarada Prieto M, Fiel Ozores A, Rodríguez Sáez M, Fernández Lorenzo J.

Introducción y Objetivos: Analizar nuestra población de pacientes con displasia broncopulmonar de acuerdo a las variables propuestas por el Grupo Español de Investigación en Displasia Broncopulmonar (GEIDIS) para la unificación de criterios entre unidades y comparar nuestros resultados con la globalidad del estudio.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de displasia broncopulmonar entre enero de 2016 y octubre de 2017.

Resultados: Son 25 pacientes, lo que supone una incidencia de DBP del 22 % en RN menores de 32 semanas (1,3 % de los RN de nuestro área). La edad gestacional media fue 26,6 semanas (GEIDIS 27,4) y el peso medio al nacimiento 892 gramos (GEIDIS 900 g). RCIU en 20% (GEIDIS 20%). Recibieron maduración corticoidea el 88% y administración de surfactante el 92% de los pacientes (GEIDIS 80,4%), realizándose técnica no invasiva en el 35% de los casos (GEIDIS 26%). No precisaron ventilación mecánica el 24% de los pacientes (GEIDIS 22%). La modalidad de garantía de volumen se empleó en el 100% de casos (GEIDIS 86,4%) y alta frecuencia en el 16% de los ventilados (GEIDIS 40,3%). La duración media de ventilación fue 13,7 días (GEIDIS 10 días). La media de oxigenoterapia 42 días (GEIDIS 50), de ventilación no invasiva 29,6 días (GEIDIS 30) y de oxigenoterapia de alto flujo 17 días (GEIDIS 11 días). El 100% recibió cafeína (GEIDIS 96%). El 70.8% recibió tratamiento para la displasia: diuréticos (88.2%), budesonida inhalada (52.9%) e hidrocortisona iv (41.1%). El 88.8% de las displasias fueron leves (GEIDIS 47,3%) y el 12% moderadas (GEIDIS 26%). Sólo el 8.3% precisó soporte respiratorio puntual al alta. La media de días de ingreso fue 77,6 (GEIDIS 88). Y la mortalidad 0,04% frente a 2,5% La evolución en el primer año de vida de los nacidos en el año 2016 fue la siguiente, 2 casos (20%) precisaron ingreso hospitalario, con un episodio medio de consulta por patología respiratoria tanto en su Pediatra como en Urgencias hospitalarias. El 100% mantenía saturación basal superior al 97% sin oxigenoterapia complementaria y el 40% tratamiento de mantenimiento con budesonida inhalada.

Conclusiones: Nuestros datos coinciden en gran medida con los resultados del grupo, mostrando un manejo menos invasivo del distrés respiratorio. Usando los mismos criterios diagnósticos, nuestra tasa global y de formas graves de DBP fue inferior, con buena evolución a medio plazo. En este hecho pueden haber influido características poblaciones y comorbilidades pero también el manejo interdisciplinar.

**O09: EXPERIENCIA DEL SISTEMA DE TRIAJE EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS**

Ríos López C, Bauluz Bárcena M, Ríos Duro H, Costa Posada U, Frade Pardo L, Novoa López A, Novoa Carballal R, Fernández Lorenzo J.

Introducción y Objetivos: Evaluar la aplicación del sistema de triaje en nuestro Servicio de Urgencias Pediátricas y describir las características de los pacientes según la prioridad asignada.

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo. Muestra aleatoria de pacientes menores de 15 años triados por Enfermería en nuestro Servicio de Urgencias Pediátricas durante una semana, siguiendo un sistema de triaje manual, basado en el Sistema Canadiense y adaptado a nuestro centro.

Resultados: Se analizaron las historias de 269 pacientes. La edad media es 5 años (DS +/- 4 años). Fueron clasificados como Prioridad 1: un paciente; Prioridad 2: 8 pacientes; Prioridad 3: 75 (28%); Prioridad 4 180 (67%); y Prioridad 5: 4 pacientes. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: fiebre (238%), traumatismo o contusión (193%), diarrea y/o vómitos (126%). El triángulo de evaluación pediátrica se encontraba alterado en 19 pacientes: 11 afectación respiratoria, 4 circulatoria y 4 apariencia. Constantes recogidas en triaje: temperatura (706%), frecuencia cardíaca (305%), saturación de oxígeno (275%), glucemia (182%), dolor (9%), tensión arterial (78%) y frecuencia respiratoria (48%). Globalmente, el tiempo medio desde admisión hasta triaje fue 16 minutos. El tiempo medio desde triaje hasta atención especializada: 243 minutos; siendo de 9 minutos en el grupo Prioridad 2, 182 minutos en el grupo prioridad 3 y 276 minutos en el grupo Prioridad 4. Precisó un período de observación &#8805;180 minutos en mayor proporción el grupo prioridad 3 frente al grupo prioridad 4 (447% vs 228%, p=.0). No encontramos diferencias significativas en cuanto a realización de pruebas complementarias o necesidad de ingreso en estos grupos. En 28 ocasiones (104%) la clasificación no se ajustó al protocolo de triaje: 23 pacientes (8,5%) fueron sobretriados y 5 (1,9%) fueron infratriados.

Conclusiones: El triaje agiliza la atención médica de aquellos pacientes que la necesitan prioritariamente. En nuestro Servicio nos ajustamos en la mayoría de casos a los tiempos máximos de demora recomendados. Requieren mayor tiempo de estancia en Urgencias aquellos a los que se les asigna prioridad más inmediata. Aunque la implantación del triaje en nuestro centro es reciente, cumplimos los estándares de calidad.

**O10: VALORACIÓN MULTIMODAL DEL DOLOR ASOCIADO AL CRIBADO DE RETINOPATÍA DE LA PREMATURIDAD**

Sucasas Alonso A, Vázquez Gómez L, Romero Rey H, Ávila Álvarez A, Eiriz Barbeito D, Cabana Vázquez M.

Introducción y Objetivos: La exploración oftalmológica en el cribado de la ROP ha sido identificada como una técnica potencialmente dolorosa. Los tratamientos propuestos en general demuestran una modesta eficacia por sí mismos en cuanto a la reducción del dolor, por lo cual los protocolos suelen recomendar una combinación de distintas medidas analgésicas. Diseñamos un estudio de valoración de la eficacia de un protocolo de cribado de ROP orientado a disminuir el dolor durante el procedimiento.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional de 33 exploraciones oftalmológicas consecutivas realizadas a 22 pretérmino menores de 32 semanas de EG al nacer en un periodo de 10 meses. Para la visualización de la retina se utilizó un oftalmoscopio binocular indirecto previa dilatación pupilar. El protocolo de analgesia incluyó anidamiento, contención, ambiente tranquilo, sacarosa oral, paracetamol y colirios anestésicos. Se monitorizó la FC y la SatO2 durante todo el procedimiento. Se calculó la escala PIPP y se midió la conductancia cutánea (picos/segundo) en cuatro momentos predefinidos: antes del inicio del procedimiento, tras la inserción del blefarostato, tras de la identación escleral y al finalizar el procedimiento.

Resultados: Se analizaron 33 exploraciones oftalmológicas de 22 pacientes, con una mediana de EG corregida en el momento de la exploración de 35+2 semanas y una edad cronológica de 38 ± 12 días. Se observó un aumento significativo de los valores de PIPP y de conductancia durante el procedimiento, alcanzando valores máximos durante la identación escleral: PIPP basal media 2.1 ± 1.1, PIPP identación 10.2 ± 3.7, conductancia basal 0.21 ± 0.30 picos/s, conductancia identación 0.6 ± 0.5 picos/s. Se observaron episodios de taquicardia >180 lpm en el 57.6% de las exploraciones, episodios de bradicardia <100 lpm en el 18.2% y episodios de desaturación (SatO2 <85% durante >10 segundos) en el 42.6%. Las segundas exploraciones (n=10) mostraron mayores valores medios de PIPP y de conductancia durante el procedimiento que las primeras exploraciones (n=23): PIPP 10.1±4.2 vs 10.9 ± 3.5, conductancia 0.65 ± 0.59 vs 0.74 ± 0.53 picos/s. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: A pesar de las medidas analgésicas habituales la exploración del cribado de ROP continúa siendo una exploración dolorosa y asociada a inestabilidad hemodinámica. Son necesarias medidas analgésicas adicionales y/o modificaciones técnicas para evitar el dolor durante el procedimiento. Las exploraciones sucesivas parecen ser más dolorosas que las primeras, lo que sugiere una posible respuesta anticipatoria al dolor.

**O11: DILATACIÓN ENDOSCÓPICA EN EL MEGAURETER OBSTRUCTIVO PRIMARIO: RESULTADOS A LARGO PLAZO**

Casal Beloy I, Somoza Argibay I, García González M, García Novoa M, Míguez Fortes L, Blanco Portals C, Dargallo Carbonell T.

Introducción y Objetivos: El tratamiento tradicional del Megaureter Obstructivo Primario es la cirugía abierta mediante ureterocistostomía. La dilatación ureteral endoscópica con balón es una nueva alternativa mínimamente invasiva con buenos resultados a corto plazo. Nuestro objetivo es evaluar los resultados y complicaciones de esta técnica a largo plazo, en lactantes.

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de megaureter obstructivo primario, tratados mediante dilatación endoscópica con balón, desde Enero 2004 a Junio 2017. El diagnóstico de megaureter obstructivo fue realizado mediante ecografía, renograma isotópico MAG-3 y cistouretrografía. Las indicaciones de tratamiento endoscópico fueron: empeoramiento de la hidronefrosis o función renal e infecciones urinarias recurrentes a pesar de profilaxis antibiótica. Todos los pacientes fueron seguidos 3 meses tras la dilatación con ecografía y renograma MAG-3, y seis meses tras la dilatación con cistouretrografía y ecografía. Se realizó ecografía abdominal y seguimiento clínico de todos los pacientes hasta la fecha actual.

Resultados: Un total de 13 pacientes fueron tratados mediante esta técnica, (7 niños y 6 niñas). La edad media en el momento de la intervención fue de 9 meses (R: 2-24). La afectación fue del lado izquierdo en 8 pacientes (61.5%) y del lado derecho en 5 pacientes (38.5%). No hubo ningún caso con afectación bilateral. En 10 pacientes existía un diagnóstico de hidronefrosis prenatal y en 3 el diagnóstico se realizó tras una infección urinaria. No se observaron complicaiones intraoperatorias. En el postoperatorio mediato 1 doble-J fue retirado por malposición en la vejiga y 4 pacientes precisaron antibioticoterapia oral (Amoxicilina-Clavulánico) por infección urinaria. Ningún paciente desarrolló reflujo vesico-ureteral secundario a la dilatación durante su seguimiento. Todos los pacientes presentaron un patrón no obstructivo en el renograma tras la dilatación. El diámetro pélvico y ureteral medio, valorado de forma pre y postoperatoria, mostró diferencias estadísticamente significativas (p<0.001). Ningún paciente mostró empeoramiento de la función renal tras la intervención. Todos los pacientes mantuvieron sus resultados sin recurrencias ni complicaciones en el seguimiento a largo plazo. La media de seguimiento actual es de 10.3 años, (R: 4.7 12.2).

Conclusiones: La dilatación endoscópica con balón podría ser una técnica segura y definitiva para el tratamiento del megaureter obstructivo primario candidato a intervención quirúrgica. Sin embargo, más estudios son necesarios para demostrar estos resultados a largo plazo.

**O12: ÓXIDO NITROSO: UNA ALTERNATIVA SEGURA Y EFICAZ FRENTE A LA SEDACIÓN FARMACOLÓGICA EN PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS E INVASIVOS**

Casal Beloy I, Somoza Argibay I, García González M, Míguez Fortes L, Rodríguez Ruíz M, Blanco Portals C, Lema Carril A, Galdo Sierra M, Jácome Feijóo R, Dargallo Carbonell T.

Introducción y Objetivos: El óxido nitroso es uno de los agentes analgésicos/sedantes (sedación consciente) de primera elección en la edad pediátrica durante la realización de diversos procedimientos dolorosos. Numerosos estudios han descrito el uso de este gas para disminuir el dolor y la ansiedad en el entorno de las urgencias pediátricas. Estas investigaciones han sido enfocadas principalmente hacia determinados procedimientos poco invasivos, tales como reducción de fracturas y sutura de heridas poco complejas. Sin embargo, pocos estudios han valorado la eficacia del óxido nitroso durante procedimientos más agresivos, (cirugías menores, canalización de vías centrales y punciónes lumbares, entre otros), como alternativa a la sedación farmacológica tradicional. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia del óxido nitroso en estos procedimientos, así como su seguridad.

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo, (2014-2016), que incluyó los pacientes tratados con óxido nitroso durante la práctica de procedimientos invasivos y dolorosos. Determinamos el flujo (volumen/minuto) y frecuencia de aplicación (número de veces aplicado en el mismo paciente) del gas, las complicaciones de su uso, y la duración de los procedimientos. Finalmente determinamos la eficacia del óxido nitroso como sedante y analgésico mediante la aplicación de una escala verbal unidimensional, clasificándolo en: muy efectivo, poco efectivo, nada efectivo.

Resultados: Se incluyeron 345 pacientes en el estudio, siendo el 36,2% menores de 4 años (R: 1-15 años). La duración media del procedimiento fue de 13,2 minutos (R: 3-60minutos). Los procedimientos más frecuentemente realizados fueron: inyección de toxina botulínica (45,8%), cirugía menor (36,9%) y punción lumbar (7,5%). Un 10,3% de los pacientes presentaron efectos adversos leves durante la aplicación del gas, destacando los vómitos (5,2%), mareo (2%) y cefalea (1,4%). No se evidenciaron diferencias significativas en la tasa de efectos adversos en función de la edad, duración o flujo de gas al que se sometió a los pacientes. En ningún paciente fue necesaria la retirada del gas durante su aplicación. La analgesia se consideró muy efectiva en el 86,4% de los pacientes, poco efectiva en el 12,3% y nada efectiva en el 0,9%.

Conclusiones: La administración de óxido nitroso logra un adecuado control analgésico durante la realización de procedimientos dolorosos en la edad pediátrica. Su aprendizaje es sencillo y los efectos adversos derivados de su utilización son leves e infrecuentes. Nuestro estudio, al igual que trabajos previos, apoya el uso del óxido nitroso como una opción válida y eficaz en el manejo de estos pacientes.

**O13: UTILIDAD DE LAS ESCALAS CLÍNICAS ANTE SOSPECHA DE ABDOMEN AGUDO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS**

Fuentes Pérez N, Lomba Estévez M, Rivas Arribas L, Busto Cuíñas M, Carnicero Iglesias A, González Silvela I, Couceiro Gianzo J.

Introducción y Objetivos: La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica más frecuente en pediatría. En preescolares el diagnóstico es más difícil. Una herramienta para valorar el riesgo de apendicitis es la "Pediatric Appendicitis Score" (PAS) que utilizando datos clínico-analíticos, clasifica a los pacientes en bajo, moderado y alto riesgo: puntuaciones <3, 4-7 y >8 respectivamente. Valoramos la utilidad del PAS en pacientes atendidos en urgencias por sospecha de abdomen agudo.

Materiales y Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron 62 pacientes durante 9,5 meses. Variables: sexo, edad, signos/síntomas, pruebas complementarias, tiempo de evolución, PAS, hallazgos quirúrgicos y anatomía patológica (AP). Se valoró el grado de concordancia entre PAS y diagnóstico final.

Resultados: La edad media de nuestra muestra es de 9,23 años (SD ±3,38). Hubo ligero predominio de varones (51,6%). El tiempo medio de evolución de los síntomas fue de 35 horas. El 100% de los pacientes presentaba dolor abdominal, de los cuales el 54,8% lo localizaba en fosa ilíaca derecha (FID), con irradiación a FID en el 14,5%. Presentaban fiebre un 27,4% y vómitos o náuseas el 40,3%. De los 62 pacientes recogidos el 58% fueron diagnosticados de apendicitis aguda, siendo intervenidos quirúrgicamente el 91,7%. De éstos el 100% presentó concordancia diagnóstica intraoperatoria, mientras que la concordancia anatomopatológica fue del 90,9%. El 12,1% de los pacientes intervenidos presentó complicaciones: 2 abscesos intrabdominales y 2 cuadros suboclusivos, todos resueltos con tratamiento conservador. Se obtuvo relación estadísticamente significativa con diagnóstico de apendicitis (grupo de estudio) en las variables: blumberg+ (p 0,000), neutrofilia (p 0,002), leucocitosis (p 0,012) y ecografía (p 0,000). No se alcanzó significación ante la presencia de fiebre. El PAS medio en los pacientes del grupo de estudio (apendicitis) fue de 5,4 puntos, frente a 3,4 en el grupo control (no apendicitis). La relación entre el valor del PAS y la presencia o ausencia de apendicitis fue estadísticamente significativa (p 0,001). La sensibilidad del PAS fue del 88,9% y especificidad del 46,2%, con un riesgo relativo de 2,8. Se midió el área bajo la curva ROC obteniéndose un valor de 0,76 (IC95% 0,66-0,85). El punto de corte óptimo fue de 4 puntos.

Conclusiones: El PAS es una herramienta fácil y útil que puede ayudarnos a tomar decisiones ante la sospecha de abdomen agudo. Al igual que en otros estudios, en nuestra muestra ante una puntuación PAS baja se puede descartar abdomen agudo y evitar, por lo tanto, realización de otras pruebas complementarias innecesarias.

**O14: ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: REVISION DE LOS ULTIMOS 20 AÑOS.**

Rodriguez Toro I, Miguez Campos M, Fernandez Cebrian S, Rey Garcia S.

Introducción y Objetivos: El diagnostico de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha aumentado en España en los últimos años. Nuestro objetivo es conocer que ha pasado en la provincia de Ourense recopilando los pacientes diagnosticados en el Complejo Hospitalario de Ourense (CHUO) de los últimos 20 años.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de EII menores de 18 años en nuestro hospital entre 1997 y 2017.

Resultados: Hemos analizado 36 pacientes con EII de los cuales el 58,33% de ellos son varones y el 41,66% mujeres. 18 (50%) de ellos corresponden a enfermedad de Crohn (EC); 13(36,11%) a colitis ulcerosa (CU) y 5(13,88%) a enfermedad inflamatoria intestinal no clasificada (EIInc). La media al diagnóstico en la primera década fue de 1,3 pacientes por año aumentando en los últimos 10 años hasta 2,3 pacientes por año. La media de edad al diagnóstico es de 12,66 años. Media de edad por grupos: EC: 13,8 años; CU: 11,3 años y EIInc: 12 años. En el caso de la EC las manifestaciones clínicas al diagnóstico más frecuentes fueron diarrea, dolor abdominal y pérdida de peso. La localización más frecuente fue la ileocolonica en 55,55% de los casos existiendo enfermedad perianal en el 27%. El 16,6% presenta retraso en el crecimiento. En la CU las manifestaciones más frecuentes fueron: diarrea, rectorragia y dolor abdominal, presentando en un 46,15% de los casos pancolitis y siendo clasificados de brote grave el 30,76%. La media del retraso al diagnóstico en nuestro hospital en meses es de 3 meses siendo por grupos de 3,1 meses en EC, 2.2 meses en CU y 3,6 meses en CI.

Conclusiones: El número de pacientes diagnosticados de EII ha aumentado en Ourense en los últimos 20 años llegando casi a duplicarse en la última década. La media de edad al diagnóstico es de 12,66 años, predominando en varones siendo en un 50% EC. El síntoma predominante en la EII es la diarrea, para evitar el retraso al diagnóstico es importante conocer las manifestaciones más frecuentes.

**O15: EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE ANAFILAXIA ENTRE ESTUDIANTES DE MEDICINA E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN PRÁCTICA**

Fiel Ozores A, Pereiro Fernández S, Del Campo García A, Bandres Sanchez Cruzat F, Fernández Lorenzo J.

Introducción y Objetivos: El aumento de las alergias alimentarias en niños en las últimas décadas ha elevado el número de casos de anafilaxia. Por ello, resulta fundamental que cualquier médico sepa identificar y tratar correctamente una anafilaxia. Por lo tanto, debería formar parte de la formación académica universitaria sanitaria.

Materiales y Métodos: Realizamos dos aproximaciones metodológicas: un estudio descriptivo de los conocimientos sobre anafilaxia de una cohorte de alumnos de medicina mediante un cuestionario; un estudio analítico cuasi-experimental, comparando los resultados previos con los obtenidos tras realizar un taller sobre anafilaxia. El taller consistió en una formación teórico-práctica de 45 minutos.

Resultados: Incluimos 315 encuestados (66% mujeres) de 3º, 4º, 5º, y 6º curso de medicina. El número de respuestas acertadas en el test previo al taller era mayor entre los alumnos de los dos cursos superiores con una diferencia estadísticamente significativa respecto a los otros. Antes de la realización del taller, el 21,6% del total reconocen los síntomas de anafilaxia, elevándose esta cifra al 81,9% posteriormente. Un 32,7% consideraba la adrenalina como tratamiento de elección, elevándose al 94,2% posteriormente, lo que supone un cambio estadísticamente significativo. En cuanto al uso correcto de los autoinyectores, fue bien identificado por el 44,4% de los alumnos antes del taller y por el 87,6% después. En las preguntas planteadas como caso clínico de anafilaxia en pediatría, antes del taller, un 38,4% diagnosticarían la anafilaxia y un 34,9% actuarían de forma adecuada; tras el taller el 93,6% la diagnosticaría y el 69,5% actuaría de forma adecuada, lo que supone un cambio estadísticamente significativo. Un 64% de los estudiantes valoraron negativamente la formación recibida sobre anafilaxia en el plan de estudios universitario. Un 77% valoraron positivamente la formación recibida en el taller.

Conclusiones: El desarrollo de un taller teórico-práctico sobre anafilaxia en niños y manejo de adrenalina autoinyectable dentro de la formación universitaria en medicina, eleva de manera significativa el conocimiento de los futuros médicos y los capacita para su correcta actuación en nuestra muestra. El éxito de nuestro estudio plantea la necesidad de incluir la formación práctica en anafilaxia en el plan de estudios universitarios en medicina.

**O16: INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR ENTEROVIRUS Y PARECHOVIRUS EN MENORES DE 36 MESES EN NUESTRA ÁREA: EPIDEMIOLOGÍA, CLÍNICA Y SECUELAS.**

Fiel Ozores A, Bauluz Bárcena M, Ríos Duro H, González Durán M, Portugués de la Red M, Fernández Lorenzo J.

Introducción y Objetivos: Los enterovirus (EV) y parechovirus (PeV) producen infecciones en niños que suelen ser banales, pudiendo afectar al sistema nerviosos central (SNC). Los EV causa el 90% de las meningitis linfocitarias en pediatría. Destaca el EV D-68, causante de parálisis flácida. El PeV-3 afecta sobre todo a lactantes y se relaciona con neuropatogenicidad. El objetivo de nuestro trabajo es analizar las manifestaciones clínicas y epidemiología de la infección del SNC por EV y PeV en niños menores de 36 meses ingresados en un hospital terciario. Evaluar neurodesarrollo y detectar secuelas a medio plazo de estos casos.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas. Se incluyen pacientes menores de 36 meses diagnosticados de infección del SNC por EV y PeV confirmada por PCR en LCR entre 2013- 2016. Se valora el neurodesarrollo a medio plazo tras realizar una encuesta a los padres [Age and Stages Questionaire (ASQ-3)] validada previamente.

Resultados: 39 son los pacientes incluidos, 37 positivos en LCR para EV y 2 para PeV-3. La edad media al diagnóstico fue de 8,6 meses, 17 pacientes eran neonatos (50%). Precisaron ingreso el 90% de los casos con una estancia media hospitalaria de 5,5 días. El 65% de casos ocurrió entre primavera-verano. La clínica más frecuente fue: fiebre (87%), irritabilidad (49%), vómitos (28%), infección respiratoria alta (23%), cefalea (20%), exantema (8%). El 28% de casos no presentaron pleocitosis de LCR. Aplicada la encuesta con una media de 25 meses posteriores al episodio, se objetivaron 2 pacientes con secuelas neurológicas. Un caso con infección por PeV con afectación en área motora y leucomalacia periventricular en resonancia magnética; otro con alteraciones de interacción social y comunicación. Citar también un paciente excluido de la muestra afecto de parálisis flácida secundaria a EV D-68, detectado en aspirado nasofaríngeo, no en LCR.

Conclusiones: La infección del SNC por EV es frecuente en menores de 3 meses con fiebre sin foco, particularmente durante los meses cálidos. Puede cursar sin pleocitosis. El pronóstico es bueno en la mayoría de los casos. Las secuelas más severas se asocian a PeV-3 y EV D-68. El genotipado de EV-PeV se debe incluir de rutina en infecciones del SNC en lactantes de cara a establecer una alerta y control evolutivo.

**O17: REVISIÓN DE MENINGITIS NEONATAL POR ENTEROVIRUS PROCEDENTE DE LA COMUNIDAD**

CARNICERO IGLESIAS A, ADELAIDA CRESPO SUÁREZ P, LOMBA ESTÉVEZ M, COUCEIRO GIANZO J, FUENTES PEREZ N, TRIGO DAPORTA M.

Introducción y Objetivos: El espectro clínico de la infección neonatal por enterovirus varía ampliamente desde una enfermedad febril inespecífica a cuadros de afectación multiorgánica, potencialmente letales. Analizamos las características clínicas de meningitis neonatal por enterovirus procedentes de la comunidad.

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo en un hospital secundario revisando las muestras de PCR para enterovirus en neonatos procedentes de urgencias desde Enero de 2016 hasta Octubre de 2017. Durante este período ingresaron 77 neonatos, el 9% con diagnóstico final de meningitis por enterovirus. Se analizan las variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, diagnóstico y evolución de todos los neonatos con cuadro sospechoso de sepsis.

Resultados: Resultados de los casos de meningitis por enterovirus: predominio estacional en verano. El motivo de ingreso fue fiebre en todos los casos asociando irritabilidad 3 de ellos. No presentaban alteraciones relevantes en la exploración inicial ni tenían antecedentes perinatales de interés. El diagnóstico se realizó mediante PCR en LCR (cuatro de ellos además en aspirado nasofaríngeo y 3 en heces). Las pruebas analíticas mostraron cifras de leucocitos, neutrófilos y procalcitonina normales. La proteína C reactiva fue positiva en 1 caso con un valor de 2.1 mg/dl. Sólo se detectó pleocitosis en LCR en 2 pacientes (28%). Todos recibieron antibioterapia empírica hasta descartar etiología bacteriana. Se realizó genotipado en 6 de los 7 casos identificándose enterovirus tipo A (CV-A6 y dos casos EV-A71) y tipo B (CV-B3, E-3 y E-18). Uno de los pacientes con EV-A71, genotipo asociado a enfermedad neurológica grave, desarrolló rombencefalitis y miocarditis precisando traslado a hospital terciario. Recibió gammaglobulina inespecífica intravenosa, corticoterapia y su evolución fue favorable sin presentar secuelas al alta. El curso de la enfermedad fue benigno en el resto de pacientes.

Conclusiones: Es importante tener en cuenta la etiología viral (enterovirus, parechovirus u otros) como causa de sepsis neonatal y sus posibles formas de presentación (miocarditis, hepatitis, fallo multiorgánico), especialmente en período epidémico ante cuadros de fiebre sin foco en menores de 28 días. En nuestra serie, a diferencia de otros estudios más amplios, la pleocitosis es un hallazgo poco habitual. Cabe destacar que el genotipo más frecuente en nuestra muestra es el A-71, desarrollando uno de ellos rombencefalitis. Paradójicamente se trata de un genotipo y una forma de presentación atípicas en neonatos, asociada generalmente a población pediátrica.El tratamiento con gammaglobulina inespecífica intravenosa se recomienda en aquellos casos que desarrollen clínica neurológica grave. Distintas terapias antivirales se encuentran en desarrollo (como Pleconaril o Popacavir) no disponibles actualmente.

**O18: PATRÓN DE ACILCARNITINAS NEONATAL PRECURSOR DE UN FENOTIPO METABÓLICO NO SALUDABLE.**

Sánchez Pintos P, Gómez Silva G, Mandiá N, Urisarri A, López Suárez O, Baña A, López Sanguos C, Pérez Muñuzuri A, Fernández Seara M, Cocho J, Couce Pico M.

Introducción y Objetivos: Los recién nacidos (RN) grandes para la edad gestacional (LGA) tienen un mayor riesgo de obesidad, resistencia a la insulina y síndrome metabólico en etapas posteriores de la vida. Los perfiles de acilcarnitinas en niños y adultos obesos se caracterizan por niveles elevados de C3, C5, de ciertas acilcarnitinas de cadena media (C12-) y de cadena larga (C14: 1- y C16-), en tanto que los niveles de C2 aumentan en situaciones de resistencia a la insulina. El objetivo de este estudio es evaluar los perfiles de acilcarnitinas en recién nacidos LGA y compararlo con los perfiles descritos para individuos obesos.

Materiales y Métodos: Previa aprobación del Comité Ético de Galicia (registro 2015/315) se realizó un estudio observacional durante el año 2105 del perfil de acilcarnitinas en las muestras de sangre en papel del cribado endocrino-metabólico, recogidas al 3º día de vida, en todos los RN de nuestro centro, excluyéndose aquellos que fueron diagnosticados de un error congénito del metabolismo que pueda alterar el patrón de acilcarnitinas. En cada neonato se registraron las variables de sexo, edad gestacional, parámetros antropométricos, historia obstétrica de diabetes gestacional, tratamientos maternos recibidos y el análisis de acilcarnitinas (acilcarnitinas totales, de cadena corta, media, larga, carnitina total, ratios indicativos de deficiencia e insuficiencia de carnitina) realizado mediante espectrometría de masas en tándem. Para el análisis estadístico se empleó el paquete estadístico R (versión 3.2.1).

Resultados: De los 2514 RN evaluados, 246 fueron LGA, 2018 de con peso apropiado para la edad gestacional y 250 pequeños para edad gestacional. Los recién nacidos LGA muestran insuficiencia de carnitina (p<0.05), una mayor tendencia a la deficiencia de carnitina (p<0.001) y niveles más altos del total de acilcarnitinas de cadena corta (p <0.001), de C2- (p <0.01), C3- (p<0.001) y de todas las acilcarnitinas de 12, 14 y 16 carbonos, excepto C12: 1. No se observaron diferencias significativas entre los recién nacidos LGA nacidos de madres con o sin antecedentes de diabetes gestacional.

Conclusiones: La novedad de este estudio reside en la demostración en el período postnatal inmediato en LGA de un perfil de acilcarnitinas característico de la obesidad infantil y adulta y relacionado con un fenotipo metabólico no saludable. La identificación precoz de este perfil, podría ayudar a establecer una intervención dietética temprana para reducir el riesgo de sobrepeso y síndrome metabólico en etapas posteriores de la vida.

**O19: HALLAZGOS ENDOSCOPICOS EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA PEDIATRICA. REVISION DE LOS ULTIMOS 20 AÑOS**

Sevivas Fontoura, Cabo V, Fernández Cebrián S, Fernández Viso S, Ferreiro Rodríguez M, Rey García S.

Introducción y Objetivos: En la hemorragia digestiva pediátrica, tanto alta como baja, la endoscopia digestiva es el procedimiento diagnóstico de elección que permite tratamiento si es preciso. El objetivo de este estudio ha sido revisar lo que ha sucedido con la hemorragia digestiva en nuestro Hospital durante 20 años.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes pediátricos con hemorragia digestiva sometidos a endoscopia por los Pediatras de la Unidad de Digestivo Infantil del Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, desde 1996 hasta 2016.

Resultados: De un total de 1869 endoscopias digestivas a niños de 0 a 15 años, 221 (11,82%) fueron por hemorragia digestiva. 2 han sido rechazadas. De las 219 restantes, 119 exploraciones han sido altas, y 100 bajas. En 70 (31,60%) no encontramos hallazgos patológicos. No hemos tenido ninguno sangrado que requiriese hemostasia. El motivo de realización fue: 99 hematemesis, 88 rectorragias, 13 melenas, 13 sangre oculta en heces y 6 hematoquecia. Los hallazgos en la hematemesis: blancas 26 (26.26%), esofagitis 25 (25.25%), gastritis aguda 14 (14,14%), gastritis crónica por helicobacter pylori 11 (11,11%), ulcera péptica 8 (8.08%), ingesta de aines 5 (5,05%), gastritis crónica no HP 5 (5,05), ingesta de caustico 2 (2,02%), ingesta de corticoides 1 (1,01%), intoxicación con evacuol 1 (1,01%), alergia a PLV 1 (1,01%). Los hallazgos en las melenas: blancas 5 (38,46%), gastritis crónica no HP 4 (30,76%), esofagitis 1 (7,69%), aines 1 (7,69%), ulcera péptica 1 (7,69%), gastritis aguda 1 (7,69%). Los hallazgos en sangre oculta en heces: blancas 7 (53.84%), esofagitis 4 (30.76), colitis inespecífica 2 (15,38%). Los hallazgos en la rectorragia fueron: blancas 29 (32.95%), pólipos 16 (18.18%), colitis ulcerosa 10 (11.36%), alergia no IgEPLV 8 (9,09%), fisura anal 7 (7.95%), colitis inespecífica 5 (5.68%), ulcera rectal 3 (3,40), colitis bacteriana 2 (2,27%), colagenopatia 2 (2,27%), malformación vascular 1 (1,13%), epidermólisis bullosa 1 (1,13%), hemorroides 1 (1,13%), granuloma piógeno 1 (1,13%), cuerpo extraño 1 (1,13%), hiperplasia folicular linfoide 1 1,13%), traumatismo anal 1 (1,13%). Los hallazgos en la hematoquecia fueron: blancas 2 (33,33%), enfermedad de Crohn 2 (33,33%), Hiperplasia folicular linfoide 1 (16,66%), colitis inespecífica 1 (16,66%).

Conclusiones: la endoscopia digestiva es un examen fiable para el diagnóstico de la hemorragia digestiva a pesar del porcentaje de exploraciones normales (31,60%). Llama la atención la baja frecuencia en nuestro estudio de hemorragia digestiva por fármacos y que los sangrados no fueron tan importantes como para requerir tratamiento específico.

**O20: ESCLEROSIS TUBEROSA: VARIANTES CLÍNICAS EN SU PRESENTACIÓN**

Sevivas Fontoura C, Carreira Sande N, Gonzalez Lopez T, Fontenla Garcia J, Rey Garcia S.

Presentación: La esclerosis tuberosa (ET) es un síndrome neurocutáneo de HAD que afecta a 1 de cada 15000 RN, con un 100% de penetrancia y expresividad variable. Se produce por anomalías en genes (TSC1 y TCS2) que codifican las proteínas hamartina y tuberina, responsables del efecto de frenado en la vía mTOR que regula el crecimiento y proliferación celular. Describimos tres pacientes, cuya forma de presentación de la enfermedad refleja la heterogeneidad clínica de este síndrome.

Casos Clínicos

1. Niña de 2 meses remitida por espasmos infantiles. Durante el ingreso, se objetiva la presencia de múltiples máculas hipocrómicas. La RMN muestra nódulos subependimarios periventriculares y túberes. En el estudio genético se observa una mutación en el gen TSC2. En la actualidad, presenta una epilepsia refractaria por lo que recibe tratamiento con múltiples antiepilépticos y everolimus.

2. Niña de 9 meses que ingresa por encefalopatía aguda (fiebre, letargia, vómitos). En el análisis del LCR, la bioquímica es normal y se detecta Herpesvirus 6. El EEG presenta un trazado desorganizado y enlentecido de predominio izquierdo con actividad paroxística focal a nivel rolándico temporo-occipital izquierdo. El diagnóstico diferencial inicial es de encefalitis por Herpesvirus 6 VERSUS estatus convulsivo. Tras la estabilización de la paciente, se observan lesiones hipocrómicas múltiples, la mayor en la pierna derecha. Se realiza una RMN en la que se aprecian nódulos subependimarios, quistes parenquimatosos y túberes corticales. El estudio genético revela una mutación en el gen TSC2. La paciente recibe tratamiento con levetiracetam y vigabatrina. Desarrolló varios estatus parciales complejos en relación con procesos infecciosos.

3. RN que es diagnosticada en las ecografías antenatales de una tumoración cardíaca. Se realiza un ecocardiograma al nacimiento observándose un rabdiomioma en el ventrículo izquierdo y otras tumoraciones de menor tamaño en ambos ventrículos. Se realiza una RMN (túberes corticales, nódulos subependimarios y líneas de migración radial) que confirma el diagnóstico de ET. A los 2 meses de vida, se observan máculas hipocrómicas e inicia espasmos infantiles. Presenta buena respuesta al tratamiento con vigabatrina. El estudio genético está pendiente de resultado.

Conclusiones: En un paciente con espasmos infantiles, debemos buscar lesiones cutáneas hipopigmentadas que nos orienten al diagnóstico de ET y al tratamiento con vigabatrina. Ante una encefalopatía aguda, la presencia de máculas hipopigmentadas obliga a descartar ET. La presentación como rabdiomioma cardíaco permite obtener un diagnóstico temprano de ET, controlar las manifestaciones clínicas y electroencefalográficas e iniciar de forma precoz el tratamiento con vigabatrina.

**PÓSTERS:**

**P01: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL. NEFRITIS LÚPICA.**

Mariño García, Trincado Aller N, Castro Aguiar S, Vergara Pérez I, Martínez Regueira S, Pardo Vázquez J.

Presentación: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinflamatoria crónica de etiología desconocida, que afecta múltiples órganos y sistemas. La prevalencia del lupus eritematoso sistémico en los últimos años ha aumentado dado que se han incluído el uso de los nuevos criterios clínicos SLICC (más sensibles), y que ha aumentado la supervivencia de los pacientes ante el uso de nuevos tratamientos. La edad pediátrica presenta formas clínicas más graves, entre las cuales se encuentra la nefritis lúpica. Existen 6 clases, siendo la tipo IV (nefritis lúpica difusa), la más frecuente y la de peor pronóstico.

Caso Clínico: Niña de 14 años, sin antecedentes personales de interés, valorada en el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital por presentar astenia, artralgias y edemas en miembros inferiores. En la exploración destacaba eritema malar, edema en miembros e hipoventilación pulmonar derecha. Se realizó analítica sanguínea destacando anemia, leucopenia y trombocitopenia, y derrame pleural derecho en radiografía de tórax. Se decidió su ingreso para completar estudios, destacando ANAs (1:1280), antidsDNA (352 UI/mL) y Coombs directo positivos, con déficit de complemento asociado (C4 2 mg/dl y C3 27 mg/dl). Mostraba hipertensión arterial, proteinuria en rango nefrótico y disminución del aclaramiento de creatinina, confirmándose en biopsia renal datos de nefritis lúpica difusa tipo IV activa y crónica. Se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona, seguidos de prednisona oral junto a micofenolato e hidroxicloroquina. Presentó escasa respuesta a los anteriores cambiando tratamiento a ciclofosfamida intravenosa mensual. Fue dada de alta ante mejoría clínica y actualmente es seguida en consultas de Reumatología y Nefrología pediátrica.

Conclusiones: El lupus eritematoso sistémico de diagnóstico en edad pediátrica muestra formas clínicas más graves y peor pronóstico que en adultos. De ahí la importancia de realizar un diagnóstico precoz, a pesar de la dificultad de pensar en esta enfermedad dada la clínica tan variada y poco específica que presenta. Se debe optimizar el tratamiento en cada paciente, para disminuir los períodos de actividad de la enfermedad, frenar la progresión hacia estadios avanzados de enfermedad renal crónica y disminuir su mortalidad.

**P02: MOTIVOS DE CONSULTA EN URGENCIAS EN MENORES DE TRES MESES Y DIFERENCIAS SEGÚN EDAD.**

González Méndez, Yáñez Mesía S.

Introducción y Objetivos: Describir las características epidemiológicas de los motivos de consulta en menores de 3 meses. Analizar las diferencias entre cohortes: 3 a 15 días y 15 a 90 días de vida.

Materiales y Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyeron a 376 pacientes menores de tres meses atendidos entre enero y marzo de 2016 en el Hospital Teresa Herrera. Se dividieron en dos cohortes; de 3 a 15 días y de 16 a 90 días. Se analizaron las características epidemiológicas, con media y desviación estándar de las variables cuantitativas y porcentajes de las variables cualitativas.

Resultados: La primera cohorte (3-15 días) incluía 82 pacientes lo que corresponde a 22.1% de las visitas totales y el 15 % de la población estudiada. Los motivos principales de consulta por orden fueron llanto, el mal aspecto del cordón umbilical, tos o rinorrea y rechazo de tomas. En 53 casos (65%) no se realizaron pruebas complementarias, siendo alta sin precisar observación en el 73% de las visitas. La segunda cohorte (16-90 días) incluye 285 pacientes. Los motivos principales de consulta por orden fueron tos o rinorrea, fiebre, llanto, vómitos y dificultad respiratoria. En 137 casos (47.9%) no se realizó ninguna prueba complementaria siendo alta sin necesidad de observación en el 48.9% de las visitas.

Conclusiones: El grupo de 3 a 15 días consulta más por cuestiones banales. Sus principales motivos de consulta están en relación con el cuidado del niño sano como son el llanto, cuidados del cordón umbilical o rechazo de tomas. La mayoría de las consultas son dadas de alta sin necesidad de realizar pruebas complementarias, observación o ingreso. En contraposición las visitas de los niños entre 16-90 días consultan principalmente por problemas respiratorios y fiebre, necesitando un mayor número de pruebas complementarias y observación. Para disminuir estas visitas innecesarias en la primera cohorte sería necesaria mejorar la educación sanitaria, tanto a nivel hospitalario con una mayor información al alta, como desde atención primaria, por ejemplo adelantando la primera revisión de salud.

**P03: HIPOPLASIA CONGÉNITA DEL ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO.**

Mariño García P, Fernández Trisac J, Martínez Regueira S, Ávila Álvarez A, Taboada Perianes M, Fuentes Carballal J.

Presentación: La hipoplasia del músculo esternocleidomastoideo se trata de una entidad clínica rara. Provoca la rotación de la cabeza al lado contralateral, pudiendo constituir una causa infrecuente de tortícolis congénita. Entre sus causas se encuentran el síndrome del nevo de Becker y la artrogriposis múltiple congénita. El 20% de los niños con tortícolis muscular congénita presentan de forma asociada algún grado de luxación congénita de cadera, por lo que también habría que descartarla. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen como la ecografía o la resonancia cervical. Requiere un diagnóstico precoz, que permita su derivación a Rehabilitación Infantil, para instaurar lo más tempranamente posible una fisioterapia que estimule y tonifique el músculo hipoplásico, consiguiendo posteriormente una adecuada movilidad cervical. En el 90% de los casos se consigue la corrección completa sin deformidades residuales. Sin embargo si el tratamiento no se realiza en los primeros meses de vida, pueden presentarse anomalías físicas a otros niveles como plagiocefalia, hipoplasia maxilar, escoliosis o pie equinovaro. De ahí la importancia de un tratamiento a tiempo.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una niña con sospecha de tortícolis muscular congénita tras la exploración en la planta de puerperio el segundo día de vida. Como antecedentes obstétricos era un embarazo controlado, con ecografías normales, nacida mediante cesárea por podálica en la semana 39 +1, presentando al nacimiento un peso de 3040 g. En la exploración física destacaba asimetría a nivel muscular cervical, asociando lateralización de la cabeza hacia la derecha con mentón dirigido hacia la izquierda. Se realiza ecografía cervical presentando hallazgos compatibles con hipoplasia del esternocleidomastoideo derecho, que se encuentra disminuído de tamaño respecto al contralateral. Dada la asociación con la displasia de caderas se realiza ecografía de las mismas, mostrando disminución de la cobertura de las cabezas femorales en probable relación con hiperlaxitud por inmadurez. Fue valorada por Traumatología y Rehabilitación Infantil, recomendando realizar ejercicios domiciliarios. Permaneció en seguimiento mensual por Rehabilitación Infantil, mostrando a los 2 meses de vida la cabeza centrada con adecuada movilidad, por lo que fue dada de alta a los 4 meses.

Conclusiones: La hipoplasia del esternocledomastoideo aunque es muy infrecuente, es preciso descartarla en caso de tortícolis muscular congénita, pudiendo asociarse a otras anomalías congénitas. La importancia de su detección precoz, radica en la posibilidad de corrección de la práctica totalidad de los casos tras un adecuado tratamiento rehabilitador.

**P04: REVISIÓN DE CASOS DE PIELONEFRITIS AGUDA EN MENORES DE 36 MESES EN NUESTRA ÁREA SANITARIA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.**

Vila Díaz S, Germil Ares I, Urricelqui Laparte G, Sánchez Dominguez A, Romarís Barca R, Torrado Chouciño A.

Introducción y Objetivos: Una de las causas más frecuentes de infección bacteriana grave en lactantes es la pielonefritis aguda (PNA), cuya secuela más prevalente a largo plazo es la instauración de cicatrices renales. Es importante la sospecha clínica para un diagnóstico y tratamiento precoces, adecuado a los factores de riesgo, para reducir la probabilidad de daño renal. El objetivo de este trabajo es revisar la incidencia de los pacientes ingresados por PNA de niños menores de 36 meses, y su relación con la clínica, las pruebas de imagen y la bacteriología.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes de 1-36 meses, ingresados por primer episodio de PNA en nuestra área sanitaria en los últimos 10 años. Se recogieron las variables demográficas, junto con bacteriología, ecografía, CUMS, gammagrafía-DMSA y recidivas. Se consideró como probable PNA a su ingreso la presencia de fiebre y/o afectación del estado general y/o elevación de reactantes de fase aguda (PCR > 20mg/l).

Resultados: Se incluyeron 251 pacientes, siendo por debajo de los 3 meses el 70% varones, y por encima de los 3 meses el 65% mujeres. Se dividió a los pacientes en tres grupos etarios: <3 meses (28.6%), 3-6 meses (30.6%), y > 6 meses (40.6%). La mayoría estaban febriles al ingreso (97%). Se aisló como germen responsable E. Coli en el 92% de los casos. Existía antecedente de alteración ecográfica prenatal solo en el 8.3% de los pacientes. La ecografía en el momento agudo detectó dilatación de la vía urinaria en el 28.6%. En 95 pacientes se indicó CUMS: 69% normal, 22% RVU grado I-III, 9% RVU grado IV-V. La adherencia a la gammagrafía DMSA a los 6 meses fue del 53%. De los efectuados, en un 20% se hallaron cicatrices renales. El 15.5% de los pacientes, tuvieron nuevos episodios de PNA que precisaron ingreso.

Conclusiones:

- El 20% de las gammagrafías- DMSA de pacientes de 1-36 meses hospitalizados por PNA desarrolla cicatrices renales a los 6 meses, siendo este dato similar a los obtenidos en la literatura.

- De los pacientes con gammagrafía patológica, solo 3 presentaron PNA causada por germen diferente a E.Coli (P.aureginosa, K.pneumoniae y E.Faecalis), y en sólo 6 pacientes se había encontrado patología prenatal.

- Las cicatrices se relacionaron con mayor recurrencia de los episodios (40%), y reflujo vesico-ureteral grave (35%).

- La prevalencia de RVU en nuestro estudio es similar a la obtenida en la literatura (31%, vs 18-38%).

**P05: REVISIÓN DE LOS PACIENTES CON ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE (NEC) INGRESADOS EN NUESTRO HOSPITAL EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.**

GERMIL ARES I, VILA DIAZ S, URRICELQUI LAPARTE G, SANCHEZ DOMINGUEZ A, ROMARIS BARCA R, CARBALLEIRA GONZALEZ I, TORRADO CHOUCIÑO A, LUACES GONZALEZ J, FERNANDEZ PRIETO R.

Introducción y Objetivos: En el desarrollo de la enterocolitis necrotizante (NEC) intervienen isquemia, hipercrecimiento bacteriano y respuesta inflamatoria sistémica dando como resultado necrosis intestinal, con/sin perforación. Es la urgencia abdominal más frecuente en periodo neonatal y según diferentes estudios, la prematuridad es el mayor factor de riesgo; siendo los nacidos entre 30-32 semanas de edad gestacional (EG) el grupo más afectado. Sin embargo, los a término (RNAT) también pueden padecer este cuadro (10% según diversas series). Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes con NEC atendidos en nuestra UCIN.

Materiales y Métodos: Se realiza estudio retrospectivo, donde se analizan todos los casos de NEC diagnosticados en nuestro hospital entre los años 2008-2017. Se recogen los siguientes datos: EG y peso al nacimiento, sexo, factores de riesgo de asfixia perinatal e infeccioso, resultados de cultivos y tratamiento.

Resultados: Se estudiaron 32 pacientes ingresados en nuestro hospital en el periodo mencionado. 17 fueron mujeres (53%), prematuros el 47% del total (60% de los varones y 35% de las mujeres). La media de EG fue de 35 semanas. En cuanto a factores de riesgo de NEC: 31,2% (10 pacientes) tenían un percentil de peso al nacimiento menor p10 (60% RNAT); 60% de nuestros niños (19 pacientes) habían sufrido pérdida de bienestar fetal (52% eran RNAT); y el 75% de los casos tenían al menos un factor de riesgo infeccioso perinatal (EGB positivo, amniorrexis prolongada o fiebre materna intraparto). El 68% de nuestros pacientes (22 niños) iniciaron clínica sugestiva de NEC en las primeras 72 horas de vida (72,7% eran RNAT) y el 25% lo hicieron más allá de la primera semana de vida, correspondiendo en su mayoría (el 87,5%, 7 pacientes de 8) a RNPT. En cuanto a resultados de cultivos, se halló hemocultivo o cultivo de líquido ascítico positivo en 8 de nuestros pacientes (25%), siendo el germen más frecuentemente aislado E. Coli. 9 pacientes precisaron tratamiento quirúrgico (55% RNAT).

Conclusiones: La NEC puede darse tanto en RNAT como prematuros. En nuestro estudio objetivamos diferencias entre ambos grupos a pesar de la pequeña muestra:

- Los RNAT desarrollan clínica de manera más precoz, tal vez debido al inicio de la alimentación también más temprana.

- Los factores predisponentes (bajo peso, hipoxia, riesgo infeccioso) estaban presentes en la mayoría de los neonatos.

- Aparentemente la evolución de NEC en los RNAT no fue mejor que para los prematuros dados los porcentajes similares de tratamiento quirúrgico.

**P06: MALFORMACIONES INTERNAS CON SIMETRÍA INVERSA EN GEMELOS MONOCIGÓTICOS: HIPOPLASIA PULMONAR EN ESPEJO.**

Casal Beloy I, Míguez Fortes L, Blanco Portals C, García González M, Rodríguez Ruíz M, Curros Mata N, Lema Carril A, Tellado Gómez M, Ávila Álvarez A, Somoza Argibay I, Dargallo Carbonell T.

Presentación: La hipoplasia pulmonar (HP) primaria es una enfermedad rara y generalmente letal. Ocurre en 9-11 de cada 10.000 nacidos vivos y su asociación con la atresia esofágica (AE) es excepcional, con menos de 50 casos descritos en la literatura científica. Hasta un 8% de las gestaciones múltiples son “gemelos en espejo”. Esto sucede ante una división tardía del blastocisto durante su desarrollo uterino (9º-14º día), cuando ya ha definido su lateralidad. En estos casos, los gemelos resultantes podrían asociar malformaciones internas con simetría inversa, como sería el caso de las pacientes que presentamos a continuación: dos gemelas monocigóticas con HP en espejo, (una de ellas con HP izquierda y otra con HP derecha y AE asociada).

Caso Clínico: Mujer sana, 39 años, sin antecedentes obstétricos de interés. Hijo previo sano. Embarazo gemelar monocorial-monoamniótico con sospecha prenatal de cardiopatía cóngenita en ambos fetos. El parto se produce a las 32 semanas, sin incidencias. Al nacimiento, en la primera gemela se confirma una HP izquierda severa, con levocardia e hipoplasia de ramas pulmonares izquierdas; En la segunda se confirma una HP derecha, dextrocardia e hipoplasia de vasos pulmonares derechos y AE tipo III. La primera gemela precisó soporte ventilatorio no invasivo (BiPAP con FiO2 máxima al 30%), con retirada al 7º día, iniciando oxigenoterapia ambiental. Se mantuvo asintomática desde el punto de vista infeccioso, digestivo y metabólico-renal. Actualmente, con seis meses de vida, continua asintomática. En el segundo caso se realizó una intervención quirúrgica urgente (a las 3 horas de vida), mediante cierre de la fístula traqueo-esofágica y anastomosis esofágica término-terminal. Tras la intervención, la paciente desarrolló un fallo renal, hemodinámico y respiratorio progresivo, con el consecuente fallecimiento a los 6 días de vida.

Conclusiones: Más del 50% de pacientes con HP presentan anomalías asociadas y el 50% fallecen durante el primer mes de vida a causa de estas anomalías concomitantes. La asociación de HP con AE es una condición poco frecuente, y según la literatura revisada, con una mortalidad de prácticamente el 100% de los casos a pesar de un tratamiento médico y quirúrgico intensivo inicial. Actualmente, el uso de la ultrasonografía fetal ha mejorado significativamente la capacidad de diagnosticar la enfermedad torácica fetal, sin embargo, el diagnóstico prenatal de HP asociada a AE todavía pasa inadvertido en la mayoría de los casos.

**P07: REVISIÓN DE CASOS: BRONQUILITIS AGUDA.**

URRICELQUI LAPARTE G, GERMIL ARES I, VILA DIAZ S, SANCHEZ DOMINGUEZ A, GARCIA FERNANDEZ M, CARBALLEIRA GONZALEZ I, ROMARIS BARCA R, FERNANDEZ PRIETO R.

Introducción y Objetivos: La bronquiolitis aguda es la enfermedad de vías respiratorias más frecuente en lactantes y la primera causa de hospitalización en menores de 1 año en nuestro medio. Se trata de una obstrucción inflamatoria de las vías aéreas pequeñas principalmente por infecciones virales. El incremento progresivo del uso de ventilación mecánica no invasiva ha conllevado un descenso en la utilización de técnicas de soporte respiratorio más agresivas, reduciendo el tiempo de ingreso y complicaciones. El objetivo del estudio es conocer el verdadero alcance de la carga asistencial relacionada con esta enfermedad, profundizando en su gravedad y evolución, en base a la experiencia en nuestro centro.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional restrospectivo de todos los pacientes de nuestra Área Sanitaria ingresados con diagnóstico de bronquiolitis aguda durante 2016 y 2017. Para poder estratificar la gravedad y evolución, se recogieron las siguientes variables: sexo, etiología, época, duración y unidad de ingreso, medidas asistenciales precisadas, tiempo de aplicación de las mismas, y existencia o no de factores de riesgo predisponentes a bronquiolitis grave.

Resultados: Durante los dos años estudiados ingresaron 136 pacientes por bronquiolitis (61 mujeres y 75 hombres). El 95.59% ingresaron en los meses epidémicos. Un 19.21% tenía factores de riesgo para desarrollar bronquiolitis grave. 38 pacientes necesitaron tratamiento en UCIP con igual distribución por sexos, de los cuales un 31.57% tenía factores de riesgo. 98 pacientes ingresaron en planta de hospitalización, (56 hombres y 42 mujeres), de los cuales un 14.28% tenía factores de riesgo. En cuanto a las medidas de soporte respiratorio, de los 38 pacientes ingresados en UCIP, 21 necesitaron GNAF (55.26 %), 12 CPAP (31.57%), 2 BIPAP (5.26%) y 1 ITO (2.63%), 1 oxigeno a bajo flujo (2.63%) y 1 no precisó soporte respiratorio (2.63%). De los 98 pacientes ingresados en planta, 59 (60.2%) precisaron oxígeno a bajo flujo mientras que 11 (11.22 %) precisaron GNAF y 28 (28.57%) no precisaron asistencia respiratoria. La duración media del ingreso en UCI fue 8.65 días.

Conclusiones: La bronquiolitis en nuestra área sanitaria afecta fundamentalmente a varones (55% de nuestros ingresos) y parece ser más grave en mujeres. La bronquiolitis es más frecuente en los meses epidémicos. El soporte respiratorio más utilizado en UCI fueron las GNAF y en la planta fue el aporte de oxígeno a bajos flujos. La presencia de factores de riesgo se relaciona con desarrollo de bronquiolitis grave, necesidad de ingreso en UCI, y mayor estancia media.

**P08: FIEBRE EN EL NIÑO PROCEDENTE DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL: MALARIA.**

Sánchez Domínguez A, Germil Ares I, Vila Díaz S, Urricelqui Laparte G, Carballeira González I, Torrado Chouciño A, Fernández Prieto R.

Presentación: El paludismo, producido por el protozoo Plasmodium, clásicamente se caracterizaba por afectar a áreas endémicas principalmente africanas. Debido al aumento de los flujos migratorios en las últimas décadas es común encontrarse con casos importados en nuestro país, afectando aproximadamente un 17 % de los declarados en España a menores de 14 años. Debemos sospecharlo ante todo cuadro febril en un niño procedente de zona endémica y confirmar nuestra sospecha con la realización de un frotis de sangre periférica o gota gruesa, detección antigénica o reacción en cadena polimerasa (PCR). El tratamiento variará en función del subtipo de Plasmodium responsable de la infección y de la presencia de resistencias a antipalúdicos en la zona de contagio.

Caso Clínico: Paciente de 8 años y 10 meses, originario de Burundi, llegado hace 3 semanas a nuestra área sanitaria que presenta fiebre en picos de 39ºC de 2 semanas de evolución, cefalea, dolor abdominal y disminución de la ingesta. A la exploración física destaca abdomen doloroso en ambos hipocondrios y epigastrio con hepatomegalia y esplenomegalia. Como pruebas complementarias se realizó un hemograma, que evidenció leve leucopenia con fórmula normal, anemia, trombopenia y un estudio bioquímico con elevación de reactantes de fase aguda. Ante los hallazgos exploratorios se solicitó una ecografía abdominal que confirmó esplenomegalia y hepatomegalia. Sospechando paludismo se realizó un frotis de sangre periférica donde objetivan presencia de trofozoítos maduros y esquizontes de Plasmodium malariae, por lo que se inició tratamiento con dyhidroartemisinin-piperaquina y primaquina siguiendo las indicaciones en función de las altas resistencias a antipalúdicos en Burundi. Evolucionó favorablemente desapareciendo la fiebre a las 48 horas, con normalización progresiva de los reactantes de fase aguda y los niveles de plaquetas y con disminución de la esplenomegalia, así como negativización del estudio parasitológico en sangre, recibiendo el alta hospitalaria a los 7 días.

Conclusiones: El aumento de la población inmigrante, de los niños procedentes de adopción internacional y de los viajeros a países tropicales y en vías de desarrollo que se ha producido en los últimos años hace recomendable ampliar nuestros conocimientos sobre patología infecciosa importada. Dado que el paludismo es considerado la 4ª causa de mortalidad infantil en el mundo después de la patología perinatal, las infecciones respiratorias y la diarrea, es importante hacer un diagnóstico y tratamiento tempranos para atenuar las secuelas y reducir la morbimortalidad asociada.

**P09: ACTINOMICOSIS OSTEOARTICULAR Y RETROPERITONEAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Casal Beloy I, Míguez Fortes L, Blanco Portals C, García González M, Rodríguez Ruíz M, Curros Mata N, Lema Carril A, Tellado Gómez M, Somoza Argibay I, Dargallo Carbonell T.

Presentación: La actinomicosis pediátrica es una enfermedad infrecuente y supone menos del 3% del total de casos en la población. El microorganismo responsable en la mayoría de los casos es Actinomyces Israelii. La infección se produce habitualmente a nivel cérvicofacial (65%), torácica (15%) o abdominal (20%), y su debut a nivel osteoarticular es excepcional (1%). Presentamos el caso de un paciente con actinomicosis a nivel osteoarticular y extensión retroperitoneal, en probable relación a la punción de la vacuna de la hepatitis B al nacimiento.

Caso Clínico: Paciente varón, 2 años y 2 meses. Acude a urgencias por cuadro de 4 días de fiebre elevada y afectación del estado general. Entre sus antecedentes destacan episodios febriles autolimitados de dos días de duración con alteración concomitante de la marcha. A la exploración evidenciamos dolor con la palpación y movilidad de cadera izquierda. A ese mimo nivel se identifica un orificio fistuloso, coincidente con el lugar de vacunación de la hepatitis B al segundo día de vida. Los estudios radiológicos complementarios (ecografía y RMN) evidenciaron un trayecto fistuloso desde el orificio cutáneo hasta la región glútea, con gran afectación inflamatoria a dicho nivel. Asimismo evidencian una comunicación a través de un defecto óseo en el hueso ilíaco, entre las partes blandas glúteas afectas y la región retroperitoneal e inguinal ipsilateral, musculatura ilíaca y psoas. Tras drenaje quirúrgico de zonas afectas, el cultivo obtenido resultó positivo para Actinomices spp. Se realizó entonces nueva intervención para limpieza y desbridamiento más extenso y se inició antibioterapia con Imipenem y Daptomicina durante seis semanas. La RMN posterior mostró nuevos focos de miositis. Ante la buena evolución del paciente se decidió iniciar antibioterapia oral prolongada con Amoxicilina y controles radiológicos seriados hasta la resolución completa de las lesiones. Actualmente el paciente se encuentra asintomático desde el punto de vista clínico y analítico.

Conclusiones: De acuerdo con la literatura revisada, el porcentaje de casos de actinomicosis en su forma osteoarticular y retroperitoneal es excepcional. Independientemente de su escasa frecuencia, es una endermedad a considerar en el diagnóstico diferencial ante una masa inflamatoria de curso crónico y con mala respuesta a antibioticoterapia. Existen casos de estabilidad clínica con empeoramiento radiológico a pesar de un tratamiento óptimo. En estos pacientes, la antibioterapia oral prolongada y los controles radiológicos seriados hasta evidenciar la curación deberían ser la norma.

**P10: LÁMINA DE REGENERACIÓN DÉRMICA MONOCAPA COMO COBERTURA EN CIRUGÍAS DE SECUELAS DE HIPOSPADIAS.**

Casal Beloy I, Somoza Argibay I, García González M, Míguez Fortes L, Blanco Portals C, Dargallo Carbonell T.

Introducción y Objetivos: El hipospadias es la anomalía uretral congénita más común, afectando a 1 de cada 300 recién nacidos vivos, y la fístula uretrocutánea es la complicación más frecuente tras su reparación quirúrgica. La utilización de flaps de túnica vaginal testicular y dartos prepucial son actualmente, las alternativas más eficaces en la cirugía de la fístula. Sin embargo, en los pacientes con fístulas recurrentes, la ausencia de tejido prepucial o testicular platea un importante problema para el cirujano a la hora de seleccionar la técnica quirúrgica adecuada. En estos pacientes, la cobertura uretral con biomateriales podría ser una alternativa adecuada. Nuestro objetivo es evaluar la aplicabilidad y los resultados iniciales del tratamiento de la fístula uretrocutánea recurrente en la población pediátrica mediante la utilización de una lámina de regeneración dérmica como cobertura uretral.

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio prospectivo desde Mayo del 2016 hasta Marzo del 2017. Operamos 8 fístulas utilizando una lámina Integra®. Los criterios de inclusión fueron: una o varias cirugías de reparación de fístula sin éxito, más de 6 meses de evolución desde la última cirugía, ausencia de tejido prepucial. Se realizó la disección del trayecto fistuloso, la sección del mismo y el posterior cierre del defecto uretral. Una lámina de regeneración dérmica monocapa se utilizó como cobertura sobre la sutura uretral. Finalmente se realizó un colgajo cutáneo de rotación evitando la superposición de las suturas. Se realizó un seguimiento mensual de los pacientes en consulta mediante exploración física y evaluación del chorro miccional.

Resultados: Se incluyeron 7 pacientes en el estudio (8 fístulas). Localización: 2 fístulas proximales, 2 medias y 4 distales. Edad media en el momento de la cirugía: 7 años (R: 3-13). Tamaño medio de las fístulas: 3mm (R: 2-4mm). Media de cirugías previas: 3 (R: 2-5). Tiempo quirúrgico medio: 72 min (R: 45-160). Mantenimiento medio sonda vesical: 4 días (R: 2-7). No existieron complicaciones durante la cirugía. Durante un seguimiento medio de 9 meses (R: 5-13), únicamente 1 paciente (12%), que sufrió una infección de la herida quirúrgica durante el postoperatorio inmediato, sufrió una recidiva de la fístula uretrocutánea. El resto de los pacientes (88%) no desarrollaron ninguna complicación durante su evolución.

Conclusiones: En nuestra experiencia inicial, la técnica descrita parece sencilla, segura y eficaz en el manejo de los pacientes con fístulas uretrocutáneas recurrentes. No obstante, estudios a largo plazo son necesarios para corroborar estos resultados.

**P11: QUISTE TIROGLOSO CALCIFICADO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS MASAS CERVICALES DE LA LÍNEA MEDIA.**

Casal Beloy I, García González M, Míguez Fortes L, Blanco Portals C, Dargallo Carbonell T.

Presentación: El quiste tirogloso representa la causa más común de masa cervical en la línea media durante la infancia. La calcificación de su pared supone un marcador específico de malignidad, que puede desarrollarse hasta en el 1% de los casos. Sin embargo, la presencia de calcificación en ausencia de malignidad es excepcional. Presentamos el caso de una escolar de 5 años con diagnóstico de quiste tirogloso benigno calcificado.

Caso Clínico: Mujer de 5 años de edad, africana, sin antecedentes personales ni familiares de interés, remitida al cirujano pediátrico por masa cervical media de 1 mes de evolución sin otra clínica asociada. En la exploración física dirigida se evidenció una tumoración a nivel de la línea media, de consistencia dura y rugosa, no adherida a los planos profundos, móvil, (sobre todo a expensas de la deglución y movimientos linguales), compatible con quiste tirogloso. La masa no presentó datos externos de inflamación o infección tales como dolor o enrojecimiento. No fiebre asociada. El resto del examen físico fue normal, sin evidenciar adenopatías a ningún nivel u otras alteraciones destacables. Se realizó una ecografía cervical que evidenció un nódulo heterogéneo con calcificaciones y aumento de vascularización de 2x1cm, en contacto con el cartílago tiroideo, fundamentalmente izquierdo. La glándula tiroides presentó unas características adecuadas y no se observaron ganglios aumentados de tamaño perilesionales. Ante dichos hallazgos, se estableció el diagnóstico diferencial inicial de teratoma, condroblastoma o neuroblastoma y se decidió ampliar los estudios complementarios. No existieron alteraciones en los parámetros analíticos ni elevación de marcadores tumorales. La radiografía lateral cervical simple mostró calcificaciones anteriores al cartílago tiroides y la resonancia magnética cervical resultó inespecífica. Ante los hallazgos no concluyentes se decidió realizar una cirugía programada con la finalidad de extirpar completamente la lesión (técnica de Sistrunk). La anatomía patológica confirmó la presencia de un quiste tirogloso calcificado y sin evidencia de células con características de malignidad. Con tres meses de seguimiento, la paciente continua asintomática y sin recidiva de la lesión.

Conclusiones: La presencia de un quiste tirogloso benigno calcificado es excepcional. Su existencia constituye un desafío para el cirujano pediátrico, ya que amplía el diagnóstico diferencial de las masas cervicales calcificadas, donde comúnmente destacan otras patologías, (neuroblastoma y teratoma). La exéresis quirúrgica es imprescindible para su estudio histológico descartando malignidad, y logrando así un enfoque terapéutico apropiado.

**P12: ECCEMA COXSACKIUM: UNA ENTIDAD INFRECUENTE EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE EXANTEMAS VESICULOSOS.**

Sáez Soto R, Mariño García P, Suárez García F, Vergara Perez I, Pardo Vázquez J.

Presentación: El eccema Coxsackium es una entidad producida por el virus Coxsackie, perteneciente al género Enterovirus. Clásicamente estos virus se relacionan con la enfermedad mano-pie-boca, habiéndose descrito formas atípicas asociadas a la identificación de nuevos serotipos. Esta enfermedad causada por el Coxsackie A6 cursa con mayor sintomatología sistémica, incluyendo fiebre elevada y mayor gravedad de las manifestaciones cutáneas que la enfermedad clásica. Se trata de lesiones papulovesiculosas que afectan a miembros, región peribucal y área del pañal, presentando predisposición por áreas afectas de dermatitis atópica. Requiere realizar diagnóstico diferencial con enfermedades tipo Gianotti-Crosti o eccema herpeticum, pudiendo diferenciarse de éste último por la ausencia de afectación del área genital. Para poder confirmar el diagnóstico se debe aislar Enterovirus en exudado de la lesión, exudado faríngeo y/o detección de PCR de Enterovirus en sangre. A pesar de la gran afectación cutánea, esta forma atípica de infección, suele comportarse como una enfermedad autolimitada de buen pronóstico.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una lactante de 13 meses de vida, con antecedente de dermatitis atópica, derivada al Servicio de Urgencias desde consultas de Dermatología para ingreso por sospecha de eccema coxsackium vs. eccema herpeticum. El cuadro comenzó las 24 horas previas, con aparición de lesiones papulosas, con evolución a vesículas y posteriormente a costras sobre lesiones eritematosas previas de dermatitis atópica en raíz de miembros, areolas y área del pañal, sin afectación palmoplantar. Presentaba fiebre alta de 12 horas de evolución, sin otra clínica asociada. En la analítica sanguínea destacaba leucocitosis con neutrofilia y PCR 3 mg/dl. Se inició tratamiento empírico con amoxicilina-clavulánico, mupirocina y aciclovir intravenoso en espera de resultados microbiológicos. Tras la positividad de PCR de Enterovirus en sangre y detección genómica de Coxackievirus A6 en frotis de piel y exudado nasofaríngeo, siendo la serología negativa para virus Herpes Simple, se suspendió tratamiento con aciclovir. Permaneció ingresada durante 4 días, mostrando al alta mejoría del eccema con lesiones en fase de costra sin datos de impetiginización.

Conclusiones: El eccema coxackium, aunque se trata de una entidad rara, debe incluírse en el diagnóstico diferencial de las enfermedades exantemáticas con vesículas. Deben obtenerse muestras para el estudio de PCR viral, tanto de las lesiones como en aspirado nasofaríngeo y en sangre. Dado que puede imitar las lesiones típicas del eccema herpeticum, parece justificado iniciar tratamiento con Aciclovir hasta que se obtenga el diagnóstico definitivo. A pesar de la gran afectación cutánea y sistémica, presenta buen pronóstico.

**P13: TROMBOSIS DE SENO TRANSVERSO E HIDROCEFALO OTÍTICO COMO COMPLICACIONES DE OTITIS MEDIA AGUDA.**

Sáez Soto R, Trincado Aller N, Ogando Martínez A, Castro Aguiar S, Pardo Vázquez J.

Presentación: La trombosis de seno venoso es una complicación potencialmente mortal de la otitis media, aunque infrecuente gracias al actual uso de antibióticos. Sus principales manifestaciones son fiebre, cefalea y otalgia, pudiendo asociar vómitos, edema de papila y compromiso del estado general. El trombo puede llegar a propagarse a otros senos e incluso alcanzar la vena yugular interna. La oclusión de los vasos puede interferir en la circulación del líquido cefalorraquídeo produciendo elevaciones en la presión intracraneal sin signos de hidrocefalia ni datos de dilatación ventricular, entidad que se conoce como hidrocéfalo otítico.

Caso Clínico: Niña de 6 años, sana, presenta cuadro de otitis media aguda de evolución tórpida. Inicialmente recibe tratamiento conservador con Ibuprofeno, añadiéndose antibioterapia oral a las 72 horas. Seis días desde el comienzo del cuadro inicia cefalea intensa pulsátil fronto-temporal derecha y diplopia, por lo que tras valoración se realiza TAC, informado como sospecha de trombosis de seno transverso derecho. A su ingreso se realiza punción lumbar (sin alteraciones) y se inicia antibioterapia con Vancomicina y Cefotaxima, añadiendo posteriormente Clindamicina. Se realiza timpanoplastia con colocación de TT y mastoidectomía derecha (cultivos negativos). Tras intervención se inicia tratamiento anticoagulante. Posteriormente en resonancia magnética, se confirma trombosis de seno transverso con absceso subperióstico asociado. Tras 15 días de ingreso, se objetiva endotropia de ojo derecho, evidenciándose papilema bilateral en la evaluación oftalmológica (normal al ingreso) por lo que, ante sospecha de hidrocéfalo otítico, se inicia tratamiento con Acetazolamida con adecuada respuesta y resolución del papiledema en controles posteriores. Tras 3 semanas de antibioterapia en control analítico presenta disminución de las 3 series hematológicas, asociando rash eritematoso generalizado y pruriginoso, compatible con reacción medicamentosa. Se procede a rotación de antibioterapia a Teicoplanina y Meropenem, con completa recuperación posterior. Cumple 7 semanas de antibioterapia intravenosa, con controles de imagen posteriores sin evidencia de lesión subperióstica y con recanalización parcial del seno. Es dada de alta con anticoagulación según protocolo y seguimiento.

Conclusiones: La trombosis de seno venoso es una entidad potencialmente mortal que requiere tratamiento prolongado con anticoagulación y antibioterapia intravenosa. El hidrocéfalo otítico se debe al compromiso de la circulación del líquido cefalorraquídeo y su manejo se basa en la adopción de medidas convencionales para disminución de la presión intracraneal. Tanto el rash generalizado como la aplasia medular son conocidas reacciones adversas a antibióticos e indicación de rotación de los mismos

**P14: POLIORQUIDISMO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS MASAS TESTICULARES. PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Casal Beloy I, García González M, Míguez Fortes L, Blanco Portals C, Dargallo Carbonell T.

Presentación: El poliorquidismo hace referencia a la presencia de más de 2 testículos, de localización intra o extraescrotal. La variante más común es el triorquidismo (60%). Es una entidad infrecuente, y que puede asociar otras anomalías urogenitales: criptorquidia (40%), hernia inguinal (30%), torsión (15%), hidrocele (9%) y malignidad hasta en el 9% de los casos. Presentamos el caso de un paciente de 11 años, con triorquidismo.

Caso Clínico: Paciente varón, 11 años. Antecedentes personales: pieloplastia derecha por estenosis pieloureteral a los 2 años. No otros antecedentes familiares ni personales de interés. Derivado al cirujano pediátrico por masa escrotal izquierda, de 3 meses de evolución, asociando molestias testiculares. Durante la exploración física dirigida se aprecian genitales externos de aspecto habitual, con un teste izquierdo normal y una estructura de 1.5 cm sobre éste, no indurada, móvil y lisa, no dolorosa con la palpación. El resto del examen físico fue normal, sin evidenciar adenopatías a ningún nivel u otras alteraciones destacables. Se solicitó analítica completa con marcadores tumorales (alfa-feto-proteína, HCG, LDH) sin alteraciones; y ecografía testicular que demostró a nivel del saco escrotal dos estructuras redondeadas, bien definidas, de tamaño, morfología y patrón doppler similar. Ante dichos hallazgos, se estableció el diagnóstico diferencial inicial de masa tumoral paratesticular izquierda, y se decidió ampliar los estudios complementarios. Se realizó radiografía pulmonar (normal), Gammagrafía con Tc99 (sin captación) y RMN (dos estructuras bien definidas de aspecto ovalado en saco escrotal, compatibles con teste normal y teste adicional, sin otras masas ni adenopatías asociadas). Finalmente se realizó exploración quirúrgica vía inguinal, objetivando dos testículos en el lado izquierdo, unidos por un epidídimo común. El teste criptorquídico presentó una estructura vascular muy dilatada y única, mientras que el teste de localización habitual presentó un cordrón espermático con sus estructuras normales. Ante tales hallazgos se decidió exéresis del teste sin potencial reproductivo y la realización de biopsia del teste sano. Los resultados de anatomía patológica mostraron, en ambas piezas, una estructura testicular conservada.

Conclusiones: La poliorquidia, aunque excepcional, es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencias de las masas escrotales. Las pruebas de imagen como ecografía y RMN ofrecen una orientación importante en el momento del diagnóstico inicial. Sin embargo, la exéresis quirúrgica es fundamental para el estudio histológico del teste supranumerario, descartando malignidad y proporcionando un enfoque terapéutico óptimo.

**P15: SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES).**

Codias Lopez A, Buyo Sanchez P, Alas Barbeito A.

Presentación: Varón 11 años diagnosticado de linfoma Burkitt abdominal que inicia tratamiento con prefase COP y TIT (metotraxate e hidrocortisona). Posteriormente presenta tensión arterial en límite alto de la normalidad. Tras 48 horas presenta episodio agudo de cefalea, pérdida de visión,seguido de desconexión del medio, movimientos tónico ?clónicos de MSD que cede tras administración de midazolam iv. Posteriormente presenta hipertensión arterial (máximo 174/95mmHg) que se controla primero con nitroprusiato iv y después con labetalol. TAC urgente sin alteraciones y recuperación completa en las siguientes horas. A las 24h del episodio se realiza RMN compatible con PRES, con resolución completa de las alteraciones a los 15 días.ción completa de las alteraciones a los 15 días. En espera de la resolución de las lesiones, se administró un nuevo ciclo COP a modo de compás de espera continuando después con la terapia de inducción y la terapia intratecal sin presentar nuevos episodios.

Caso Clínico: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es un síndrome clínico-radiológico caracterizado por manifestaciones como cefalea, alteración del nivel de conciencia, alteraciones visuales y convulsiones y hallazgos en la neuroimagen de edema simétrico de la sustancia blanca en regiones parieto-occipital. Este síndrome se ha relacionado con estados hipertensivos, eclampsia y tratamiento inmunosupresor. La patogénesis del PRES no está bien definida. La teoría inicial plantea que un aumento en la presión arterial activa los mecanismos de autorregulación del flujo sanguíneo cerebral desencadenanda e isquemia y edema citotóxico. La teoría más aceptada actualmente postula que la hipertensión arterial produce una pérdida de autorregulación del flujo cerebral con vasodilatación, alteración de la barrera hematoencefálica y edema vasogénico secundario. Además de la toxicidad directa de los fármacos inmunosupresosres sobre el endotelio. Dado que no hay criterios específicos, el diagnóstico se basa en la sospecha clínica y los hallazgos radiológicos. El tratamiento consiste en el control de la tensión arterial y la retirada de los fármacos inmunosupresores. Se suele observar una rápida mejoría clínica rápida y el pronóstico es bueno.

Conclusiones: El síndrome PRES engloba unos síntomas clínicos y hallazgos radiológicos característicos, sin criterios diagnósticos establecidos. Por esto, debemos solicitar el estudio de RMN de forma precoz en caso de tener la sospecha clínica. La etiología es incierta, aunque todas las teorías tienen como punto común la hipertensión arterial. El tratamiento se basa en el control rápido de la tensión arterial y la retirada de los fármacos inmunosupresores. El pronóstico es bueno en la mayoría de los casos.

**P16: LEYENDO EN LA PIEL DEL ADOLESCENTE, RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.**

Lomba Estévez M, Hurtado Díaz J, Fuentes Pérez N, Carnicero Iglesias A, González Silvela I.

Presentación: La púrpura y las petequias son signos preocupantes, potencialmente graves en pediatría. Dentro del diagnóstico diferencial son importantes: antecedente traumático, sangrados previos, síntomas sistémicos, presencia de adenopatías o hepatoesplenomegalia. La púrpura trombocitopénia idiopática (PTI) es el diagnóstico más común, pero puede encerrar complicaciones. Presentamos una PTI crónica de difícil manejo con complicaciones inesperadas.

Caso Clínico: Mujer de 13 años, previamente sana, que ingresa para estudio de hematomas espontáneos. No otra sintomatología. Plaquetas de 26.000/mm3, sin agregados. Diagnóstico: PTI, tratamiento con prednisona 6 días y alta con cifras plaquetarias normales y pauta de corticoides en descenso. Respuesta transitoria: descenso a 18.000/mm3 plaquetas y exantema micropetequial generalizado, y síndrome cushingoide. Tras recuperación de plaquetas, se mantienen corticoides en pauta de descenso y se suspenden tras 4 meses con mejoría clínica del cushing. Nueva recaída a los tres meses de la suspensión con petequias, equimosis y plaquetas de 14.900/mm3. Ante rechazo a reiniciar corticoides por síndrome depresivo y cushing secundario, se inician inmunoglobulinas con escasa respuesta, precisando reingreso dos veces en cuatro semanas, hasta que, tras 5 días de inmunoglobulinas en infusión continua sin elevación plaquetaria, se indica reanudar corticoides por fracaso de la terapia. La paciente sufre crisis de ansiedad que requiere intervención de psicólogo de guardia, tras lo que se deciden pulsos de dexametasona oral (40mg/kg/día durante 4 días en tres ciclos, separados por dos semanas), con respuesta parcial durante seis meses, requiriendo varios ingresos, por lo que se inicia agonista de la trombopoyesis (Romiplostin) con respuesta conseguida a las tres semanas, con cifras plaquetarias por encima de 50.000/mm3. Tratamiento con Romiplostin desde hace 13 meses. Sólo un ingreso tras 4 meses de tratamiento por trombopenia coincidiendo con gripe. Tuvo ANA positivo en dos determinaciones y anticoagulante lúpico positivo, sin cumplir criterios de lupus.

Conclusiones:

- PTI: causa frecuente de trombocitopenia en niños de aspecto sano, manejo habitualmente sencillo. Remisión espontánea en el 70-80% de casos en 6 meses. Aproximadamente el 20% evoluciona a PTI crónica.

- Con esta paciente queremos ilustrar un caso de difícil manejo, asociado a una complicación poco frecuente: síndrome depresivo y trastorno dismórfico corporal secundario al uso de corticoides, suponiendo un reto terapéutico.

- Dado necesidad de romiplostin inyectado semanalmente, con impacto en su calidad de vida, queda plantearse esplenectomía o agonista de trombopoyesis vía oral.

- Además mantener vigilancia estrecha ante posibilidad de que la trombocitopenia sea manifestación inicial de lupus eritematoso diseminado (LED).

**P17: LA DUREZA DEL MÚSCULO... Y DEL DIAGÓSTICO.**

Lomba Estévez M, Carnicero Iglesias A, Fuentes Pérez N, González Silvela I, Pavón Freire A, Castro López I, Espiño Lorenzo P, Pardo García L, Couceiro Gianzo J.

Presentación: La fibrodisplasia osificante progresiva (FOP) es una enfermedad genética rara del tejido conectivo caracterizada por malformaciones esqueléticas congénitas y osificación progresiva de los tejidos blandos.

Caso Clínico: Paciente de 4 años con antecedente de hallux valgus congénito bilateral corregido quirúrgicamente que acude a urgencias por bultoma cervical izquierdo tras traumatismo banal. Presenta aumento de partes blandas sin signos inflamatorios y ecografía cervical compatible con hematoma de músculo esternocleidomastoideo (ECM). Alta con tratamiento antiinflamatorio presentando evolución favorable con remisión parcial. Consultan 8 días después por tumefacción bilateral de ECM de consistencia pétrea con eritema supradyacente. Limitación a la lateralización cervical sin dolor asociado. En analítica sanguínea: función hepatorrenal, tiroidea, metabolismo fosfo-cálcico, perfil férrico, reactantes de fase aguda, serologías y hemograma normales. Frotis faríngeo positivo para estreptococo pyogenes. Ecografía de control con hallazgos compatibles con miositis infecciosa, de probable etiología viral, recibiendo tratamiento con ibuprofeno, sin mejoría. Se completa estudio con RMN al sexto día de ingreso donde se visualiza miositis de ambos ECM sin poder descartar necrosis muscular. Ante posibilidad de miositis infecciosa recibió tratamiento antibiótico (10 días) y corticoides (5 días) intravenosos, seguido de pauta descendente de corticoides, observando descenso de la inflamación pero persistiendo consistencia leñosa. Ante sospecha clínica de FOP se solicita serie ósea (fusión interapofisaria C5-C6), potenciales auditivos (normales) y estudio genético. Se identifica en heterocigosis la mutación c.617G>A (p.Arg206His) en el gen ACVR1 confirmado la hipotesis diagnóstica de FOP, con herencia AD.

Conclusiones: La fibrodisplasia osificante progresiva es una de las enfermedades más raras del mundo (1 caso cada 1-2.000.000 de habitantes) y hasta el 90% de los casos sufren retraso en el diagnóstico o diagnóstico erróneo en etapas iniciales. Debe considerarse en el diagnóstico diferencial de tumores, hematomas calcificados, exostosis y espondilitis anquilosante. La displasia del primer metatarsiano con deformidad en hallux valgus es el signo más importante para realizar el diagnóstico precoz y debe ser reconocido en periodo neonatal. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante análisis genético de la mutación ACVR1. La biopsia es innecesaria, debe evitarse ya que desencadena neoformación ósea. No existe actualmente tratamiento efectivo. El manejo está dirigido a la protección del niño (evitando traumatismos y maniobras agresivas) y al alivio sintomático de los brotes de nódulos. La esperanza de vida media es de 40 años aproximadamente. La mayoría de pacientes terminan en silla de ruedas en la segunda década de vida y fallecen por complicaciones respiratorias.

**P18: ENFERMEDAD DE KAWASAKI REFRACTARIA CON APARICIÓN DE ANEURISMAS CORONARIOS.**

Fernández Suárez N, Piñeiro Rodriguez L, Viadero Ubierna M, Alegria Echauri J.

Presentación: La enfermedad de Kawasaki se trata de una vasculitis sistémica, que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre. Es un proceso inflamatorio con afectación mucocutánea, adenopatías y fiebre, autolimitado, pero cuya importancia radica en el riesgo de desarrollar anomalías cardíacas que pueden comprometer la vida. El tratamiento inicial se basa en inmunoglobulina intravenosa (IVIG) y ácido acetil salicílico (AAS), pero existen hasta un 25% de casos que no responden a estos fármacos.

Caso Clínico: Presentamos el caso un lactante de 6 meses, sin antecedentes de interés, ingresado por fiebre de 5 días de evolución, con afectación del estado general y clínica gastrointestinal. A la exploración llama la atención la existencia de hiperemia conjuntival, labios fisurados y un exantema polimorfo. En la analítica destaca leucocitosis con desviación izquierda y VSG de 60. Diagnosticado mediante criterios clínicos de posible Enfermedad de Kawasaki, iniciamos tratamiento con IVIG y ASS, con desaparición de la fiebre y mejoría del estado general, inicialmente, pero con reaparición de estos síntomas dos días después. Se administró entonces otro bolo de IVIG, 3 bolos de metilprednisolona iv en días sucesivos a 30 mg/kg y finalmente una dosis de infliximab 5 mg/kg, manteniendo posteriormente prednisolona oral 1mg/kg/día. Presenta mejoría clínica paulatina, pero al 14º día de ingreso se objetiva aparición de un aneurisma en la arteria coronaria derecha de 4x 5 mm y otro en el origen de la coronaria izquierda de unos 3 mm. A partir de entonces recibe doble antiagregación con AAS y clopidogrel, con evolución favorable, con regresión de los aneurismas en los meses siguientes.

Conclusiones: Existe escasa información sobre el tratamiento de la Enfermedad de Kawasaki refractaria y la existente, se basa en series de casos pequeñas. Cada vez existe más evidencia de que el uso de infliximab precoz en estos casos es útil para frenar los síntomas de la enfermedad, frente a otras alternativas como la ciclosporina, metotrexate, o ciclofosfamida. En nuestro caso, su empleo parece haber sido el punto de inflexión de mejoría del cuadro.

**P19: NIÑO DE 2 AÑOS CON COJERA.**

Fernández Suárez N, Piñeiro Rodriguez L.

Presentación: La fractura de los primeros pasos, también llamada fractura de Toddler es una patología característica de niños por debajo de los 3 años de edad. Se caracteriza porque el niño comienza a rechazar la deambulación o a cojear, generalmente tras un traumatismo banal. La exploración física generalmente es anodina, aunque en ocasiones puede existir dolor a la palpación en la zona de la lesión. La imagen radiológica consiste es una fractura espiroidea de la tibia, no desplazada, que suele afectar al tercio distal de la misma, aunque en ocasiones no se visualiza. El tratamiento requiere inmovilización y reposo relativo.

Caso Clínico: Nuestro caso clínico se trata de un niño de 2 años que tras una caída accidental, andando, se niega a apoyar el pie derecho y llora cuando se le moviliza esa extremidad. Había consultado en las 24 horas anteriores, sospechándose un posible esguince de tobillo, no observándose ninguna alteración en la radiografía de la pierna. Reacudía 48 horas después del traumatismo, refiriendo dolor a la palpación en tercio distal de tibia. En la exploración física no se observaban hematomas, inflamación ni deformidad. Se realiza una radiografía de pierna, en la que se aprecia una fractura espiroidea de tibia, no desplazada, en tercio distal. Se inmoviliza mediante una férula de yeso y se pauta reposo relativo e ibuprofeno oral, con buena evolución.

Conclusiones: La fractura de primeros pasos afecta a lactantes y niños pequeños, generalmente difíciles de explorar y además, la imagen radiológica, puede ser difícil de interpretar o bien no verse signos de fractura durante las primeras horas, por lo que es importante mantener una alto índice de sospecha para diagnosticarla.

**P20: QUISTES DERMOIDES EN LOCALIZACIONES ATÍPICAS.**

Blanco Portals C, Dargallo Carbonell T, García González M, Somoza Argibay I, Lema Carril A, Gómez Tellado M, Rodríguez Ruíz M, Miguez Fortes L, Casal Beloy I.

Presentación: Los quistes dermoides constituyen la tumoración orbitaria y periorbitaria más frecuente en la edad pediátrica. Son lesiones localizadas en el tejido subcutáneo cuyo origen tiene que ver con el desplazamiento hacia dentro del ectodermo durante la embriogénesis, incluyendo estructuras secundarias de la piel. Tal alteración resulta de la formación de una masa quística, con elementos dérmicos en su interior, tales como folículos pilosos y glándulas sebáceas, entre otros. Se caracterizan por ser tumoraciones lisas, redondeadas, circunscritas e indoloras, de tamaño y consistencia variables, y cuya localización más frecuente es en cabeza y cuello, aunque ocasionalmente pueden hallarse en otras partes del cuerpo. Se consideran localizaciones típicas: sobre fontanela anterior y bregma, en región supero-lateral de frente, región externa de arco superciliar y región submentoniana. El tratamiento en todos los casos es quirúrgico, y conlleva la extirpación completa de la lesión mediante escisión simple, realizándose un estudio anatomopatológico diferido de la muestra

Caso Clínico: Presentamos cuatro casos clínicos de quistes dermoides en localizaciones atípicas, dos de ellos localizados en canto interno del ojo, uno en piel prepucial ventral y otro en areola mamaria. Las edades de los pacientes están comprendidas entre los tres y ocho años, siendo dos de ellos niños y dos niñas. En todos los casos se presentó como una lesión quística redondeada y asintomática, con crecimiento progresivo a lo largo del tiempo. El diagnóstico fue clínico, asociando pruebas de imagen en tres de los casos. El tratamiento en todos ellos se llevó a cabo mediante la exéresis completa de la lesión, obteniéndose el diagnóstico definitivo con el estudio anatomopatológico de los mismos.

Conclusiones: A pesar de que en la práctica clínica diaria nos encontramos frecuentemente con los quistes dermoides en sus localizaciones más típicas, estas lesiones deben considerarse como diagnóstico diferencial de masas quísticas en otras localizaciones menos habituales. Según los estudios revisados, el tratamiento de los quistes dermoides debe consistir en la extirpación quirúrgica completa de la lesión, ya que éstos pueden estar asociados a complicaciones a largo plazo, debiéndose realizar el diagnóstico definitivo mediante el estudio anatomopatológico de la muestra extirpada.

**P21: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PROLAPSO RECTAL MEDIANTE RECTOPEXIA LAPAROSCÓPICA.**

Blanco Portals C, Rodríguez Ruíz M, Dargallo Carbonell T, García González M, Miguez Fortes L, Casal Beloy I.

Presentación: El prolapso rectal se define como la protrusión de la mucosa rectal, en su totalidad o parcialmente, a través del esfínter anal externo. Se presenta más frecuentemente en los primeros 4 años de vida, siendo el pico de mayor incidencia durante el primer año. La causa predisponente más frecuente en nuestro medio es el estreñimiento. El diagnóstico es clínico, observándose protrusión del recto a través del esfínter anal externo durante los esfuerzos. El tratamiento inicial es conservador, dirigido hacia la causa predisponente. Aunque el pronóstico generalmente es bueno, respondiendo la mayoría de las veces al tratamiento conservador, en los casos refractarios se debe llevar a cabo una reducción quirúrgica. Existe una gran variedad de opciones quirúrgicas descritas en la literatura para tratar el prolapso rectal en niños, siendo ninguna de ellas la técnica de elección. Según los estudios revisados, en los últimos años el abordaje laparoscópico promete convertirse en la técnica de elección para el manejo del prolapso rectal refractario en niños.

Caso Clínico: Presentamos el caso clínico de un paciente de 16 años con prolapso rectal completo secundario a estreñimiento, refractario a tratamiento conservador inicial y posterior inyección de fenol y colocación de anillo rectal en otro centro hospitalario. Dada la clínica y la repercusión en la calidad de vida del paciente se acuerda intervención quirúrgica programada mediante rectopexia laparoscópica. La intervención se lleva a cabo mediante la colocación de 1 trócar óptico umbilical y 4 trócares de canal de trabajo, y se realiza rectopexia con malla de prolene, fijándose ésta a promontorio sacro. La intervención transcurre sin incidencias y el paciente es dado de alta a los 2 días, asintomático y haciendo deposiciones normales. Es visto en revisión en consultas de cirugía pediátrica en 2 ocasiones, apreciándose persistencia de prolapso hemorroidal y parcial de mucosa rectal con valsalva, menor que el previo. Se acuerda en su última visita nueva intervención quirúrgica mediante hemorroidectopexia con abordaje transanal.

Conclusiones: El manejo del prolapso rectal en niños mediante rectopexia laparoscópica es una opción terapéutica segura, reproducible y eficaz en la mayoría de los casos, estando asociada a una corta estancia hospitalaria y a una pronta y adecuada recuperación postoperatoria, por lo que debería tenerse en cuenta como una técnica válida en el abordaje del prolapso rectal refractario en niños.

**P22: APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA MEDIANTE EL SISTEMA PICO EN EL MANEJO DEL QUISTE SACRO RECIDIVADO.**

Blanco Portals C, Lema Carril A, Casal Beloy I, Miguez Fortes L, Dargallo Carbonell T, García González M.

Presentación: El quiste sacro es una enfermedad con una morbilidad potencialmente elevada, ya que tanto la propia lesión como su manejo terapéutico pueden causar una importante pérdida de calidad de vida del paciente. Su tratamiento es principalmente quirúrgico, variando la técnica desde una simple escisión con o sin cierre primario de la herida, hasta reconstrucciones con flaps más complejas. El cierre primario parece ser la opción más conveniente inicialmente, reservándose el uso del cierre de la herida por segunda intención en el caso de recurrencias. Durante estos años se han intentado desarrollar nuevas terapias que permitan acelerar el proceso de curación de las heridas, entre ellas cabe destacar la terapia de presión negativa, que consiste en el uso un sistema sellado al vacío que ejerce una presión negativa sobre la herida, promoviendo así el drenaje del exudado y la circulación sanguínea, favoreciendo de este modo la curación de la misma. PICO es un nuevo sistema que combina los beneficios de la terapia de presión negativa con la simplicidad de los apósitos de cura en ambiente húmedo. Es discreto y fácil de aplicar, mejorando notablemente la calidad de vida del paciente.

Caso Clínico: Presentamos el caso clínico de un varón de 15 años con quiste sacro fistulizado con historia previa de varios episodios de sobreinfección. En un primer momento se decide realizar exéresis completa de la lesión, con buena evolución postquirúrgica inicial. La fístula recidiva a los seis meses, aplicando entonces sobre la zona terapia láser endovascular, con buena evolución inicial. De nuevo a los dos meses presenta una nueva recurrencia, ante lo cual se decide reintervenirlo mediante exéresis de la lesión y colocación de sistema de presión negativa tipo PICO. Este sistema se mantiene durante veinticuatro días, presentando una evolución muy satisfactoria en cuanto a rapidez y efectividad de curación de la herida, estando a día de hoy libre de recidiva.

Conclusiones: El uso de la terapia de presión negativa mediante el sistema PICO, aplicada a la curación de la herida quirúrgica tras la exéresis del quiste sacro recidivado en niños, es una opción reproducible, segura y eficaz, que permite disminuir el tiempo necesario de curación mejorando de este modo la calidad de vida de estos pacientes. A pesar de todo, y en base a los estudios revisados, todavía son necesarias más investigaciones para implementar el uso de esta terapia como una pauta estandarizada en determinados grupos de pacientes con quiste sacro.

**P23: ENTEROPATÍA PIERDE-PROTEÍNAS.**

Romero Rey H, Rodríguez Miguélez M, Moreno Álvarez A, Castro Aguiar S, Sáez Soto R, Codias López A.

Presentación: Las gastroenteropatías pierde proteínas incluyen un grupo de enfermedades que presentan una excesiva pérdida de proteínas a nivel digestivo provocando hipoproteinemia que pueden producir edemas, ascitis, derrame pleural o pericárdico. Pueden ser secundarias a daño microscópico o pérdidas celulares. La entidad más conocida, es la gastropatía hipertrófica gigante, en la que las glándulas gástricas son reemplazadas por células secretoras de moco con reducción de células parietales (hipoclorhidria). Algunas de las etiologías descritas son la infección por citomegalovirus y por Helicobacter pylori.

Caso Clínico: Paciente de 2 años que presenta 8-10 vómitos al día de 6 días de evolución, inicialmente alimenticios y posteriormente biliosos. Afebril, no realiza deposición desde inicio del cuadro. En exploración física presenta datos de deshidratación leve, siendo el resto normal. Peso: 11.3 Kg (-1,85DS). Talla: 90cm (-1.11 DS). Se realiza analítica sanguínea (Hb15g/dl Hematíes 7,2mill/mm3 Plaquetas 394.0 x 10^9/L Leucocitos 16.54 x 10^9/L Sodio 121.0 mEq/L Proteínas totales 3.2 g/dL, Albúmina 2.2 g/dL)e ingresa en UCIP. Se inicia fluidoterapia intravenosa para corrección de déficit de líquido y sodio, con normalización de cifras de sodio pero presentando edema generalizado. En estudios complementarios destaca: orina de 24 horas (normal), renina (368.0 pg/mL), aldosterona (525.0 pg/ml), cloro en sudor (normal), cultivo de sangre, heces y orina (negativos) y serologías (IgG e IgM de Citomegalovirus positivas). Se realiza PCR de CMV en sangre y orina, con carga viral positiva. Ante datos compatibles con pérdida de proteínas a nivel extrarrenal se solicita alfa1antitripsina fecal (3,38mg/g) y endoscopia digestiva alta. Se confirma lesión a nivel gástrico y duodenal, con resultado positivo para CMV, VEB y H. Pylori en biopsia gástrica, y CMV positivo en biopsia duodenal. Se inicia terapia erradicadora para H pylori con amoxicilina, metronidazol, sales de bismuto y omeprazol y tratamiento con ganciclovir intravenoso. Evolución clínica favorable. Desaparición de los síntomas, negativización de carga viral de CMV en sangre y negativización del test de aliento. Actualmente el paciente se encuentra asintomático y con buen progreso ponderal.

Conclusiones: El diagnóstico enteropatía pierde-proteínas debe considerarse en todo paciente con hipoproteinemia, descartando malnutrición proteica, síndrome nefrótico y enfermedad hepática. La alfa-antitripsina es una glicoproteina sintetizada por el hígado cuya cuantificación en heces es una forma indirecta, pero fiable, de conocer las pérdidas digestivas de proteínas. Frecuentemente es necesario realizar una gastroscopia con biopsia para conocer la etiología. En este caso es llamativo el aislamiento de dos agentes infecciosos como posible causa de la patología de nuestro paciente.

**P24: MEGACOLON SECUNDARIO A ESTREÑIMIENTO CRÓNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Míguez Fortes L, Casal Beloy I, Blanco Portals C, Lema Carril A, Rodríguez Ruiz M, García González M, Dargallo Carbonell T.

Presentación: El estreñimiento crónico es un problema frecuente en Pediatría constituyendo el 25% de las consultas en gastroenterología Pediátrica. En el 90% de los casos es debido a una causa funcional y en el 20% de los pacientes presentan clínica severa asociando incontinencia o impactación fecal con el consecuente impacto psicosocial. En la mayoría de los pacientes con estreñimiento considerado “intratable” se consiguen buenos resultados tras un manejo intensivo con enemas y corrección de hábitos dietéticos. Pacientes con persistencia del estreñimiento, dolor abdominal o intolerancia a la medicación oral pueden ser considerados intratables y precisar otras opciones terapéuticas como irrigación colónica, estimulación nerviosa o incluso tratamiento quirúrgico en pacientes refractarios. Este último incluye resecciones colónicas, cirugías rectales o realización de colostomías.

Caso Clínico: Presentamos el caso clínico de un paciente de 9 años con antecedente de Esclerosis Tuberosa, restraso psicomotor y Síndrome de West con un estreñimiento crónico no tratado. Acude a Urgencias por un cuadro de distensión abdominal severa y vómitos. No presenta evidencia de fecalomas. En la radiografía de abdomen destaca una dilatación severa del aréa colónica y presenta débito bilioso abundante por sonda nasogástrica. Inicialmente se intenta la realización de una colonoscopia descompresiva con toma de biopsias y aspiración de área colónica. Al dia siguiente el paciente presenta un empeoramiento llamativo del estado general por lo que se realiza un TAC evidenciándose sospecha de vólvulo de sigma. Ante estos hallazgos se realiza una laparotomía urgente en la que se evidencia distensión muy llamativa de todo el colon sin otros hallazgos significativos. Se decide realización de ileostomías para descompresión intestinal sin incidencias y con una evolución postoperatoria favorable, con mejoría importante de la clínica y la distensión abdominal e ileostomía funcionante. Como complicación PO presenta una ITU que se resuelve con tratamiento antibiótico intravenoso tras lo que es dado de alta. Actualmente es seguido en consulta con buena evolución y en espera de reducción del calibre colónico para plantear cierre de ileostomías.

Conclusiones: El estreñimiento crónico es un problema frecuente en la población infantil que puede acarrear complicaciones serias tanto en el plano psicosocial como mecánicas como el megacolon que pueden requerir en los casos más severos la realización de tratamiento quirúrgico con tasas de respuesta del 50-70%. Un buen manejo inicial de estos pacientes es esencial para evitar la necesidad de maniobras agresivas.

**P25: TIEMPO DE CIERRE DE COLOSTOMÍAS EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE.**

Míguez Fortes L, Casal Beloy I, Blanco Portals C, García González M, Rodríguez Ruiz M, Lema Carril A, Somoza Argibay I, Gómez Tellado M, Dargallo Carbonell T.

Introducción y Objetivos: La Enterocolitis Necrotizante es una de las indicaciones para la realización de estomas intestinales en neonatos. Constituye la urgencia quirúrgica más frecuente en las unidades de cuidados intensivos neonatales y más del 50% de los afectados requieren la realización de ostomías a nivel de intestino grueso o delgado. Estos estomas no están exentos de complicaciones tanto mecánicas (prolapso, estenosis) como pérdida de nutrientes sobre todo en el caso de las ileostomías. Con respecto al tiempo del cierre de estomas no existe un consenso, constituyendo un tema de debate durante décadas y existiendo variabilidad basándose en protocolos locales o en la preferencia del cirujano. Los factores más determinantes a la hora de decidir el cierre son la edad y el peso del paciente.

Materiales y Métodos: Realizamos una revisión de la literatura para determinar si el tiempo de cierre debe realizarse de forma temprana o tardía y cuál sería el punto de corte. Revisamos los cierres de colostomía/ileostomía realizamos en nuestro servicio por ECN en los últimos 3 años.

Resultados: Encontramos variabilidad en la literatura en torno al punto de corte respecto al cierre temprano y tardío. Respecto a los resultaos no se aprecian diferencias significativas en gran parte de los estudios o existe variabilidad de resultados. El cierre temprano (aproximadamente a las 6 semanas desde la primera cirugía) mejora la nutrición y el balance hidro-electrolítico y evita las complicaciones del estoma. Sin embargo si realizamos un cierre muy precoz podemos encontrarnos con mayor número de adherencias intestinales y aumentar el tiempo de ventilación mecánica en pacientes con bajo peso. En nuestro servicio realizamos el cierre de colostomías en torno a los 4 meses tras la cirugía cuando los pacientes han adquirido un estado nutricional adecuado y un peso satisfactorio (en torno a 8 kgs). En pacientes con ileostomías realizamos un cierre precoz (en torno a 2 meses) debido a las pérdidas nutricionales.

Conclusiones: El cierre de estomas en pacientes con antecendetes de enterocolitis necrotizante puede realizarse de forma precoz o tardía. La edad, el peso, el estado madurativo y las condiciones individuales de cada paciente son factores determinantes que debemos tener en cuenta al decidir el momento del cierre. Los estomas altos (ileostomías proximales) suelen precisar un cierre más precoz. Son necesarios más estudios prospectivos para estandarizar los valores y determinar el momento exacto idóneo para el cierre.

**P26: ¿NEUMOPERITONEO COMO SINÓNIMO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO?: NEUMOPERITONEO IDIOPÁTICO. A PRÓPOSITO DE UN CASO.**

Míguez Fortes L, Casal Beloy I, Blanco Portals C, García González M, Dargallo Carbonell T, Somoza Argibay I.

Presentación: El neumoperitoneo es un término radiológico que define un acúmulo anormal de aire en la cavidad abdominal. Este hallazgo refleja perforación de una viscera hueca que requiere intervención quirúrgica urgente en el 95% de los casos. En el contexto clínico adecuado consideramos neumoperitoneo como sinónimo de perforación y necesidad de cirugía. Sin embargo han sido descritos escasos casos de neumoperitoneo sin evidencia de perforación. Esta entidad se conoce como “neumoperitoneo no quirúrgico” o “neumoperitoneo espontáne”? y puede deberse a varias causas o en la gran mayoría de los casos ser de origen idiopático.

Caso Clínico: Presentamos el caso de una paciente de 7 meses con antecendentes de agenesia del cuerpo calloso y en estudio por una posible inmunodeficiencia. Acude por fiebre de 3 días de evolución sin foco asociada a rechazo de ingesta. La analítica presentaba leucocitosis, neutrofilia y una PCR elevada. En la ecografía de abdomen se observaron detritus y líquido libre por lo que se sospechó foco abdominal. Debido a la auscencia de signos de irritación peritoneal se mantuvo a la paciente ingresada para observación presentando mejoría clínica llamativa y un abdomen blando depresible y sin defensa abdominal. Como control se realizó una radiografía abdominal que presento aire libre intraabdominal. Debido a los hallazgos se realizó una laparotomía urgente sospechando una perforación. Se encontró una moderada cantidad de líquido libre que se recogió para cultivo. Se examinó todo el intestino delgado y colon sin evidenciar perforación a ningún nivel. Realizamos irrigación de la cavidad con suero salino fisiológico sin observarse fuga aérea. No fue encontrada la causa del neumoperitoneo por lo que realizamos apendicectomía profiláctica. El curso postoperatorio fue favorable. Fue tratada durante 7 días con antibioterapia profiláctica con Cefotaxima, Gentamicina y Metronidazol. Los valores analitícos se normalizaron e inició tolerancia de forma satisfactoría al 2º día postoperatorio. Fue dada de alta con herida quirúrgica de buen aspecto y seguida en consultas sin recidivas ni complicaciones del cuadro.

Conclusiones: El hallazgo radiográfico de neumoperitoneo es considerado patognomónico de perforación sin embargo ante la ausencia de datos clínicos como fiebre, leucocitosis o irritación peritoneal debemos considerar un manejo inicial conservador. Está descritas causas de neumoperitoneo espontáneo en la literatura pero el diagnóstico y tratamiento del neumoperitoneo idiopático constituye un reto en su diagnóstico y tratamiento para el cirujano. Debemos tenerlo en cuenta en la población pediátrica y orientar nuestra actitud acorde con los datos clínicos.

**P27: DIFERENCIAS ENTRE MALFORMACIÓN LINFÁTICA Y LINFEDEMA PRIMARIO DE MIEMBRO SUPERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Míguez Fortes L, Casal Beloy I, Blanco Portals C, Lema Carril A, Gómez Tellado M.

Presentación: Las malformaciones linfáticas son una malformación congénita debida a un fallo en el desarrollo embriológico del sistema linfático. Están presentes al nacimiento. Aunque la mayoría ocurren en el área de cabeza y cuello podemos encontrarlas en otras localizaciones como extremidades. El linfedema puede tener un origen congénito o adquirido. En los niños el 97% de los casos son de causa primaria y se deben a anomalías en el funcionamiento o la anatomía de los vasos linfáticos resultando en un acúmulo insterticial de linfa. El 16% de los pacientes con linfedema lo presentan en extremidades superiores. Este cuadro es frecuentemente confundido con otras anomalías como síndrome de Klippel-Trenaunay, hemihipertrofia o malformación linfática. El linfedema y la malformación linfática presentan caracteríticas comunes sin embargo debemos realizar un correcto diagnóstico diferencial entre ambos ya que el enfoque terapeútico diferirá según nos encontremos ante uno u otro.

Caso Clínico: Presentamos el caso de un paciente de 3 años remitido a nuestra consulta por una sospecha de linfedema primario de miembro superior derecho. Se solicita una RMN sin observarse malformaciones del sistema linfático. Se biopsia la extremidad diagnosticándose de malformación linfática mediante inmunohistoquímica con D2-40+. Tras los hallazgos se inicia terapia compresiva asociada a tratamiento Sirolimus durante varios meses. Inicialmente se aprecia leve mejoría que desaparece a los pocos días de suspender el fármaco. Se decide intervención quirúrgica realizando intervención de Sistrunk. Se realiza una incisión en L en la cara dorsal de mano y antebrazo y debulking de la malformación. Se deja un drenaje en lecho quirúrgico. El paciente es dado de alta al 6º día y en las revisiones precisa punción y esclerosis con Doxiciclina por acúmulo de líquido con buena respueta. Actualmente presenta disminución del volumen de antrebrazo, estando pendiente de segundo tiempo de intervención para abordar la región de la mano y los dedos.

Conclusiones: Las malformaciones linfáticas son frecuentes en niños y que pueden darse en las extremidades. Debemos realizar un correcto diagnóstico diferencial para un adecuado enfoque terapeútico. Por sus similitudes clínicas con el linfedema debemos tener especial precaución a la hora de distinguir ambos ya que en este último la terapia suele ser conservadora y en caso de precisar cirugía la técnica difiere. El diagnóstico se puede realizar con la historia clínica, técnicas de imagen o si es preciso la realización de biopsia.

**P28: CAUSAS RARAS DE POLIURIA Y POLIDIPSIA EN PEDIATRÍA.**

González Silvela I, Lomba Estévez M, Ojea Jorge V, Castro López I, Fuentes Pérez N, Carnicero Iglesias A, Díaz Grande M (1).

Presentación: La poliuria en pediatría en un síntoma inespecífico, tras comprobar verdadera poliuria, nos apoyamos en síntomas acompañantes para un correcto diagnóstico diferencial. Se plantean dos situaciones que fisiopatológicamente llevan a la producción excesiva de orina; una de causa osmótica (diabetes melllitus) y otras no osmótica (diabetes insípida central o nefrogénica) y polidipsia primaria.

Caso Clínico: Niña de 7 años que presenta poliuria y polidipsia de 4 años de evolución, como antecedentes presentaba enuresis nocturna primaria con buena respuesta a desmopresina. Entre sus antecedentes familiares destaca madre diagnosticada de diabetes insípida central y varios miembros de la familia con poliuriapolidipsia. Ante los antecedentes descritos, y confirmada la poliuria e hipostenuria, se descartan causas osmóticas y se realiza test de restricción hídrica (corto) y estimulación con desmopresina; en el que llama la atención una osmolaridad urinaria inapropiadamente baja para el aumento de osmolaridad plasmática. Dicha osmolaridad urinaria aumenta tras la administración de desmopresina objetivándose también normalización de diuresis. Se completa el estudio con RM cerebral (descartando patología hipotálamo-hipofisaria) y estudio genético (muestra mutación pGly96Cys que se asocia en la literatura médica a Diabetes Insípida Central con herencia autosómico dominante).

Conclusiones:

- La diabetes insípida central familiar es poco frecuente en la edad pediátrica pero debe ser tenida en cuenta como parte del diagnóstico diferencial en niños con historia familiar de DI y con clínica de polidipsia y enuresis nocturna que sólo se resuelve con administración de vasopresina.

- La edad de inicio de los síntomas suele ser antes de los 10 años, como en nuestra paciente que inició clínica a los 3 años confirmándose el diagnóstico a los 7 tras completar estudio.

**P29: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LUPUS: FIEBRE Y DOLOR TORÁCICO NO SIEMPRE ES NEUMONÍA.**

Pena Gil P, Abadi García T, Cupido Mateos M, Fernández Cepero L, Almuíña Simón C, Pérez Pacín R.

Presentación: El lupus eritematoso sistémico es una conectivopatía crónica autoimunitaria con múltiples formas de presentación: desde un síndrome constitucional inespecífico hasta clínica aguda potencialmente mortal, como el caso que se presenta.

Caso Clínico: Niño de 13 años y 10 meses que ingresa por dolor torácico y fiebre. Durante los primeros seis días de ingreso presenta fiebre y dolor torácico derecho, que aumenta con la inspiración y mejora sentado, bien controlado con analgesia. Al sexto día presenta hipoventilación, se repite radiografía de tórax (radiografía de tórax al ingreso normal) que revela condensación y derrame metaneumónico y se realiza toracocentesis. Se inicia tratamiento con cefotaxima intravenosa. Ante no mejoría clínica, se amplían estudios y se detecta linfopenia mantenida (1.400células/µL) con velocidad de sedimentación (73mm) y PCR (147mg/L) elevadas. En la coagulación, fibrinógeno (886mg/dL) y dímero D (7559ng/mL) aumentados y anticoagulante lúpico indeterminado. La bioquímica es normal salvo aumento leve de ferritina. El complemento (C3 y C4) es bajo y los anticuerpos antinucleares y antiDNA bicatenario positivos. Además, presenta microhematuria y proteinuria hasta 0.3 g/L. Resto de estudios (serologías, cultivos, frotis sanguíneo,) negativos. En la anamnesis dirigida refiere en los meses previos dolores músculo-esqueléticos autolimitados que ceden con antiinflamatorios y fotosensibilidad malar, por lo que cumple criterios diagnósticos de lupus. Se inicia tratamiento corticoideo intravenoso y posteriormente hidroxicloroquina. Cede la fiebre, pero persisten alteraciones auscultatorias y aumento progresivo del dímero D (12588ng/mL). Se realiza TAC torácico, que revela tromboembolismo central bilateral con infartos pulmonares derechos. La ecografía-doppler muestra trombosis venosa profunda izquierda. Se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y se continúa inmunosupresión añadiendo micofenolato de mofetilo. Se constata mejoría progresiva hasta permanecer asintomático al alta.

Conclusiones: Ante un paciente con neumonía y escasa respuesta a antibioterapia, debemos investigar la posibilidad de una enfermedad sistémica de base. Las manifestaciones pulmonares del lupus pediátrico son comunes (pleuritis, neumonitis), pero es excepcional la aparición de fenómenos trombogénicos potencialmente mortales como el tromboembolismo pulmonar. Éstos se asocian a la presencia anticuerpos antifosfolípidos, finalmente no confirmados en nuestro paciente, lo que nos hace pensar en una etiología multifactorial de la trombosis en el contexto del lupus. El tromboembolismo pulmonar no figura entre las principales causas de mortalidad por lupus (afectación renal, cerebral,) dada su inusual presencia. Un tratamiento agresivo precoz hace que la evolución sea más favorable.

**P30: MANEJO DE LAS MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN EL SÍNDROME DE STURGE WEBER**

Pena Gil P, Abadi García T, Niño Grueiro I, Guerra Buezo B, Rendo Vázquez A, García Monje M, Vázquez López E, Pérez Pacín R.

Presentación: El síndrome de Sturge Weber se produce por una alteración del desarrollo neuroectodérmico que se manifiesta con angiomas faciales y angiomatosis leptomeníngea, pudiendo asociar glaucoma. Esto favorece la aparición de atrofia cerebral del mismo lado del angioma y convulsiones focales y hemiparesia contralateral, entre otras manifestaciones.

Caso Clínico: Lactante de 6 meses con angioma facial congénito derecho que ingresa en UCIP por primer episodio convulsivo focal consistente en movimientos clónicos de extremidades izquierdas, desviación de comisura bucal homolateral y parpadeo. Aporta EEG y PEAT normales solicitados desde Consulta de Neuropediatría, así como valoración oftalmológica normal realizada diez días antes de la convulsión. En RMC se aprecia angiomatosis pial supratentorial derecha con pérdida de volumen en parénquima cerebral. En la exploración física se evidencia el angioma facial derecho que afecta a V1, V2, V3, cuello y tórax y angioma facial izquierdo en V3, además de asimetría maxilar con hipertrofia gingival maxilar derecha. Neurológicamente destaca la presencia hemiparesia izquierda, sin otros datos de focalidad. Al ingreso se realiza EEG que muestra actividad de fondo asimétrica en regiones medioanteriores del hemisferio derecho. Resto de estudios normales, sin datos sugestivos de proceso infeccioso asociado. Tras estabilización en UCIP con midazolam iv, se inicia tratamiento con ácido valproico iv, levetiracetam iv y ácido acetilsalicílico oral con buen control de las crisis y mejoría progresiva de la hemiparesia izquierda. Cinco meses más tarde ingresa de nuevo por reaparición de crisis focales lo que obliga a un reajuste de tratamiento antiepiléptico. Actualmente recibe carbamacepina y levetiracetam con buen control, además de ácido acetilsalicílico y terapia láser facial.

Conclusiones: La angiomatosis cerebral es una lesión de carácter progresivo que se va desarrollando desde el nacimiento, por lo que las manifestaciones neurológicas asociadas pueden aparecer en cualquier momento a lo largo de la infancia. Su aparición antes de los seis meses sugiere gravedad y mayor riesgo de deterioro neurológico. Una forma de presentación común es la convulsión focal, aunque tampoco es infrecuente el estatus epiléptico que puede dar lugar a episodios de debilidad prolongada en un lado del cuerpo (stroke-like). El manejo actual se basa en combinaciones de antiepilépticos y aspirina a dosis bajas, que favorecen la disminución de las convulsiones. El deterioro neurológico en estos pacientes es variable (desde problemas de atención a deterioro cognitivo grave), por ello es importante el seguimiento y diagnóstico precoz en lactantes que presentan angioma facial al nacimiento.

**P31: PERSISTENCIA DE CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO**

Crujeiras Paz M, Cabo Jimenez V, Sardina Ríos A, Villares Porto-Domínguez A, Fernandez Viso S, Rey García S.

Presentación: El conducto onfalomesentérico es una estructura embrionaria que conecta el saco vitelino con el instestino medio durante el periodo fetal, desapareciendo generalmente entre la quinta y novena semana de vida intrauterina. Las anomalías relacionadas con la ausencia total o parcial de su involución se presentan en un 2% de la población. Se debe sospechar esta patología de la región umbilical ante la aparición de un pólipo mucoso color rojo cereza, granuloma que no responde a la cauterización, secreción meconial o fecaloidea a nivel umbilical o un lumen no vascular en cordón umbilical.

Caso Clínico: Neonato prematuro de 32 semanas de edad gestacional que nace mediante cesárea por gestación gemelar monocorial monoamniótica, con Apgar 8-10, sin otros antecedentes obstétricos-perinatales de interés. A su ingreso se evidencia imposibilidad de canalización de vasos umbilicales. Evolución favorable posterior, sin incidencias, hasta el séptimo día de vida, que se observa a nivel umbilical formación mucosa polipoidea con secreción de contenido verdoso. Se realiza interconsulta a Cirugía Pediátrica y se solicita fistulografía, objetivándose relleno de contraste de asas centroabdominales, muy probablemente de intestino delgado, compatible con persistencia de conducto onfalomesentérico. Ante dichos hallazgos se decide intervención quirúrgica con resección del mismo y anastomosis término-terminal, sin incidencias reseñables.

Conclusiones: Ante un neonato con una anomalía en región umbilical, granuloma de evolución tórpida o secreción umbilical debemos tener en cuenta esta patología en el diagnóstico deferencial con la finalidad de realizar un diagnóstico y tratamiento precoz y evitar así posibles complicaciones.

**P32: DISRAFISMO ESPINAL: DE LAS ANOMALÍAS CUTÁNEAS A LAS MALFORMACIONES ESPINALES.**

Crujeiras Paz M, González López M, Carreira Sande N, Pérez López C, Gil González C, Rey García S.

Presentación: Los disrafismos espinales son malformaciones congénitas de la columna vertebral y la médula espinal que se caracterizan por la falta de cierre de las estructuras neurales, óseas o mesenquimales en la línea media, asociando de forma frecuente alteraciones cutáneas características. DIASTEMATOMIELIA: La diastematomielia ocurre cuando hay un desdoblamiento de la médula, debida a la persistencia de un canal neuroentérico. Se clasifican en dos tipos: el tipo 1, en el que hay dos médulas recubiertas por duramadres individuales, separados por un tabique óseo/cartilaginoso; el tipo 2, en el hay una única duramadre y el tabique suele ser fibroso. Se puede presentar clínicamente con escoliosis o síndrome de médula anclada. Un hallazgo característico es el mechón de pelo en la espalda. LIPOMA ESPINAL: Los lipomas están formados por tejido graso, conectivo o de otras estirpes, parcialmente encapsulados. La mayoría se extienden desde la médula hasta los tejidos subcutáneos donde hacen relieve como una masa de tacto blando. Existe tejido graso localizado a nivel subcutáneo, epidural, intradural e intramedular, infiltrando el cono y entremezclándose con las raíces que forman la cola de caballo. Clínicamente se caracteriza por su asociación frecuente con la médula espinal anclada. Un hallazgo cutáneo característico es el acúmulo graso subcutáneo.

Caso Clínico:

CASO 1: DIASTEMATOMIELIA. Lactante de 17 meses que presenta retraso motor y estacionamiento ponderoestatural. Aspecto hipotrófico y asimétrico de piernas. Mechón lumbar con tumefacción difusa inferior e hiperlordosis lumbar. La RM evidencia escoliosis, malformación compleja vertebral y defectos de fusión posterior. Cordón medular dividido en dos hemimédulas con espolón cartilaginoso/óseo divisorio intrarraquídeo, fusión caudal y anclaje del filum hipertrófico.

CASO 2: LIPOMA ESPINAL. Lactante de 16 meses con bultoma blando en región lumbar. Desarrollo motor y control de esfínteres adecuado. La RM muestra el extremo caudal del cono medular a la altura de L3, en posición baja, compatible con médula anclada. Adyacente a la vertiente dorsal del cono medular se observa una imagen fusiforme, hiperintensa en T1-T2 y que satura la grasa en STIR, compatible con lipoma espinal. Abundante tejido graso subcutáneo.

Conclusiones: La detección precoz de lesiones cutáneas asociadas a disrafismo permite instaurar un diagnóstico y tratamiento adecuados evitando futuras secuelas neurológicas. Es importante diferenciar las lesiones de alto riesgo (hipertricosis, lipoma o hemangioma en línea media dorsolumbar) de otras sin riesgo asociado (seno sacrococcígeo).

**P33: BULTOMA EN EL DORSO DE MANO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

Crujeiras Paz M, Rodríguez Toro I, Sardina Ríos A, Fernández Viso S, Padín Fontán M, Rey García S.

Presentación: En ocasiones se pueden apreciar en los recién nacidos algunos tumores o masas que suelen llamar la atención. Pueden tener orígenes muy diferentes en función de las características de la propia tumoración, de su localización o de otros aspectos. Ante su aparición deberían de ser consideradas las siguientes causas: fisiológicas, tumorales, malformaciones congénitas, inflamatorias, traumatológicas, infecciosas o iatrogénicas. A continuación presentamos dos casos clínicos de bultoma inespecífico en periodo neonatal.

Caso Clínico:

Caso 1: Segunda gestación, mujer de 36 años, Grupo 0 Rh negativo, isoinmunización Rh previa, Coombs indirecto positivo. Edad gestacional 34+4 semanas. A su ingreso en UCI-Neonatal se diagnostica de enfermedad hemolítica del recién nacido precisando exanguinotransfusión total tras la cual se objetiva hipocalcemia por lo que recibe tratamiento con gluconato calcico iv. A los 10 días de vida presenta a la exploración física bultoma en dorso de mano derecha de consistencia pétrea sin signos inflamatorios superficiales por lo que realiza Rx-mano donde se observa una masa de alta densidad proyectada sobre las partes blandas en región dorsal e interna del carpo, que dado los antecedentes, podría ser compatible con extravasación de calcio. Actualmente a seguimiento en consultas externas donde se objetiva disminución progresiva de la tumoración.

Caso 2: Tercera gestación de mujer de 27 años. Grupo sanguíneo A Rh negativo. Cesárea a las 36+3 semanas por placenta previa e ingresa en la unidad neonatal por embarazo parcialmente controlado. A las 48 horas de vida destaca tremulación presentando hipocalcemia en gasometría capilar por lo que se inicia tratamiento con gluconato cálcico oral en dosis crecientes, pese a lo que persiste hipocalcemia, precisando posteriormente corrección intravenosa de la misma. A las 3 semanas de vida se detecta bultoma en cara anterior de muñeca derecha, de consistencia dura, que no limita la movilización de dicha articulación, por lo que se realiza Rx-muñeca siendo compatible con calcinosis iatrogénica. A los 5 meses de vida se objetiva desaparición completa de la calcificación.

Conclusiones: La extravasación de soluciones intravenosas, sobretodo en neonatos, representa una causa importante de morbilidad. En el caso del gluconato cálcico intravenoso se pueden producir desde una respuesta inflamatoria intensa, calcificaciones cutáneas hasta ocasionalmente necrosis de tejidos blandos. Las manifestaciones clínicas de la extravasación de calcio pueden tardar en aparecer hasta 3 semanas por lo que suelen estar infravaloradas inicialmente. Es por tanto una entidad a tener en cuenta ante una tumoración localizada cerca de accesos venosos.

**P34: VÓMITOS E HIPOGLUCEMIA; NO SIEMPRE "ES UN VIRUS".**

Fernández Soto Z, Sarmiento Carrera N, Vila Pérez D, Pumarada Prieto M, Chamorro Martín J, Fernández Lorenzo J.

Presentación: La fructosemia o intolerancia hereditaria a la fructosa (IHF) es una enfermedad metabólica de carácter recesivo causada por el déficit de enzima aldolasa B. Tras la ingesta de fructosa, los afectados por esta entidad pueden presentan hipoglucemia, vómitos y/o deshidratación entre otras manifestaciones. En ocasiones, estos síntomas pasan inadvertidos o se confunden con procesos infecciosos gastrointestinales, hecho que dificulta el diagnóstico.

Caso Clínico: Lactante de 22 meses de edad sin antecedentes personales de interés y cribado endocrino-metabólico normal. Valorada en Consultas de Endocrinología Pediátrica de nuestro centro tras ingreso hospitalario a los 20 meses por vómitos e hipoglucemias. Exploración física dentro de la normalidad. Analíticamente presenta acidosis metabólica leve, hipertransaminasemia y proteinuria 2 gr/L en micción aislada; alteraciones que se resuelven tras autolimitarse el cuadro. Refieren ambiente epidémico familiar, por lo que los síntomas son atribuidos inicialmente a un proceso infeccioso. Posteriormente, en la anamnesis dirigida, cuentan que había ingerido zumo de naranja horas antes del inicio del cuadro que motivo el ingreso. Rehistoriando a la familia relatan que, a los 5 meses de edad, coincidiendo con la introducción de la fruta en la alimentación, presenta un episodio de somnolencia e hipoactividad transitorias sin establecerse en ese momento una relación causal. Además, señalan que la paciente presenta desde siempre fuerte aversión a la ingesta de frutas, no a verduras ni resto de alimentos. No señalan síntomas de hipoglucemia ante periodos de ayuno prolongados. Se realiza prueba de exposición controlada a fructosa (zumo de naranja) tras la cual se objetiva hipoglucemia sintomática. Ante la sospecha clínica de IHF se establece una dieta estricta exenta de fructosa (incluyendo alimentos que contengan sacarosa y/o sorbitol) y se inician suplementos con vitamina C y ácido fólico. Se solicita estudio genético que confirma una mutación en el gen ALDOB (c.448 G>C).

Conclusiones: Los síntomas de la IHF pueden confundirse con un proceso infeccioso gastrointestinal, por ello deberíamos incluirla en el diagnóstico diferencial de un lactante con vómitos e hipoglucemia. Para una correcta orientación diagnostica es fundamental realizar una adecuada anamnesis; debemos indagar sobre la aparición de vómitos y/u otros síntomas, tras la ingesta de fruta o verdura. Ante la sospecha de IHF es necesario iniciar una dieta exenta de alimentos que contengan fructosa, así como suplementar con vitamina C y ácido fólico. El diagnóstico de confirmación se obtiene a través del estudio genético del gen ALDOB.

**P35: MASTITIS NEONATAL CON ABCESIFICACIÓN: IMPORTANCIA DE LA ANTIBIOTERAPIA INTENSIVA PRECOZ.**

Niño Grueiro I, Guerra Buezo B, Pena Gil P, Abadi García T, Vázquez López E, Pérez Pacín R.

Presentación: La mastitis neonatal es una infección poco común de la glándula mamaria, que a diferencia de la hipertrofia mamaria fisiológica, suele ser unilateral. Se presenta como una tumoración eritematosa, indurada, dolorosa, con o sin secreción purulenta en RN. El germen más frecuentemente asociado a la mastitis neonatal es el Staphylococcus aureus aunque también puede relacionarse con el Streptococcus grupo B, E. Coli, Salmonella, Proteus o Pseudomona. En ocasiones puede complicarse y producir celulitis, fascitis necrotizante, osteomielitis, sepsis, meningitis y abcesificación como el caso que se presenta a continuación.

Caso Clínico: Neonato mujer de 20 días de vida con antecedentes de estenosis pulmonar leve y FOP con shunt izquierda-derecha que consulta por eritema, calor y tumefacción en mama izquierda de 7 días de evolución, y que en las últimas 24 horas asocia febrícula. En tratamiento con Cloxacilina oral domiciliaria desde el inicio del cuadro sin adecuada respuesta clínica. A la exploración presenta buen estado general pero se objetiva bultoma indurado y eritemato-violáceo de aproximadamente 1,5-2 cm de diámetro a nivel subareolar izquierdo, con contenido purulento a tensión, doloroso a la palpación y sin secreción. También presenta ingurgitación de mama derecha. Resto de la exploración normal. Ante la sospecha de mastitis izquierda se solicita ecografía mamaria que confirma la presencia de un área de abscesificación de aproximadamente 13mm por lo que se decide ingreso para drenaje quirúrgico y tratamiento antibiótico empírico con Cloxacilina endovenosa. Se realiza drenaje del absceso con salida de abundante material purulento que se recoge para cultivo. Entre las pruebas complementarias realizadas destaca un hemograma y una bioquímica anodina, un hemocultivo negativo y un cultivo de exudado con crecimiento de Staphylococcus aureus sensible a Cloxacilina. Tras diez días de antibioterapia endovenosa presenta una evolución favorable y se decide alta a domicilio con tratamiento oral durante 4 días más y control estrecho posterior en el que se comprueba la resolución completa del cuadro.

Conclusiones: La mastitis neonatal es una infección de la mama y tejidos adyacentes, poco frecuente, que debemos diferenciar de la hipertrofia mamaria fisiológica, condición más común que se resuelve espontáneamente, sin secuelas. La respuesta a la antibioterapia oral generalmente es pobre por lo que se recomienda el uso de tratamiento endovenoso de inicio pudiendo cambiar a vía oral si la evolución es favorable con un seguimiento estrecho posterior.

**P36: OSTEOMIELITIS PÉLVICA EN EDAD PEDIÁTRICA.**

Abadi García T, Pena Gil P, García Monje M, Fernández Cepero L, Niño Grueiro I, Guerra Buezo B, Almuiña Simón C, Pérez Pacín R.

Introducción y Objetivos: La osteomielitis pélvica (OP) es una enfermedad muy poco frecuente en niños, donde la mayoría de las osteomielitis afectan a huesos largos. Presenta una incidencia del 6-8% del total de todas las osteomielitis de diseminación hematógena. Su inusual presentación dificulta su diagnóstico, retrasando un adecuado tratamiento con una peor evolución clínica y pronóstico final. Nuestro Objetivo es identificar los pacientes con diagnóstico al alta de osteomielitis pélvica y evaluar el diagnóstico, tratamiento y evolución de los mismos.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado de Diciembre de 2014 a Diciembre de 2016, en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron los pacientes ingresados en el período a estudio con diagnóstico de OP, con recogida y análisis descriptivo de datos demográficos, motivo de ingreso, método diagnóstico, tratamiento recibido y evolución clínica.

Resultados: Se diagnosticaron un total de cinco pacientes, 2 lactantes, 1 preescolar y 2 adolescentes. Un 80% varones y un 20% mujeres. El motivo de consulta en todos los casos fue cojera y dolor a la deambulación, acompañándose de fiebre en el 80% de ellos. Todos los pacientes presentaron elevación de reactantes de fase aguda al ingreso; velocidad de sedimentación, proteína C reactiva o ambos. Se extrajeron hemocultivos en todos los pacientes, siendo positivos tan sólo en dos de ellos, aislándose en ambos Staphylococcus aureus meticilin sensible. Para el diagnóstico definitivo fue necesaria la realización de Resonancia Magnética (RM) en todos los casos, completándose el estudio con gammagrafía ósea en 4 de los pacientes. El tiempo de estancia media de hospitalización fue de 16,5 días (Rango 7-27 días). Todos los pacientes recibieron antibioterapia endovenosa un mínimo de 7 días (Rango 7-18 días), 3 de ellos Cefotaxima y Cloxacilina, 1 Cefuroxima y otro Cloxacilina. Se continuó el tratamiento con antibioterapia oral hasta completar 6 semanas. Tras el alta se realizó seguimiento de forma ambulatoria presentando todos ellos adecuada evolución, con una resolución completa sin secuelas.

Conclusiones: La osteomielitis pélvica es una entidad poco frecuente en edad pediátrica, debiendo pensar en ella en los pacientes con síntomas de cojera y/o dolor a la deambulación, independientemente de la presencia o no de fiebre. El tratamiento inicial debe ser endovenoso pudiendo completarse por vía oral con un seguimiento ambulatorio estrecho, evitando hospitalizaciones prolongadas innecesarias. Un diagnóstico y tratamiento precoz disminuirá la aparición de secuelas posteriores.

**P37: DISPLASIA TIBIAL CONGÉNITA COMO SIGNO CLÍNICO DE ALERTA DE NEUROFIBROMATOSIS.**

Dacosta Tapia P, Liñares Nistal P, González Freiría N, Vázquez Padín V, Fiel Ozores A, Suárez Otero G, Fernández Lorenzo J (1).

Presentación: La neurofibromatosis tipo 1 (NF1) es un trastorno neurocutáneo de herencia autosómica dominante que afecta a 1 de cada 3000 nacidos vivos. El diagnóstico se basa en el cumplimiento de dos o más de los criterios de consenso de National Institutes of Health (1987): 1. Seis o más manchas café con leche mayores de 5 mm en pacientes prepuberales y mayores de 15 mm en postpuberales; 2. Dos o más neurofibromas de cualquier tipo o un neurofibroma plexiforme; 3. Signo de Crowe; 4. Glioma de nervio óptico; 5. Dos o más nódulos de Lisch; 6. Lesiones óseas típicas; 7. Antecedentes de neurofibromatosis tipo I en padres o hermanos. Los criterios descritos tienen la limitación de permitir el diagnóstico de la enfermedad de forma tardía (alrededor de los 8 años) debido a que estos signos no están presentes desde el nacimiento. Dado la importancia de la precocidad del diagnóstico de la NF es fundamental tener un nivel de alerta ante hallazgos exploratorios sugestivos, incluyendo las alteraciones esqueléticas. Una de las manifestaciones esqueléticas de la NF1 es el arqueamiento anterolateral de la tibia, denominado displasia tibial congénita (DTC), que afecta entre el 1-2% de los pacientes con NF1, y generalmente está presente desde el nacimiento o en las primeras semanas de vida, pudiendo preceder a la aparición de otros síntomas.

Caso Clínico: Varón, 1 mes, en el que se detecta en revisión de salud un arqueamiento anterolateral de tibia derecha, realizándose radiografía que confirma una angulación del tercio distal de tibia y peroné derechos con indentación del córtex tibial. En posteriores revisiones, se identifican manchas café con leche (> 6 manchas > 5 mm) presentando un adecuado desarrollo psicomotor y ponderal para la edad. No antecedentes familiares de facomatosis. Se completa estudio con revisión oftalmológica y neuroimagen sin alteraciones. Ante la alta sospecha clínica por la presencia de manchas café con leche y alteración esquelética se solicita estudio genético que confirma el diagnóstico de NF1 (mutación NM\_000267.3:c.91\_92del en heterocigosis).

Conclusiones: La displasia congénita de la tibia y la neurofibromatosis tipo 1 están estrechamente relacionadas. La DCT aparece desde el nacimiento o en las primeras semanas de vida, y en muchos casos se manifiesta antes que otros hallazgos cardinales de NF1. Un seguimiento clínico meticuloso y un elevado nivel de alerta son fundamentales en los pacientes con DCT para conducir a un diagnóstico más temprano de neurofibromatosis tipo 1.

**P38: ROMBOENCEFALITIS: REMARCANDO EL TRATAMIENTO EMPÍRICO PRECOZ.**

López Fernández A, Sevivas Fontoura C, Nóvoa Illanes A, Fontenla García J, Iglesias Meleiro J, Pérez López C, Rey García S.

Presentación: Se define romboencefalitis como el proceso inflamatorio del tronco cerebral y cerebelo, de etiología predominantemente vírica, en contexto o no de encefalitis generalizada. Cursa con afectación del estado general y clínica disautonómica. El electroencefalograma puede ser normal en fases iniciales y la técnica diagnóstica de elección es la RM. En cuanto al tratamiento, la administración precoz de gammaglobulinas mejora el pronóstico.

Caso Clínico: Presentamos el caso clínico de un lactante de 9 meses de edad que ingresa en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense por fiebre, afectación del estado general y desconexión del medio. Como antecedente referían síndrome febril acompañado de exantema las últimas 72 horas. A la exploración, presentaba alteración del nivel de conciencia, mala perfusión periférica, tendencia a hipotensión arterial e insuficiencia respiratoria. Se inicia tratamiento empírico con antibioterapia de amplio espectro (cefotaxima, vancomicina y azitromicina),aciclovir y corticoides (metilprednosolona); evidenciándose un progresivo deterioro clínico con necesidad de intubación orotraqueal. Se realiza una ECO transfontanelar, normal, y en análisis citoquímico del LCR se objetiva pleocitosis (28 células/mcl con bioquímica normal). Al ingreso se realiza también un EEG, sin alteraciones. Posteriormente, aparece lentificación típica de trazado a nivel parieto-occipital bilateral difusa. Tras la extubación al tercer día, se evidencia alteración motora y deglutoria sugestiva de romboencefalitis y se inicia tratamiento empírico con gammaglobulina (2g/kg en dos dosis); se realiza RM objetivandose hiperseñal bilateral y simétrica de pedúnculos cerebelosos inferiores, hallazgos compatibles con romboencefalitis. El estudio microbiológico completo de los fluídos corporales fue negativo exceptuando la presencia de Enterovirus A-71 en cultivo de heces. La evolución fue satisfactoria con mejoría de la clínica neurológica, tanto disautonómica como cognitiva, y se normalizó el trazado electroencefalográfico de forma casi completa a las tres semanas del ingreso.

Conclusiones: En resumen, es importante remarcar la posibilidad de un trazado electroencefalográfico normal al inicio del cuadro, a pesar de existir sintomatología disautonómica, lo que lo convierte en una diferencia con respecto a los cuadros de encefalitis generalizada. Es un importante diagnóstico, por lo que se debe incluir la infección por Enterovirus como diagnóstico diferencial de las posibles causas de romboencefalitis. Además de valorar siempre el inicio precoz y empírico del tratamiento con gammaglobulinas ante la sospecha clínica. También resaltar la negatividad de los cultivos de sangre y LCR, aislándose PCR positiva para enterovirus únicamente en heces como ocurrió en nuestro paciente.

**P39: CUANDO UNA INFECCIÓN NO ES SÓLO UNA INFECCIÓN.**

Cabo Jiménez V, Sole Mesalles C, Conde Lorenzo N, Fernández Viso S, Novoa Gómez G, Rey García S.

Presentación: La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune de la placa neuromuscular, caracterizada por fatigabilidad fluctuante, afectación de musculatura ocular extrínseca y bulbar. Se diagnostica mediante: sospecha clínica, determinación de anticuerpos antiacetilcolina, anticuerpos antitirosincinasa muscular específica (antiMusk) o anticuerpos anti-receptor de agrina (antiLRP4); no obstante hasta un 20% de los pacientes pueden ser seronegativos; test neurofisiológicos y farmacológicos. Se emplean diversos tratamientos los cuales incluyen: fármacos anticolinesterásicos, corticoides e inmunosupresores, anticuerpos monoclonales, gammaglobulina endovenosa y plasmaféresis.

Caso Clínico: Paciente mujer de 7 años de edad, sin antecedentes obstétrico-perinatales de interés, a seguimiento en endocrinología infantil por retraso ponderoestatural desde los 4 años. Ingresa en nuestro centro por bronconeumonía complicada (derrame pleural bilateral), a pesar de recibir tratamiento antibiótico de amplio espectro. A las 48 horas presenta empeoramiento progresivo, precisando ventilación mecánica no invasiva. Recibe también tratamiento broncodilatador, así como corticoides endovenosos; mejora lentamente pero de manera satisfactoria. Destaca durante todo su ingreso ptosis palpebral bilateral así como debilidad muscular generalizada, difícil de valorar dado su estado clínico. Es dada de alta a domicilio, pendiente de resultado de estudio de autoinmunidad y miopatías, reingresando a las dos semanas con un cuadro clínico similar de menor gravedad, siendo diagnosticada de Miastenia gravis anti Musk positiva, iniciando tratamiento con anticolinesterásicos y corticoide oral.

Conclusiones:

-Aunque la Miastenia Gravis es una enfermedad poco frecuente en la infancia, debe sospecharse ante procesos respiratorios tórpidos o recurrentes asociados a debilidad muscular.

-Recordar que no solo existen anticuerpos antiacetilcolina, pudiéndose detectar anticuerpos anti tirosincinasa muscular específica (Anti-Musk) y antiLRP4.

-Es importante su diagnóstico, ya que los afectados pueden sufrir crisis miasténicas secundarias a tratamientos farmacológicos.

**P40: NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1 EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.**

Cabo Jiménez V, Sole Mesalles C, Sevivas Fontoura C, Conde Lorenzo N, Rey García S.

Introducción y Objetivos: Conocer la prevalencia de Neurofibromatosis tipo 1 en nuestro medio, así como su morbilidad.

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de nuestros pacientes diagnosticados de NF -1, en un hospital de segundo nivel, entre los años 2000-2015.

Resultados: La prevalencia de la NF1 fue de 1/1200 nacidos vivos. Siendo el 46% varones. La edad media en el momento de diagnóstico fue de 2 años. El 100% presentaron manchas café con leche y fue el primer criterio detectado en el 94%. El 40% manifestaron neurofibroma plexiforme. En el 20% se diagnosticó glioma óptico. El 33% tenían antecedentes familiares de 1º grado. El 46% asociaron TDAH, 13% escoliosis. Se diagnosticó un caso de pseudoartrosis de tibia. El estudio genético se realizó en el 100% de nuestros pacientes, siendo positivo en el 86 % de los casos y negativo (para las mutaciones conocidas hasta el momento) en el 14%.

Conclusiones: La prevalencia de NF-1 en nuestro medio duplica la descrita en la literatura, así como la incidencia de glioma óptico. La media de edad de la primera consulta son los dos años, consideramos que en los controles en Atención Primaria ante la aparición de manchas café con leche debe sospecharse en síndrome neurocutáneo y dada la morbilidad que estos suponen ser remitidos a Neurología Infantil para su temprano diagnóstico y su posterior seguimiento.

**P41: VASCULITIS GANGRENOSA JUVENIL DEL ESCROTO DENTRO DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÚLCERA GENITAL EN EL ADOLESCENTE.**

Ríos Duro H, Costa Posada U, Sandín Fernández D, Alvarez Demanuel D, Lorenzo Fírvida C, Lemos Bouzas M, Fernández Lorenzo J.

Presentación: El diagnóstico diferencial de la úlcera genital del adolescente abarca un gran abanico de enfermedades, destacando las infecciosas y algunas sistémicas (PAN, Behçet). La vasculitis gangrenosa juvenil del escroto es una forma de úlcera escrotal con presentación infrecuente, de etiología desconocida y que afecta exclusivamente a varones jóvenes. Se caracteriza por la aparición de lesiones eritematosas que evolucionan hacia placas necróticas, generalmente pocos días después de un cuadro gripal o faringoamigdalar, autolimitadas y sin recidiva posterior.

Caso Clínico: Presentamos el caso de un varón de 14 años, sin antecedentes de interés, que acudió a Urgencias por dolor testicular y fiebre de 4 días de evolución, asociando dos lesiones escrotales en las últimas 24-48 horas. En los días previos había sido diagnosticado de gripe A y presentaba úlceras orales de repetición en el último año. En la exploración física se objetivaron dos úlceras de 0,5 y 1 cm de diámetro con escara necrótica y bordes eritematosos sobre placa indurada en escroto de teste derecho; que estaba aumentado de tamaño, era doloroso a la palpación y con reflejo cremastérico difícil de obtener. No se evidenciaron lesiones en otras localizaciones ni adenopatías. Resto de la exploración física sin hallazgos relevantes. La ecografía testicular fue compatible con orquiepididimitis derecha. En las pruebas complementarias realizadas, incluido estudio de inmunidad, no se encontraron alteraciones salvo ligera elevación de reactantes de fase aguda (PCR 47 mg/L, VSG 25 mm/h). Las serologías para VHB, VHC, VIH, Treponema pallidum, Chlamydia y Rickettsia conorii resultaron negativas. En el cultivo del exudado de la úlcera se obtuvo crecimiento de Sthapylococcus aureus. En la biopsia del borde de la lesión se objetivó necrosis dermo-hipodérmica. Se completaron 10 días de antibioticoterapia con amoxicilina-clavulánico y curas diarias con ácido fusídico con evolución favorable y cicatrización progresiva de las úlceras.

Conclusiones: La biopsia de la lesión, así como las características clínicas, son compatibles con el diagnóstico de vasculitis necrotizante juvenil del escroto. La negatividad de los estudios microbiológicos lo apoyan. Tener presente esta entidad y su carácter autolimitado y benigno en el diagnóstico diferencial de la úlcera escrotal del adolescente puede evitar pruebas diagnósticas y terapéuticas.

**P42: REGRESIÓN ESPONTÁNEA DE UN OSTEOCONDROMA SOLITARIO DE HÚMERO.**

Ríos Duro H, Bauluz Bárcena M, Vázquez Canal E, García García M, Cerdeiras Jaureguizar C, Uriarte Hernández Í, Pérez Losada A.

Presentación: El osteocondroma es el tumor óseo benigno más frecuente, formado por una exostosis de hueso trabecular recubierta de cartílago que afecta a la región metafisaria de los huesos largos. La presentación clínica característica es una masa palpable, dura y sin movilidad. Algunos pacientes sufren clínica músculo-tendinosa y/o vásculo-nerviosa secundaria, también es común el hallazgo incidental. La transformación en tumor maligno es muy infrecuente. La exéresis quirúrgica está indicada si existe sintomatología clínica, progresión en el tamaño o se sospecha malignidad. Su evolución natural no está bien documentada.

Caso Clínico: Paciente de 5,5 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consultó en su Centro de Atención Primaria por detectar bultoma en brazo izquierdo. No refería traumatismo importante previo en la zona. En el examen físico, se observó tumoración dura, fija y no dolorosa en cara externa proximal de húmero izquierdo. En los estudios de imagen (radiografía y ecografía), se detectó una exostosis sésil aislada que presentaba continuidad de la medular y la cortical con el hueso normal, imágenes compatibles con osteocondroma. No se evidenciaron signos clínicos ni radiográficos de síndrome hereditario de exostosis múltiple. Remitido para valoración por Cirugía Ortopédica y Traumatología, se decidió realizar controles clínicos y radiológicos del tumor de forma anual. En un examen alejado siete años del diagnóstico inicial, la sintomatología clínica había desaparecido y la exostosis había remitido de forma espontánea, con desaparición radiográfica.

Conclusiones: La regresión espontánea es una posibilidad de evolución natural del osteocondroma único. El manejo conservador y la observación periódica en pacientes asintomáticos, especialmente los esqueléticamente inmaduros, puede evitar un tratamiento quirúrgico no exento de complicaciones.

**P43: CAUSTICACIÓN ESOFÁGICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.**

Ríos López C, Bauluz Bárcena M, Táboas Ledo M, Padín Vázquez V, Padín Fontán M, Cobelas Cobelas M, Fernández Lorenzo J.

Presentación: La ingesta de productos caústicos es un grave problema tanto médico como social. En edad pediátrica dicha ingesta se produce fundamentalmente de manera accidental y en menores de 6 años. Las potenciales complicaciones a nivel digestivo y metabólico, a corto y largo plazo, hacen necesario un plan de actuación que comienza en el Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP).

Caso Clínico: Varón de 7 años que acude al SUP de nuestro centro tras ingesta accidental de cantidad desconocida de lavavajillas industrial (hidróxido de sodio y policarboxilatos) hace una hora. De camino le provocan cinco vómitos. Posteriormente ingiere agua. En el momento de su valoración destaca: afectación del estado general. Sialorrea. Petequias en región perioral. Edema labial, lengua depapilada. Eritema y lesiones blanquecinas en faringe. Resto de la exploración y constantes: normales. Con sospecha de causticación esofágica, se realiza radiografía de tórax y abdomen (normales), se indica dieta absoluta y se inicia tratamiento corticoide, antibiótico, gastroprotector y analgésico. Ingresa en Cuidados Intensivos. En fibroendoscopia digestiva alta 15 horas después se objetivan erosiones en mucosa oral y esófago friable, con ulceraciones circunferenciales predominantes en tercio inferior: causticación esofágica grafo 2B de Zargar (figura 1). Cumple antibioterapia durante 3 semanas, consiguiendo tolerancia oral progresiva (inicialmente por sonda nasogástrica). Tras este tiempo se realiza tránsito esofágico: estenosis leve de la unión entre tercio superior y medio de esófago (figura 2). Actualmente asintomático, con controles ambulatorios en consulta.

Conclusiones: Ante una posible causticación, los signos y síntomas clínicos no reproducen con exactitud la gravedad de las lesiones. En el SUP debe evitarse el lavado gástrico, los agentes eméticos y los intentos de neutralización para minimizar la exposición al caústico. La radiología simple descarta perforación esofágica inicial. La endoscopia alta nos aporta información diagnóstica, terapeútica y pronóstica. El manejo posterior se realizará en UCI y planta de hospitalización.

**P44: NEUROBORRELIOSIS EN EDAD PEDIÁTRICA.**

Guerra Buezo B.

Presentación: La enfermedad de Lyme es una infección causada por la espiroqueta Borrelia Burgdorferi, transmitida por la mordedura de la garrapata dura del género Ixodes ricinus. Sus principales manifestaciones se localizan a nivel cutáneo, neurológico, reumatológico y cardíaco. Distinguimos tres fases dentro de la enfermedad, la fase I (localizada precoz) incluye el eritema migrans, la fase II (diseminada precoz) meningitis, radiculitis, mononeuritis, parálisis de nervios craneales, carditis, arritmias y artritis aguda y la fase III (diseminada tardía) acrodermatitis crónica atrófica, artritis crónica recidivante y neuroborreliosis tardía. A continuación se expondrá un caso de neuroborreliosis en la edad pediátrica.

Caso Clínico: Niño de 5 años que consulta en urgencias por cefalea y parálisis facial periférica enviándose a domicilio en tratamiento con lágrimas artificiales y corticoide oral tras recoger serologías a Toxoplasma, CMV, VEB, VVZ, VHV y Borrelia. Tras 6 días de tratamiento, se recibe serología positiva a Borrelia (Elisa Ig M e Ig G +) constatándose la persistencia de la cefalea y la paresia facial. Con el diagnóstico de neuroborreliosis se realiza punción lumbar obteniéndose un LCR con pleocitosis linfocitaria e hiperproteinorraquia y se ingresa al paciente en tratamiento con ceftriaxona iv durante 14 dias. Su evolución fue favorable con resolución completa del cuadro. Elisa en LCR positivo para Ig M e Ig G. Western Blot positivo. PCR en LCR para Borrelia negativo. No recordaban la picadura de garrapata ni la existencia de eritema migratorio.

Conclusiones: Las manifestaciones neurológicas junto con las cutáneas, son las más frecuentes de la enfermedad. Menos de la mitad de los pacientes recuerdan la mordedura de la garrapata, por lo que deberemos sospechar la enfermedad en pacientes de zonas endémicas con clínica compatible. En la infancia es frecuente la asociación de parálisis facial y meningitis por Borrelia, aún con escasos síntomas de irritación meníngea como sucedió en nuestro caso. Para el diagnóstico de certeza es necesario asociar una serología positiva a la clínica compatible. Es característico encontrar un LCR con moderada celularidad de predominio linfocitario pero con elevada proteinorraquia. Los meses de final del verano e inicio del otoño son los de mayor incidencia de neuroborreliosis en nuestra provincia. Se trata de una enfermedad de pronóstico excelente cuando se establece un diagnóstico y tratamiento precoz.

**P45: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO.**

González Vázquez D, Malde García C, Frade Pardo L, Baena Barrios M.

Presentación: El Síndrome Hemolítico-Urémico (SHU) es una microangiopatía trombótica que se caracteriza por la presencia de anemia hemolítica, trombopenia e insuficiencia renal aguda (IRA), siendo una de las principales causas de IRA en la infancia en países en desarrollo. La Escherichia Coli productora de Shiga (STEC) es el principal agente etiológico del SHU. Conocer la fisiopatología y las manifestaciones clínicas del SHU puede ayudar en la detección precoz de complicaciones y la puesta en marcha de un plan de cuidados de calidad.

Caso Clínico: Presentamos el caso de un niño de 13 meses de edad que ingresó en la UCI Pediátrica de nuestro hospital procedente de Urgencias por sospecha de Síndrome Hemolítico Urémico. Acudió a urgencias por clínica de vómitos, rechazo de la ingesta y deposiciones líquidas con restos hemáticos de 4 días de evolución. A su llegada a la unidad, destacaba irritabilidad, tendencia a la somnolencia y palidez mucocutánea. Estaba afebril, con escasa diuresis registrando pérdida ponderal del 5% e hipertensión arterial. En control analítico presentaba Hb de 10,2g/dL y leucocitosis (27.100/mmc) con presencia de esquistocitos en sangre periférica, valores elevados de urea (135mg/dL) y creatinina (1,65mg/dL), plaquetopenia (47.000/mm3) y elevación de LDH (2996U/L). En sedimento de orina proteinuria y hematuria. Ante estos hallazgos se colocó sonda vesical y nasogástrica, se recogieron muestras para coprocultivo y se solicitó ecografía renal. Debido a la persistencia de oligoanuria refractaria se canalizó catéter Shaldon en vena femoral derecha para comenzar hemodiafiltración venovenosa continua. En coprocultivo se detectó Escherichia coli productora de toxinas shiga-like por lo que se procedió al aislamiento de contacto del paciente. Se estableció un plan de cuidados individualizado que se centró en el control del balance hídrico y el riesgo de sangrado, poniendo atención a la posible aparición de complicaciones a nivel cardíaco, digestivo y del sistema nervioso central.

Conclusiones:

- La clínica principal del SHU se caracteriza por anemia, trombopenia e IRA.

- El principal agente etiológico es Escherichia coli productora de toxina shiga-like que provoca clínica prodrómica consistente en vómitos y diarrea.

- El tratamiento es de soporte centralizado en el control de líquidos y prevención de complicaciones.

- Conocer la fisiopatología del SHU nos permite llevar a cabo unos cuidados de enfermería de calidad y detectar de manera precoz posibles complicaciones asociadas al curso clínico del paciente.

**P46: REVISIÓN DE LA ATRESIA INTESTINAL MÚLTIPLE: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Gómez Silva G, Mandiá Rodríguez N, Pérez Muñuzuri A, López Suárez O, Baña Souto A, Urisarri Ruíz de Cortázar A, López Sanguos C, Bautista Casasnovas A, Couce Pico M.

Presentación: Recién nacida por parto vaginal a las 32 semanas de edad gestacional de un primer embarazo controlado, con sospecha antenatal de atresia intestinal. En radiografía al nacimiento se objetiva obstrucción intestinal alta, y se realiza intervención quirúrgica con resección de múltiples segmentos atrésicos en yeyuno e íleon con tapones de meconio, siendo necesario realizar yeyunostomía e ileostomía a 15 cm de la válvula ileocecal. Evolución tórpida, precisando 2 nuevas intervenciones quirúrgicas por aparición de nuevos segmentos atrésicos, uno de ellos con extirpación de la válvula ileocecal, quedando con unos 25 cm de intestino delgado, además de procesos sépticos recurrentes por bacterias intestinales. El estudio del sistema inmune reveló una inmunodeficiencia combinada severa, con disminución de células T y del número total de inmunoglobulinas. Se confirma el síndrome de MIA-SCID por estudio genético. La paciente falleció a los 8 meses de edad por complicación del transplante de médula realizado.

Caso Clínico: La atresia intestinal múltiple (MIA) es una enfermedad congénita muy grave, que presente múltiples lesiones en varios niveles del tracto gastrointestinal, desde el estómago hasta el recto. En un 10-14% de los pacientes se asocia inmunodeficiencia combinada severa (SCID) constituyendo el Síndrome de MIA-SCID, del que se actualmente hay 22 casos en la literatura. La necesidad de nutrición parenteral total prolongada y las infecciones recurrentes condicionan un muy mal pronóstico, con fallecimiento antes de los 2 años en los casos publicados. La base genética de esta entidad ha sido descubierta en 2013, con herencia autosómica recesiva y debida a mutaciones patógenas en el gen TTC7A. Presentamos un caso clínico de una paciente de 4 meses de vida con MIA-SCID, que presenta la mutación en homocigosis para el gen TTC7A.

Conclusiones: El estudio genético en TTC7A debe ser analizado en pacientes que presenten clínica de atresia intestinal múltiple pues la caracterización del papel que juega esta proteína codificada por el gen tanto en el sistema inmune como en la mucosa intestinal, tendrá implicaciones terapéuticas importantes en el futuro de los pacientes con MIA-SCID. En su manejo puede ser preciso trasplante de progenitores hematopoyéticos e incluso trasplante intestinal según la evolución, con especial precaución a las sepsis de origen intestinal, la causa de muerte más importante en estos pacientes. Por lo tanto el estudio precoz del sistema inmune, análisis del gen TTC7A y una intervención quirúrgica temprana son cruciales para el manejo de la atresia intestinal múltiple.

**P47: BRONQUIO TRAQUEAL: UNA RARA CAUSA DE DISTRES RESPIRATORIO NEONATAL.**

Gómez Silva G, López Sanguos C, Laíño González C, Urisarri Ruíz de Cortázar A, Baña Souto A, Mandiá Rodríguez N, Couce Pico M.

Presentación: Varón nacido mediante parto instrumentalizado con ventosa a las 39 semanas de edad gestacional. Embarazo normoevolutivo. A las 48 horas de vida ingresa por taquipnea intermitente con tiraje subcostal asociado. A la auscultación cardíaca destaca un soplo sistólico. Se realiza ecocardiograma en el que se descarta cardiopatía congénita. Radiografía de tórax normal. Dado de alta a los 7 días de vida asintomático, diagnosticándose de taquipnea transitoria. Reingresa a los 11 días de vida por reaparición de la taquipnea y dificultad respiratoria, relacionándose con un pequeño neumotórax derecho, que se evacúa. A pesar de ello, persisten los signos de distres, precisando soporte respiratorio no invasivo. En controles radiológicos se aprecia hiperinsuflación pulmonar derecha con desplazamiento mediastínico. Ante la ausencia de mejoría se realiza TC torácico en el que se identifica la presencia de un enfisema lobar congénito secundario a un bronquio traqueal derecho, procediéndose a la bilobectomía de lóbulos superior y medio derechos con resección del bronquio aberrante, con resolución posterior de la clínica.

Caso Clínico: Las malformaciones del desarrollo del aparato respiratorio suponen entre el 1.4-2.2% de las malformaciones congénitas. Una de ellas y muy poco frecuente es el bronquio traqueal (BT), que es un bronquio anatómicamente anómalo que emerge directamente de la tráquea o de un bronquio principal. Mayoritariamente se localizan en la pared derecha de la tráquea y se dirigen al lóbulo superior derecho. La presencia de BT se ha descrito tanto de forma aislada como en el contexto de ciertas patologías (Tetratogía de Fallot, Síndrome de Down, Síndrome de KlippelFeil) y asociado a otras malformaciones tráqueo-bronquiales, la más frecuente la malformación adenomatoidea quística. En la mayoría de los casos el BT es asintomático, siendo un hallazgo casual en pruebas de imagen realizadas por otro motivo. Cuando generan sintomatología, ésta aparece tempranamente como distres respiratorio, estridor, neumonías de repetición o tos persistente. Una variante de presentación clínica inusual es como un enfisema lobar congénito. El tratamiento del BT es, conservador, reservándose su resección a casos sintomáticos o que cursan con infecciones de repetición.

Conclusiones:

- Ante clínica respiratoria neonatal persistente, a pesar de controles radiológicos normales, es necesario realizar TC torácico para descartar malformaciones congénitas del aparato respiratorio.

- El bronquio traqueal, pese a su rareza, puede ser causa de infecciones de repetición o taquipnea persistente en un recién nacido, siendo difícil su detección en radiografía de tórax convencional.

**P48: ENFERMEDAD DE KAWASAKI ENTRE LOS AÑOS 2010-2016: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL.**

NAVARRO MARTÍNEZ J, LÓPEZ FERNÁNDEZ A, MÍGUEZ CAMPOS M, GIL GONZÁLEZ C, FONTENLA GARCÍA J, REY GARCÍA S.

Introducción y Objetivos: La Enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre de forma aguda y autolimitada, aunque puede constituir un proceso potencialmente grave debido a las complicaciones asociadas, sobre todo cardíacas. Presenta mayor incidencia en niñas de entre 6 meses y 5 años y su etiología se desconoce, aunque se le supone un desencadenante infeccioso. La EK presenta diversas manifestaciones clínicas, de presentación gradual, que constituyen los criterios diagnósticos de EK (tabla 1), denominándose así EK típico/completo. El tratamiento recomendado es la gammaglobulina humana (administradas en fase precoz de la enfermedad reducen la tasa de complicaciones cardíacas) y el ácido acetilsalicílico (efecto antiinflamatorio y antiagregante). Otros tratamientos asociados son los corticoides, anti TNF…

Materiales y Métodos: Presentamos un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de los casos de EK registrados en nuestro servicio durante los años 2010-2016, revisando los datos demográficos, la presentación clínica, el tratamiento administrado y si hubo o no complicaciones cardiológicas al alta.

Resultados: En nuestra serie de 12 casos observamos la prevalencia del sexo femenino (9:3) con una edad media de 19 meses; 9 de los pacientes cumplieron criterios diagnósticos de EK típico. El síntoma común fue el exantema polimorfo, siendo el siguiente en frecuencia la mucositis; el más irregular fue la presencia de adenopatías. Como tratamiento, 10 de los pacientes recibieron gammaglobulina, solamente 7 de forma precoz (60%). En 2 casos se asociaron corticoides al tratamiento. Evolutivamente, 5 pacientes diagnosticados de EK típica presentaron alteraciones coronarias, los mismos que no recibieron gammaglobulina de forma precoz. Sin embargo, observamos cómo los 2 pacientes que también recibieron corticoides asociados a la inmunoglobulina vieron cómo sus alteraciones coronarias se resolvieron en un plazo de 2-4 semanas, menor que la media (3 meses).

Conclusiones: Así, podemos concluir que en nuestro centro se cumplen las condiciones demográficas y clínicas habituales; pero que es necesario instaurar de forma precoz el tratamiento con gammaglobulina, asociando corticoides, para mejorar el pronóstico en nuestros pacientes diagnosticados de EK al reducir la tasa de alteraciones cardíacas y la duración de las mismas.

**P49: DACMVP ¿ES NECESARIA LA CONFIRMACIÓN HISTOLÓGICA PARA EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO?.**

Vázquez Gómez L, Sucasas Alonso A, Romero Rey H, Ávila Álvarez A.

Presentación: La displasia alveolo capilar congénita con desalineamiento de las venas pulmonares (DACMVP) es una causa rara y letal de hipertensión pulmonar neonatal. Se caracteriza por la lesión histológica de los capilares alveolares asociado a múltiples anomalías congénitas, principalmente a nivel cardiovascular, genitourinario y digestivo. Estas alteraciones conducen a una hipertensión pulmonar refractaria en el período neonatal con una invariable ausencia de respuesta a las medidas terapéuticas habituales.

Caso Clínico: Dado que el diagnóstico de confirmación es anátomo-patológico, frecuentemente se realiza postmortem o de forma tardía en un paciente en el que se han probado diferentes pautas terapéuticas, incluyendo en ocasiones el soporte con membrana extracorpórea. En los últimos años se han descrito alteraciones genéticas en el factor de transcripción FOX del cromosoma 16g24.1q24.2 en casos de DAC esporádica. Al mismo tiempo que se avanza en el conocimiento de esta entidad, la mejoría en diagnóstico prenatal tanto ecográfico como en la genética molecular hace que se pueda hacer un diagnóstico de presunción durante la gestación y que se planteen dilemas éticos, tal y como ocurre en el caso que presentamos. Se trata de una gestante sana de 35 años de edad. En la semana 22 de gestación se diagnostica al feto de una cardiopatía congénita tipo canal auriculo-ventricular parcial, dilatación de la pelvis renal derecha y derrame pleural bilateral. En este contexto se realiza estudio genético obteniendo un cariotipo 46 XX y detectándose una delección heterocigota en la región FOX del cromosoma 16. La familia es informada de la alta probabilidad de evolución neonatal desfavorable. Nace mediante parto vaginal en semana 38+6. Inicia distrés respiratorio en los primeros minutos de vida, manteniéndose inicialmente estable con soporte respiratorio no invasivo y mínimo aporte de O2 suplementario. En las siguientes horas presenta empeoramiento respiratorio progresivo, con aumento de las necesidades de O2 y aumento del distrés. Se conecta a ventilación mecánica invasiva, se inicia soporte inotrópico y oxído nítrico inhalado, a pesar de lo cual la evolución es desfavorable. De acuerdo con la familia, dada la evolución clínica y los hallazgos prenatales se decide adecuación del esfuerzo terapeútico y medidas de confort, siendo éxitus al segundo día de vida.

Conclusiones: A pesar de que el diagnóstico de la DACMVP tradicionalmente ha sido histológico, creemos que hoy en día la combinación de unos hallazgos ecográficos prenatales característicos, con una genética y un curso clínico compatibles pueden ser suficientes para limitar los esfuerzos terapéuticos y evitar medidas futiles.

**P50: ENDOSCOPIA DIGESTIVA PEDIATRICA. REVISION DE LOS ULTIMOS 20 AÑOS.**

Míguez Campos M, Rodríguez Toro I, Fernández Cebrián S, Fernández Viso S, Ferreiro Rodríguez M, Rey García S.

Introducción y Objetivos: La endoscopia digestiva (ED) pediátrica es una técnica fiable y segura para la exploración diagnóstica del tracto digestivo, que permite además ser usada de forma terapéutica en determinadas situaciones. El objetivo de este estudio fue revisar las endoscopias pediátricas de los últimos 20 años en nuestro Hospital.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes pediátricos, sometidos a ED por los Pediatras de la Unidad de Gastroenterología Pediátrica del Complexo Hospitalario Universitario de Ourense, desde 1996 hasta 2016.

Resultados: Se han realizado un total de 1869 endoscopias digestivas a niños de 0 a 15 años, 1726 (92,34%) altas y 143 (7,65%) bajas, siendo el 44,80% en varones. De las 1726 altas, 1320 (76,47%) fueron diagnósticas, 319 (18,48%) revisiones y 87 (5,04%) terapéuticas. Las indicaciones fueron: enfermedad por RGE 458 (26.53%), dolor abdominal crónico 358 (20,74%), Helicobacter pylori 292 (16.91%), biopsia duodenal 228 (13,20%), hemorragia 120 (6.95%), caustico 78 (4,51%), disfagia 58 (3.36%), EII 20 (1,15%), estancamiento ponderal 23 (1,33%), vómitos sin filiar 13 (0,75%), diarrea crónica 7 (0,40%) y anemia ferropénica 6 (0,34%). Ocurrieron 11 (0,63%) complicaciones que llevaron a suspender la prueba. Las altas terapéuticas fueron 87 (5,04%), 66 (3,82%) para extracción de cuerpos extraños y 21 (1,21%) GEP. El número de endoscopias digestivas altas normales (macroscópico e histológico), fueron 461 (26.70%). De las 143 bajas, 119 (83.21%) fueron diagnósticas y 24 (16.78%) revisiones. En 16 (11,18%) se realizó una polipectomía y 1 (0,69%) se extrajo un cuerpo extraño. Las indicaciones fueron: hemorragia 101 (70.62%), EII 31 (21,67%), dolor abdominal 5 (3,49%), diarrea crónica 3 (2,09%), eosinofilia 1 (0,69%), prolapso rectal 1 (0,69%), sangrados postpolipectomía 1 (0,69%). El número de colonoscopias normales fue 54 (37,76%).

Conclusiones: A pesar de la cuidadosa selección de las indicaciones para la realización de endoscopias el 28,10% de las altas y el 37,76% de las bajas fueron normales. Las indicaciones más frecuentes de las altas fueron: enfermedad por RGE, dolor abdominal, Helicobacter pylori y realización de biopsia duodenal y, de las bajas, rectorragia y sospecha de EII. Hemos tenido un bajo porcentaje de complicaciones que nos han llevado a suspender la prueba en el 0,62% de las altas y en el 0,73% de las bajas, demostrándose una técnica segura.

**P51: PRESENTACIÓN INUSUAL DE DERMATITIS IRRITATIVA EN ÁREA DEL PAÑAL.**

Míguez Campos M, Sevivas Fontoura C, Carreira Sande N, González López M, Fonseca Capdevila E, Rey García S.

Presentación: La dermatitis del pañal es una dermatitis de contacto, precipitada por factores como la humedad, calor y contacto con la orina y las heces. Esta patología, frecuente en menores de 2 años, cursa de forma benigna en la mayoría de las ocasiones, limitándose el tratamiento a medidas higiénicas. Las complicaciones más frecuentes son de tipo infeccioso, como la sobreinfección por hongos (Candida Albicans del pañal) o por bacterias (dermatitis estreptocócica), la causada por bacterias y el granuloma glúteo infantil asociado al uso de corticoides tópicos de alta potencia. Una evolución desfavorable invita a pensar en complicaciones más inusuales como puede ser el sifiloide posterosivo de Sevestre-Jacquet debido a una mayor maceración y fisuración del estracto córneo.

Caso Clínico: Varón de 1 mes de edad que presenta lesiones en nalga izquierda de aspecto ulcerativo con datos de sobreinfección de 7 días de evolución (imagen 1 y 2). Se recogen cultivos del exudado, siendo positivo para E. Coli, Enterococcus faecalis y Bacilo Gram -anaerobio. Se inicia tratamiento endovenoso con cefotaxima y clindamicina durante 10 días, continuando con cefuroxima oral en domicilio. Aplicándose también tratamiento tópico con mupirocina y clostridiopeptidasa A. Ecográficamente, no se evidenciaron colecciones subyacentes que sugiriesen la presencia de absceso ulcerado perianal. Ante la evolución no favorable (imagen 3), se interconsulta el Servicio de Dermatología, planteándose como hipótesis diagnóstica un cuadro de dermatitis irritativa complicada con lesión sifiloide posterosiva de Sevestre-Jacquet. Durante los siguientes 2 meses y medio, tras la realización de medidas higiénicas (evitar el uso del pañal, mantener la zona seca...) y aplicación local de clorhexidina, el cuadro evoluciona favorablemente (imagen 4), con resolución completa de las lesiones.

Conclusiones: A pesar de ser una entidad de curso benigno y autolimitado, en caso de evolución poco favorable hay que tener en mente las posibles complicaciones que lo condicionen. El sifiloide posterosivo de Sevestre-Jacquet es una forma infrecuente de presentación, caracterizada por lesiones erosivas-ulceradas y cambios atróficos de la piel. Deberíamos considerar su diagnóstico en pacientes con clínica compatible dado su sencillo manejo y resolución

**P52: LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN DE GENITALES FEMENINOS EN LOS DOLORES ABDOMINALES.**

Padín Vázquez V, Álvarez Demanuel D, Táboas Ledo M, Nóvoa Carballal R, Nóvoa Illanes A, Fernández Lorenzo J.

Presentación: El hematocolpos es una causa infrecuente de dolor abdominal en los Servicios de Urgencias Pediátricas. Se trata de una complicación del himen imperforado (HI) (malformación congénita más común del tracto genital femenino). EL HI suele ser asintomático hasta la pubertad cuando se presenta la menarquia. El acúmulo de sangre y detritos en la vagina origina el hematocolpos, que puede extenderse al útero (hematometra) y trompas de Falopio (hematosalpinx), complicándose con hemoperitoneo y comprometer la fertilidad.

Caso Clínico:

- Caso 1: Paciente de 12 años con dolor abdominal cíclico en los últimos 4 meses, que acude por empeoramiento y dolor lumbar. Afebril. Estreñimiento. Amenorrea. Destaca estado general alterado, intenso dolor y defensa a la palpación abdominal. Ecografía: gran colección intravaginal de 16 cm que se continúa con el útero. Se reexploran genitales descubriendo un himen abombado de coloración azulada, compatible con HI. Se realiza himenorrafia y drenaje de hematocolpos.

- Caso 2: Paciente de 14 años remitida por sospecha de masa abdominal. Dolor hipogástrico cólico de 2 semanas, dificultad para iniciar la micción. Desde hace 6 meses presenta spotting diario, dolores abdominales inespecíficos y estreñimiento. Masa suprapúbica de consistencia blanda, que impresiona de globo vesical. Ante la sospecha de hematocolpos, se exploran genitales objetivándose un HI, que se confirma mediante ecografía. Se interviene quirúrgicamente.

Conclusiones:

- El dolor abdominal es una causa frecuente de consulta en los Servicio de Urgencias Pediátricas. Una anamnesis detallada: dolor en hipogastrio, cíclico, lumbalgia, síntomas miccionales, retención urinaria, estreñimiento acompañados de amenorrea con desarrollo puberal avanzado; y una exploración minuciosa, que incluya visualización de genitales, nos facilita el diagnóstico evitando la realización de pruebas complementarias innecesarias.

- La ecografía abdominal confirma el diagnóstico y permite descartar otras anomalías asociadas. El tratamiento es quirúrgico.

- Destacar la importancia de la exploración de los genitales externos a los lactantes en las revisiones de salud para el diagnóstico temprano del HI y evitar complicaciones.

**P53: HIPERTRIGLICERIDEMIA GRAVE EN PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA A TRATAMIENTO CON ASPARRAGINASA.**

Fariña Nogueira S, Rujido Freire S, Regueiro García A, Pazos Diz N, Gómez Silva G, Couselo Sánchez J.

Presentación: La asparraginasa es un fármaco fundamental en el tratamiento de la Leucemia linfoblástica aguda (LLA), sin embargo, su uso está asociado a múltiples efectos adversos, como coagulopatía, trombosis, pancreatitis o dislipemias. La asparraginasa produce la inhibición de la lipoproteina lipasa, aumentando las cifras de triglicéridos y colesterol. Esta toxicidad es rara pero clínicamente importante, siendo más frecuente en pacientes que presentan antecedentes personales o familiares de dislipemias o que reciben tratamiento con corticoides. La hipertrigliceridemia grave aumenta el riesgo de pancreatitis y de trombosis, siendo necesario iniciar un tratamiento para su normalización. Pese a que no existe un consenso en su tratamiento, los fibratos están considerados como fármacos primera línea. Asimismo, la insulina y la heparina sódica en infusión continua, activan la lipoproteína lipasa aumentando así la eliminación lipídica, por lo que también se emplean en este contexto. En el caso de que se asocie a complicaciones como pancreatitis o que no responda al tratamiento, la plasmaféresis es el tratamiento de elección. Presentamos el caso de un paciente con LLA en tratamiento de mantenimiento que tras administración de asparraginasa pegilada presentó hipertrigliceridemia grave.

Caso Clínico: Varón de 14 años diagnosticado de LLA B común de riesgo intermedio que recibe tratamiento de mantenimiento (metotrexato semanal, mercaptopurina diario, PEG-Asparraginasa quincenal, y tratamiento intratecal mensual). Durante una extracción sanguínea se objetiva la presencia de muestra lipémica. Se realiza determinación de triglicéridos y colesterol presentando cifras de 3079 mg/dl y 814 mg/dl respectivamente, con transaminasas levemente elevadas y amilasa y lipasa normales. El paciente se encontraba asintomático. No tenía antecedentes personales ni familiares de dislipemia, diabetes ni obesidad. Se suspendió el tratamiento quimioterápico y se inició tratamiento con heparina sódica e insulina en infusión continua, y fibrato. Se mantuvo asintomático durante el ingreso, no desarrolló pancreatitis y se observó un descenso progresivo de las cifras de colesterol y triglicéridos, normalizándose a las 3 semanas. El paciente no ha vuelto a recibir asparraginasa.

Conclusiones: La hipertrigliceridemia es un efecto adverso de la asparaginasa que puede causar complicaciones graves, sobre todo si la cifra de triglicéridos es mayor a 1000 mg/dl. Se cree que este fenómeno puede estar infradiagnosticado, sobre todo en pacientes asintomáticos, por lo que se recomienda realizar un seguimiento de la cifra de triglicéridos durante el tratamiento.

**P54: TRASPLANTE HAPLOIDÉNTICO EN ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA.**

Regueiro García A, Fariña Nogueira S, Rujido Freire S, Porto Arceo J, Couselo Sánchez J.

Presentación: La enfermedad granulomatosa crónica (EGC) es una inmunodeficiencia primaria que se caracteriza por la incapacidad de las células fagocíticas del cuerpo de destruir ciertos microorganismos, dando lugar a una susceptibilidad mayor a infecciones bacterianas y fúngicas. Actualmente, el trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas (TPH) es el único tratamiento curativo para la EGC. El TPH haploidéntico proporciona una opción de tratamiento potencialmente curativa para los pacientes que carecen de un donante compatible, pero por el momento son pocos los casos reportados en la literatura. Presentamos un niño con EGC ligada al cromosoma X tratado con éxito mediante TPH-haploidéntico con ciclofosfamida postrasplante.

Caso Clínico: Paciente de 7 años ingresado en nuestro hospital por astenia, pérdida de peso y síntomas respiratorios, con la sospecha clínica inicial de tuberculosis, que fue descartada tras diversos estudios complementarios, incluida una biopsia pulmonar que demostraba la presencia de inflamación granulomatosa necrotizante. El paciente no tenía actividad detectable de NADPH-oxidasa con la dihidrorodamina (DHR) ni en la prueba de nitroblue terazolium (NBT). Posteriormente, el análisis de mutaciones detectó una mutación en el exón 2 del gen CYBB que codifica la proteína gp91phox. Se diagnosticó de EGC ligada a X y se inició profilaxis infecciosa (itraconazol y cotrimoxazol) y tratamiento inmunomodulador (interferón gamma). Evolutivamente desarrolló enfermedad pulmonar restrictiva grave con disnea e hipoxemia, así como una enfermedad inflamatoria intestinal crónica, ambas con evolución desfavorable a pesar del tratamiento médico. Ante la ausencia de donante compatible se propuso realizar un TPH haploidéntico, siendo su padre el donante. La fuente de progenitores hematopoyéticos fue la sangre periférica. El régimen de acondicionamiento incluyó treosulfán y fludarabina. Recibió ciclofosfamida a altas dosis en los días +3 y +4 y se realizó profilaxis de enfermedad de injerto contra huésped con tacrolimus y micofenolato. No presentó complicaciones durante el trasplante, tuvo prendimiento leucoplaquetar estable y el test de NBT se normalizó a los 2 meses postrasplante. La enfermedad inflamatoria intestinal se resolvió completamente después del trasplante y se observó mejoría de los síntomas respiratorios durante todo el período de seguimiento después del trasplante. Fue posible suspender la profilaxis antibiótica y antifúngica, así como todos los medicamentos contra la enfermedad inflamatoria intestinal.

Conclusiones: El TPH haploidéntico puede ser una alternativa terapéutica en los pacientes con EGC que no tienen un donante compatible, especialmente en aquellos con características de alto riesgo (enfermedad pulmonar o intestinal grave), ofreciendo una mejora en la calidad de vida de los pacientes.

**P55: NEUMOPARÓTIDA, UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR EN PEDIATRÍA.**

Rujido Freire S, Laíño Gonzñalez C, Viz Rodríguez G, Regueiro García A, Rodríguez González L, López Abel B.

Presentación: En los niños las glándulas parótidas no son palpables en condiciones normales, y el aumento de tamaño, uni o bilateral, indica patología subyacente. Dentro de los diagnósticos diferenciales, la neumoparótida es una patología poco prevalente, provocada por un aumento de presión en el interior de la boca y, en consecuencia, el paso de aire retrógradamente al conducto de Stenon. En niños puede estar relacionada con actividades frecuentes como tocar instrumentos de aire, inflar globos, sonarse de forma agresiva o mascar chicle de forma habitual, así como en pacientes con problemas comportamentales. El motivo de consulta más frecuente es el aumento doloroso de volumen de la parótida, sin fiebre asociada, y en la exploración física pueden aparecer enfisema subcutáneo, crepitación y salivación espumosa al apretar la glándula, pudiendo llegar al diagnóstico definitivo a través de pruebas de imagen como la ecografía y la tomografía computerizada. El tratamiento depende de la causa ya que generalmente es una patología autolimitada que se resuelve con analgesia y evitando el factor desencadenante. Presentamos el caso de un niño, con aumento unilateral de la glándula y hallazgos compatibles con este diagnóstico.

Caso Clínico: Varón de 9 años, correctamente vacunado y sin antecedentes personales relevantes, que acude al Servicio de Urgencias por presentar tumefacción facial izquierda de unas horas de evolución. No asocia fiebre ni otra clínica acompañante. En la exploración física presenta tumefacción parotídea izquierda, dolorosa a la palpación, y que borra el ángulo mandibular. Destaca crepitación a la palpación en la hemicara izquierda y cuello. Se realiza una ecografía de parótida que evidencia múltiples imágenes lineales ecogénicas que impresionan de aire por lo que se completa el estudio con una tomografía computerizada donde se objetiva gas intraparotídeo izquierdo, con enfisema en planos cervicales profundos, espacio retrofaríngeo y mediastino. En ese momento se rehistoria al paciente y se constata que toca el saxofón diariamente. Ante la ausencia de sintomatología, salvo ligeras molestias con la palpación en región parotídea y cervical izquierda, se decide alta a domicilio, con analgesia y control evolutivo.

Conclusiones: La inflamación de la parótida en pediatría obedece en general a etiología infecciosa, pero no por ello debemos olvidar otros diagnósticos diferenciales menos frecuentes como el caso presentado. La realización de una buena historia clínica, con una anamnesis dirigida, es esencial en el diagnóstico de esta patología.

**P56: EXPERIENCIA DE TRASPLANTE HAPLOIDÉNTICO DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS EN PEDIATRÍA.**

Regueiro García A, Fariña Nogueira S, Rujido Freire S, Gómez Silva G, Couselo Sánchez J.

Introducción y Objetivos: El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) es una técnica en continuo desarrollo que supone el único tratamiento curativo para muchas neoplasias, fallos medulares, inmunodeficiencias o trastornos metabólicos. El TPH haploidéntico es una alternativa reciente para aquellos pacientes que no disponen de donante idéntico. Consiste en la utilización de células progenitoras derivadas de un donante familiar con identidad HLA parcial con el paciente. Una de las características más ventajosas de este trasplante es la disponibilidad del donante en casi todos los pacientes y la rapidez de dicha disponibilidad. Analizamos nuestra experiencia con este tipo de procedimiento.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, de pacientes sometidos a TPH haploidéntico entre agosto de 2013 y agosto de 2017 en el Servicio de Pediatría del H.Clínico Universitario de Santiago.

Resultados: Durante este periodo se realizaron 10 TPH haploidénticos en 9 pacientes (mediana de edad: 6 años -rango 1-14 años-. Los diagnósticos de los pacientes fueron: 6 neoplasias hematológicas, 2 tumores sólidos, 1 síndrome mielodisplásico y 1 enfermedad metabólica. El motivo por el que se realizó el TPH haploidéntico fue en 5 casos la no disponibilidad de donante idéntico en el momento de realizar el TPH y en 4 pacientes el estado avanzado de la enfermedad -por el potencial beneficio inmunológico de este tipo de trasplante-. La madre fue la donante seleccionada en 8 casos. Existía alorreactividad KIR en 4 pacientes, todos en dirección injerto contra huésped. La fuente de progenitores fue sangre periférica en todos. Se empleó ciclofosfamida a altas dosis los días +3 y +4. El régimen de acondicionamiento fue mieloablativo en la mayoría de los casos (8/10). Como profilaxis de EICH se empleó tacrolimus y micofenolato desde el día +5. No hubo fallos de injerto. Entre las complicaciones infecciosas hubo 3 reactivaciones de CMV y 1 herpes zoster. Siete pacientes desarrollaron EICH agudo (1 grado IV) y 4 pacientes EICH crónico (leve o moderado). Hubo 4 recaídas de la enfermedad, 3 con enfermedad refractaria previa al trasplante. La situación actual de los pacientes es: 6 vivos y libres de enfermedad y 3 éxitus por progresión de su enfermedad.

Conclusiones: En nuestra experiencia el TPH haploidéntico es una alternativa terapéutica eficaz con un perfil de seguridad aceptable para aquellos pacientes en los que no se dispone de un donante idéntico, o bien para aquellos pacientes en los que, en función del riesgo de su patología, no tolere los plazos actuales que implica la realización de una búsqueda internacional.

**COLABORADORES**

image003













