



# SOPEGA

## 72 CONGRESO

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE GALICIA

21-22 OCTUBRE 2022 | VIGO

LIBRO DE  
COMUNICACIONES



Sociedad de Pediatría de Galicia

# COMITÉS

---

## JUNTA DIRECTIVA

*Presidente:*

Susana María Rey García

*Vicepresidente primero:*

Ángel López-Silvarrey Varela

*Vicepresidente segundo*

*(Atención Primaria):*

Juan José Loira Costas

*Vicepresidente tercero*

*(Pediatría hospitalaria):*

Ana Concheiro Guisán

*Vicepresidente de Especialidades:*

M<sup>a</sup> Rosaura Leis Trabazo

*Vicepresidente de Cirugía Pediátrica:*

Javier Gómez Veiras

*Secretaria:*

Pilar Adelaida Crespo Suárez

*Vicesecretaria:*

Paula López Pérez

*Tesorero:*

María José Méndez Bustelo

*Vocales:*

Por Coruña: Alejandro Ávila Álvarez

Por Lugo: Manuel Silveira Cancela

Por Ourense: Gemma Novoa Gómez

Por Pontevedra: Raquel Martínez

Lorenzo

Por Ferrol: José Luaces González

Por Vigo: Beatriz Cortés Osorio

Por Santiago: Mónica Picón Cotos

*Representante MIR:*

María García González

## COMITÉ ORGANIZADOR

*Presidenta:*

Ana Concheiro Guisán

*Vocales:*

Mar Portugués de la Red

Margarita Montero Sánchez

Fátima Arias Herrera

Raquel Cantero Rey

María Carballo Silva

José Luis Chamorro Martín

María Cobelas Cobelas

Juan José Loira Costas

M.<sup>a</sup> Luisa González Durán

Fernando Meijide del Río

Ana Villares Porto-Domínguez

María Suárez Albo

## COMITÉ CIENTÍFICO

*Presidente:*

Manuel Óscar Blanco Barca

*Vocales:*

Nieves Balado Insunza

Beatriz Cortés Osorio

Beatriz Fernández Caamaño

Javier Ricardo Gómez Veiras

Eva González Colmenero

Cristina Melcón Crespo

Ana Novoa López

Manuel Ortiz Pallarés

Sara Pereiro Fernández

Lourdes Rey Cordo

Gerardo Suárez Otero

María Tallón García

## COMUNICACIONES ORALES

---

### **C-1 | INFLUENCIA DEL SARS-COV2 EN LA BRONQUIOLITIS AGUDA**

Díaz Fernández F\*, Pérez Gómez A, Castro Sesto P, Maroño García L, Presno López I, Pardo Vázquez J

### **C-2 | LO QUE LA COVID-19 SE LLEVÓ: EL IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV2 EN LA INCIDENCIA Y ESTACIONALIDAD DE LOS VIRUS RESPIRATORIOS**

Amaro Castro R\*, López Villares M, Fernández Patiño R, Lemos Bouza M, Villares A, Martínez Lamas L, Concheiro Guisán A

### **C-3 | HEPATITIS AGUDA GRAVE DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA EN EL ÁREA SANITARIA A CORUÑA-CEE**

Ramil Mendez M\*, Veiga Fachal C, Romero Rey H, Fernandez Lorenzo A, Moreno Alvarez A, Solar Boga A

### **C-4 | IMPACTO DE LAS MEDIDAS APLICADAS DURANTE EL CONFINAMIENTO EN LA PREVENCIÓN DE LA NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**

González Cabaleiro I, Arosa Sineiro C\*, Tallón García M, Concheiro Guisán A

### **C-5 | DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO SEHOP-PETHEMA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN GALICIA DE LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA**

Sena Herrero L\*, Junco Plana , Buyo P, Regueiro A, Tallón García M, Red Gallega de Hemato-oncología pediátrica

### **C-6 | ALTERACIONES ENDOCRINOLÓGICAS EN LA PATOLOGÍA HEMATO-ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA**

Sena Herrero L\*, Junco Plana A, Tallón García M, Linares Carsi L, Rey Gordo L

### **C-7 | REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL GRADO DE CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS**

García López MC\*

### **C-8 | Cuidados Paliativos Pediátricos en el Área Sanitaria de A Coruña - Cee**

Torrealea Gabiola G\*, Veiga Fachal C, Castro Sesto P, Alas Barbeito A, Muñoz García G, Buyo Sánchez P, Pardo Vázquez J

### **C-9 | Criterios de Calidad para el cálculo de Prevalencia de pacientes subsidiarios de Cuidados Paliativos Pediátricos.**

Quijada Celis C\*, Lores González O, Koukoulis Lorenzo N, Cabaleiro González I, Balado Insunza N, Tallón García M, Portugués De La Red M, Concheiro Guisán A

### **C-10 | Complicación inusual: retención intravascular de catéteres venosos centrales con reservorio implantable**

González-pola S\*, Del Cerro D, Dargallo T, Ramallo S, Rueda F, G Tellado M

### **C-11 | Videotoracosopia (VATS) precoz en el tratamiento de derramen pleurales paraneumónicos complicados.**

Diaz Vizcaya L\*, López Villares M, Cueto Díaz M, Álvarez De Manuel D, Prada Alonso M, Aneiros Castro B, Concheiro Guisán A

**C-12 | ADENITIS BACTERIANA: MÁS ALLÁ DE LA AMOXICILINA-CLAVULÁNICO.**

Rodríguez Ferreiro A\*, Pérez Gómez A, Castro Aguiar S, García Pose A, Suárez García F, Pardo Vázquez J

**C-13 | EL USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN URGENCIAS: A TRAVÉS DEL OTOSCOPIO**

Díaz Fernández F\*, Barrueco Ramos C, López Lamas V, Mayo Yáñez M, Yáñez Mesía S, Pardo Vázquez J

**C-14 | INFLUENCIA DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LOS INGRESOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

Rodríguez Ferreiro A\*, García Martínez M, Las Hayas Rodríguez A, Otero González A, Parga Hervés A, Yáñez Mesía S, Pardo Vázquez J

**C-15 | Influencia de la pandemia COVID-19 en la incidencia de pubertad precoz**

Castro Velado A\*, Amaro Castro R, Espinosa Pereiro C, Rey Cordo C, Chamorro Martín J, Concheiro Guisán A

**C-16 | Encefalitis postinfecciosa: revisión de casos**

Ramil Méndez M\*

**C-17 | Consumo de tóxicos durante la gestación, necesidad de un abordaje multidisciplinar.**

García González M\*, García Gómez P, Crespo Suárez P, Martínez Lorenzo R, Espiño Lorenzo P, Martínez Fernández M

**C-18 | LESIÓN CUTÁNEA ASOCIADA A LA HUMEDAD EN NEONATOS**

Barral Aguín M, Varela González R, Ponce Narváz E\*

**C-19 | MANEJO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA EN GALICIA.**

Lugo Adán E\*, Otero Pérez L, Ares Álvarez J, Couceiro Gianzo JA

**C-20 | EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE DISTINTAS PAUTAS DE SEDOANALGESIA EMPLEADAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DURANTE LA REDUCCIÓN DE FRACTURAS**

González Cabaleiro I, Arosa Sineiro C\*, Novoa Carballal R, Concheiro Guisán A

**C-21 | Miocarditis aguda, ¿aumento de casos tras la aparición del SARS-CoV-2?**

Otero Pérez L\*, Martínez Álvarez S, Fernández Filgueira M, Herrero Hermida F, García González M, Couceiro Gianzo J

**C-22 | EL COVID GOLPEA DOS VECES: AFECTACIÓN CARDIOLÓGICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO VINCULADO AL SARS-COV2 (SIM-PedS).**

Lores Gonzalez O\*, Quijada Celis C, Fernandez Patiño R, Cantero Rey R, Portugues De La Red M, Meijide Del Rio F, Concheiro Guisan A

**C-23 | Monitorización continua de la glucemia en niños con cetoacidosis diabética ingresados en UCIP. Análisis preliminar de su fiabilidad y posible utilidad.**

Martínez Cano L\*, Afonso I, Quintana I, Izquierdo V, González L, Agra C, Rujido S, Rodríguez Núñez A

**C-24 | MEJORAS EN LA EVOLUCIÓN DEL DERRAME PLEURAL PARANEUMONICO RELACIONADAS CON LA ECOGRAFIA PULMONAR SERIADA**

López Villares M\*, Díaz Vizcaya L, Cueto Díaz M, Álvarez Demanuel D, Ortiz Pallarés M, Meijide Del Río F, Concheiro Guisán A

**C-25 | PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE TÉCNICAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL DEL TERCER NIVEL**

García Fernández R\*, Varela Pájaro C, Company Arciniegas L, Días-duarte Fonseca H, Urisarri Díaz De Cortázar A, Gil Calvo M

**C-26 | INFLUENCIA EN EL PATRÓN CIRCADIANO DE LA TENSION ARTERIAL PRE Y POST-PUBERAL DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN NIÑOS CON RETRASO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERO.**

González Burgo M\*, Vaqueiro Graña M, Álvarez Expositio N, García Gómez S, Rey Cordo C, Calderón Cruz B, García Martínez E, Romero Santos S, Rodriguez Grandal M, Concheiro Guisán A

**C-27 | INTENTOS AUTOLÍTICOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19. CASUÍSTICA EN NUESTRO SERVICIO EN LOS ÚLTIMOS CUATRO AÑOS.**

Sena Herrero L\*, González Paz H, Díaz García C, Bouza Romero A, Ortiz López I, Martín Andrés L, Aneón García M, Junco Plana A, Mourelle Vázquez N, Monner Romero M, Vilanova Gantes L, Prada Tellado M, González Rodríguez

## COMUNICACIONES PÓSTER

---

**P-1 | MIOPERICARDITIS POR CAMPYLOBACTER COLI: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Rodríguez Ferreiro A\*, Pardo Cao A, Pardo Vázquez J

**P-2 | VACUNACIÓN FRENTE A LA COVID-19 EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO, ¿ES SEGURA?**

Alonso Fernández J\*, Fernández Filgueira M, Díaz González L, Herrero Hermida F

**P-3 | COEXISTENCIA DE DOS MECANISMOS ARRITMOGÉNICOS: FLUTTER AURICULAR FETAL Y TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR**

García Gómez P\*, Fernández Filgueira M, Herrero Hermida F, Díaz González L

**P-4 | SÍNDROME DE LA CIMITARRA INFANTIL**

Rumbo Vidal A\*, Gallego Vázquez S, Gonzalo Costales P, Rubinos Galende L, Varela Alonso D, Alonso Gago P, López Conde I, Rodríguez De La Riva P

**P-5 | DOLOR ABDOMINAL AGUDO, ¿DEBEMOS AMPLIAR SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ÉPOCA COVID?**

Mourelle Vázquez N\*, Vilanova Gantes L, Diaz García C, Nóvoa Illanes A, Sarmiento Carrera N, Fernández Cebrián S

**P-6 | ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA: UN HALLAZGO INESPERADO EN NUESTRO MUNDO PEDIÁTRICO.**

Amaro Castro R\*, Koukoulis Lorenzo N, Mejide Del Río F, Concheiro Guisán A

**P-7 | DEBUT TARDÍO DE ACIDURIA PROPIÓNICA EN LACTANTE ASINTOMÁTICA**

Bouza Romero A\*, Novoa Illanes A, Gonzalez Freiria N, López García G, Fernández Cebrián S

**P-8 | TRATAMIENTO DOMICILIARIO CON ALBÚMINA EN EL SÍNDROME NEFRÓTICO. EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD.**

García Fernández R\*, Martínez Cano L, Rivas Oural A, Dias-duarte Fonseca H, Urisarri Díaz De Cortázar A, Gil Calvo M

**P-9 | ¿Qué sospechar en una crisis hipertensiva en pediatría?**

Gallego Vázquez S\*, Rey Noriega C, Rubinos Galende L, Gonzalo Costales P, Rumbo Vidal A, Alonso Gago P, Varela Alonso D, Álvaro Sardina P, Dorribo Dorribo E, Amil Pena T, Rodríguez de la Riva P

**P-10 | SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO TÍPICO**

Dorribo Dorribo E, Paytubí Fernández J, Santana Monzón S, Amil Pena T, Rodríguez De La Riva P, Aguilar Gutiérrez D\*

**P-11 | Absceso de Brodie, a propósito de un caso.**

Santana Monzón S\*, Gallego Vázquez S, Gonzalo Costales P, Rumbo Vidal A, Alonso Gago P, Rubinos Galende L, Almuíña Simón C, Rodríguez De La Riva P

**P-12 | ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO: el último eslabón en el despistaje de una adenopatía cervical persistente**

Castro Velado A\*, Espinosa Pereiro C, Villares Porto-Domínguez A, Suárez Otero G, Portugués De La Red M, Concheiro Guisán A, Iglesias Rodríguez M

**P-13 | ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA Y SINDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA**

Gonzalez Paz H\*, Díaz García C, Vilanova Gantes L, Rodríguez González C, González Rodríguez L, Vadillo González F, Fernández Cebrián S

**P-14 | ABSCESO DE BRODIE, UNA PATOLOGÍA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO.**

Bouza Romero A\*, Junco Plana A, Diaz García C, Peinó Riobo I, Perez Lopez C, Fernández Cebrián S

**P-15 | Cola vestigial de diagnóstico postnatal**

Ortiz López I\*, Vilanova Gantes L, Anegón Andrés M, Rodríguez González L, González Freiría N, Fernández Cebrián S

**P-16 | PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA IDIOPÁTICA NEONATAL**

Paytubí Fernández J\*, Juberías Alzueta C, Aguilar Gutiérrez D, Santana Monzón S, Alonso Gago P, Rodríguez De La Riva P

**P-17 | TROMBOSIS VENOSAS CEREBRALES NEONATALES**

Gonzalo Costales P\*, Gallego Vázquez S, Rumbo Vidal A, Álvaro Sardina P, Alonso Gago P, Guerra Buezo B, Rodríguez De La Riva P

**P-18 | SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ: ENTEROVIRUS D68 O CMV**

Rivas Vazquez M\*, Formoso Leal L, Lendoiro Fuentes M, Monteagudo Vilavedra E, Manso Gómez M, Carballeira González I

**P-19 | Convulsiones en periodo neonatal: descripción de un caso**

Dorado López P, Martínez Cano L\*, Pérez López A, García Fernández R, Urisarri Ruiz De Cortázar A, Baña Souto A, Pérez Muñuzuri A, Couce Pico M

**P-20 | ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA POSTVACUNAL**

Bouza Romero A\*, Conde Lorenzo N, Perez Lopez C, Fernández Cebrián S, Martin Andrés L, Anegón García M

**P-21 | EXAGUINOTRANSFUSIÓN NEONATAL**

Rello García A\*, Otero Barbosa L

**P-22 | A PROPÓSITO DE UN CASO: CUTIS MARMORATA TELANGIECTÁSICA CONGÉNITA.**

López Lamas V\*, Pérez Gómez A, Maroño García L, Fernández González S, Pardo Vázquez J

**P-23 | EL EXOMA RÁPIDO COMO AYUDA EN PACIENTES CON CRISIS EPILÉPTICAS RESISTENTES A TRATAMIENTO**

Gómez Vieites M\*, García Iglesias F, Afonso Carrasco I, Quintana Cepedal I, López Vázquez A, Rujido Freire S, Rodríguez Núñez A, Eirís Puñal J

**P-24 | Nuevas terapias en la atrofia muscular espinal**

Álvaro Sardina P\*, Dorribo Dorribo E, Juberías Alzueta C, Vázquez López M, Rodríguez De La Riva P

**P-25 | ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN LA EDAD PEDIÁTRICA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO**

González Burgo M\*, Mazaira Schreck T, Melcón Crespo C, Lemos Bozuas M, De Benito Basanta L, Portugués De La Red M, Concheiro Guisán A

**P-26 | GUILLAIN-BARRÉ ATÍPICO: CUANDO LA DEBILIDAD NO COMIENZA EN LOS MIEMBROS**

Gonzalez Burgo M\*, Quijada Celis C, Díaz Vizcaya L, Castro Velado A, Villares Porto-domínguez A, Portugués De La Red M, Concheiro Guisán A

**P-27 | ENCEFALITIS POR VIRUS HERPES HUMANO 6**

Rubinos Galende L\*, Alonso Gago P, Varela Alonso D, Gallego Vázquez S, Álvaro Sardina P, Amil Pena T, Rodríguez De La Riva P

**P-28 | NARCOLEPSIA: LA GRAN SIMULADORA. UTILIDAD DEL TEST DE LATENCIAS MÚLTIPLES EN AUSENCIA DE CATAPLEJIA.**

Lores Gonzalez O\*, Fernandez Patiño R, Melcon Crespo C, Concheiro Guisan A

**P-29 | SI LA TIÑA TE SUPERA, PON EL PICO Y ESPERA**

García Gómez P\*, Aneiros Castro B, Gómez Veiras J, Rodríguez Iglesias P, Prada Arias M, Montero Sánchez M

**P-30 | IMPÉTIGO, QUE HAY DETRÁS**

Martín Andrés L\*, Mourelle Vázquez N, Anegon García M, Ortiz López I, López Fernández A, López Cebrián SA

**P-31 | UTILIDAD DE LAS TÉCNICAS DE ENDOSCOPIA EN EL DIAGNOSTICO DE LAS VARIANTES DE ATRESIA DE ESÓFAGO**

López Villares M\*, Barreiro Carballo L, Fernández Patiño R, Prieto Pumarada M, Padín Fontán M, Aneiros Castro B, Gómez Veiras J, Concheiro Guisán A

**P-32 | ABSCESO ESPLÉNICO, UNA CAUSA INFRECIENTE DE FIEBRE Y DOLOR COSTAL**

Martín L\*, Monner Romero M, Sarmiento Carrera N, Novoa Illanes A, Rodríguez Rodríguez C, Vadillo González F, Gil González C, Díaz García C, Fernández Cebrián S

**P-33 | Caso clínico Síndrome Malformaciones capilares – Malformaciones Arterio-venosas (MC-MAV) con mutación gen RASA-1**

González-pola S\*, Del Cerro D, Ramallo S, Del Pozo J, G Tellado M

**P-34 | Estudio comparativo en el uso de 2 beta-bloqueantes tópicos en el tratamiento del hemangioma infantil**

González-pola S\*, Del Cerro D, Ramallo R, Del Pozo J, G Tellado M

**P-35 | Litotricia láser mediante microureteroscopia (microURS) en población infantil: avance de la tecnología y aumento de su indicación.**

Del Cerró Rodríguez D\*, Somoza Argibay I, Ramallo Varela S, González-pola S, Dargallo Carbonell T, Garcia González M, Gómez Tellado M

**P-36 | Pilomatrixoma en paciente neonato a propósito de un caso**

Torrealdea Gabiola G\*, Las Hayas Rodríguez A, Ramil Méndez M, Fernández González S, Taboada Perianes M, Fuentes Carballal J, Sucasas Alonso A, Martínez Regueira S, Fernández Trisac J, Pardo Vázquez J

**P-37 | ENFERMEDAD DE MILROY: UNA RARA ENTIDAD CAUSANTE DE LINFEDEMA CONGÉNITO.**

Díaz Fernández F\*, Barrueco Ramos C, Veiga Fachal C, Sucasas Alonso A, Fernández Trisac J, Pardo Vázquez J

**P-38 | Tumor Miofibroblástico Inflamatorio: Dos Caras de una Misma Moneda**

Quijada Celis C\*, Barreiro Carballo L, Alvarez Demanuel D, Fernández Eire P, Concheiro Guisán A

**P-39 | SINDROME BASCULE: SABER LO QUE SE BUSCA AYUDA A ENTENDER LO QUE SE ENCUENTRA.**

Amaro Castro R\*, Barreiro Carballo L, Suarez Otero G, Concheiro Guisán A

**P-40 | Psoriasis eritrodérmica con afectación sistémica. Reporte de un caso clínico.**

Diaz Vizcaya L\*, Arias García L, Portugués De La Red M, Lemos Bouzas M, Zulaica Garate A, Concheiro Guisán A

**P-41 | SÍNDROME DE PHACE(S). ¿QUÉ PODEMOS ENCONTRAR TRAS UN HEMANGIOMA?**

López Villares M\*, Arias García L, Cantero Rey R, Villares Porto-domínguez A, Zulaica Garate A, Portugués De La Red M, Concheiro Guisán A

**P-42 | SÍNDROME DE STEVEN JOHNSON Y NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Otero Barbosa L\*, Rello García A

**P-43 | Nevus sebáceo de Jadassohn, cuándo sospecharlo?**

Alonso Gago P\*, Rubinos Galende L, Varela Alonso D, Vázquez López E, Rodríguez De La Riva M

**P-44 | HIPOGLUCEMIA NEONATAL PERSISTENTE, BUSCANDO MÁS ALLÁ DE LOS FACTORES DE RIESGO**

Gonzalez Paz H\*, Díaz García C, Monner Romero M, Sardina Ríos A, Graña Silva F, González Freiría N, Rodríguez González L, Fernandez Cebrián S

**P-45 | Diabetes neonatal: a propósito de un caso**

Mato Amado B\*, Maroño García L, Castro Sesto P, Prado Carro A, Fernández Trisac J, Fernandez Gonzalez S, Pardo Vazquez J

**P-46 | El peligro de la hipoglucemia en el paciente pediátrico**

Bustelo Fernández M\*, Quintana Cepedal I, Tejera R, Afonso Carrasco I, Pérez A, García I, Rujido S, Magán C, Rodríguez-nuñez A

**P-47 | Vómitos, ¿siempre secundarios a gastroenteritis?**

Martínez Cano L\*, Dorado López P, García Fernández R, Afonso Carrasco I, García Zuazola I, López Vázquez A, Urisarri Ruiz De Cortázar A, Cabanas Rodríguez P

**P-48 | CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES EN LA EDAD PEDIÁTRICA**

García Gómez S, Arosa Sineiro C\*, González Cabaleiro I, Rey Cordo L, Chamorro Martín J, Concheiro Guisán A

**P-49 | RAQUITISMO CARENCIAL POR DIETAS RESTRICTIVAS ASOCIADAS A HÁBITOS CULTURALES**

Castro Velado A\*, Espinosa Pereiro C, Rey Cordo C, Concheiro Guisán A

**P-50 | SÍNDROME DE VAN WYK-GRUMBACH, UNA ENTIDAD INFRECUENTE**

Tejera Pérez R\*, Cabanas Rodríguez P, Castro Feijóo L, Martínez Soto M, Fernández Seara M, Barreiro Conde J

**P-51 | PUBERTAD PRECOZ PERIFÉRICA DE RÁPIDA INSTAURACIÓN. 3 CASOS CLÍNICOS EN ÉPOCA POSTPANDEMIA.**

Díaz Fernández F\*, Varela Ferreiro N, Prado Carro A, Pardo Vázquez J

**P-52 | LA RELEVANCIA CLÍNICA DE LOS COFACTORES EN LA SENSIBILIZACIÓN A LTP**

Sena Herrero L\*, González Paz H, Ortiz López I, Álvarez Ferrín I, Berrocal Castañeda M

**P-53 | ANAFILAXIA: ¿ UN DIAGNÓSTICO SENCILLO?**

Alvarez Diaz M\*, Diaz González L, Muñiz Lorenzo M, Rivas Arribas L

**P-54 | USO DE BIOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ALERGIA ALIMENTARIA EN PEDIATRÍA**

González Paz H\*, Sena Herrero L, Ortiz López I, Álvarez Ferrín I, Berrocal Castañeda M, Fernández Cebrián

**P-55 | ANGIOEDEMA TESTICULAR: UNA MANIFESTACIÓN INFRECUENTE DEL SARS-COV-2**

Otero González A\*, Maroño García L, Castro Aguiar S, Pardo Vázquez J

**P-56 | ANAFILAXIA INDUCIDA POR CLORHEXIDINA**

González Paz H\*, Romero Pérez N, Sena Herrero L, Álvarez Ferrín I, Fernández Cebrián S

**P-57 | TELORRAGIA EN EL LACTANTE**

Granja Martínez M\*, Oliván López P, Portugues De La Red M

**P-58 | ALTERACIÓN DE LA MARCHA Y DOLOR CERVICAL EN EL SÍNDROME DE DOWN**

Rivas Vazquez M\*, Formoso Leal L, Monteagudo Vilavedra E, Manso Gómez M, Lendoiro Fuentes M

**P-59 | TORTICOLIS Y PSEUDOSUBLUXACION C2-C3, ¿ES NECESARIO UN TAC?**

Granja Martínez M\*, Oliván López P, Portugues De La Red M, Rodríguez Martín C

**P-60 | EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA CONSULTA DE TRIAJE DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO**

Castro Pérez M\*, Liz Domínguez M, Alonso Crespo C

**P-61 | NO TODO ESTRIDOR EN URGENCIAS ES LARINGITIS**

Oliván López P\*

**P-62 | SEDOANALGESIA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**

González Perez M\*, Chamadoira Puente L, Rodríguez Alejandro N

**P-63 | Ideación autolítica en pediatría: plan de cuidados**

Santomé T\*, Leiras Fernández M, García Vázquez M

**P-64 | El Síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior, una patología a tener en cuenta en el dolor abdominal recurrente**

Suárez Camacho R, Navarro Gonzalo C\*, López-franco M, Rey S, Carreira Sande N, Marinón Torres N, Crujeiras Martínez V, Solar Boga A, Leis Trabazo R, García Zuazola I, Álvarez Rodríguez I

**P-65 | CUANDO UN POSIBLE COVID PERSISTENTE ENMASCARA UNA ENFERMEDAD AÚN MENOS FRECUENTE**

García Fernández R\*, Quintana Cepedal I, Pisón Marcos I, Afonso Carrasco I, Martínón Torres N, Crujeiras Martínez V, Carreira Sande N, Leis Trabazo R

**P-66 | Esofagitis eosinofílica: una impactación jurásica**

Varela Alonso D\*, Juberías Alzueta C, Rubinos Galende L, Alonso Gago P, Gallego Vázquez S, Gonzalo Costales P, Rumbo Vidal A, Álvaro Sardina P, Rodríguez De La Riva P

**P-67 | ENFERMEDAD DE CROHN METASTÁSICA: UNA ENTIDAD RARA Y DE MANEJO 'DESCONOCIDO'**

García Fernández R\*, Martínez Cano L, Crujeiras Martínez V, Martinón Torres , Carreira Sande N, Leis Trabazo R

**P-68 | La gastroenteritis que no es. El FPIES, crónico?**

Rivas Vazquez M\*, Monteagudo Vilavedra E, Formoso Leal L, Manso Gómez M, García Fernández M

**P-69 | TRATAMIENTO CON GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR EN HEPATITIS C CRÓNICA PEDIÁTRICA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.**

Fernández Cebrián S, Bouza Romero A\*, Vilanova Gantes L, Monner Romero M, Rendo Vázquez A, Perez Lopez C

**P-70 | HEPATITIS C ANTI-LKM POSITIVO: ¿ES EL AUTOANTICUERPO UN EPIFENÓMENO O TIENE UN PAPEL EN LA PATOGENIA?**

Ramil Mendez M\*, Veiga Fachal C, Fernandez Lorenzo A, Romero Rey H, Moreno Alvarez A, Solar Boga A

**P-71 | HEPATITIS AUTOINMUNE POR SARS-CoV2, A PROPÓSITO DE UN CASO**

Anegón García M, Mourelle Vázquez N, Monner Romero M, Rendo Vázquez A, Fernández Cebrián S, Sena Herrero L\*

**P-72 | CASO DE ABSCESO PERIAMIGDALINO COMO COMPLICACIÓN DE MONONUCLEOSIS INFECCIOSA**

García Iglesias F\*, Gómez Vieites M, García Zuazola I, Rey García S, López Franco M, Cabanas Rodríguez E, Arango Díaz A

**P-73 | Lesiones cutáneas en paciente con tuberculosis, un diagnóstico complejo.**

Bustelo Fernández M\*, Suárez R, López-franco M, Rivero Calle I, Caamaño Viña F, García Sanchez N, Albertos Castro J, Martinón-torres F, Dacosta Urbiet A

**P-74 | Sinusitis complicada: lo excepcional dentro de una patología benigna**

Diaz Vizcaya L\*, Arosa Sineiro C, Espinosa Pereiro C, Lemos Bouzas M, Concheiro Guisán A

**P-75 | TÍTULO: CELULITIS PRESEPTAL, UNA PATOLOGÍA FRECUENTE Y POTENCIALMENTE GRAVE.**

García Zuazola I\*, Alvarez Rodriguez I, Rey García S, López Franco M, García Iglesias F, Navarro Gonzalo C, Gomez Vieites M, Suarez Camacho R, Calviño Costas C

**P-76 | REVISIÓN DE LOS CASOS DE CELULITIS ORBITARIA EN NUESTRO CENTRO DURANTE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS.**

Álvarez Rodríguez I\*, García Zuazola I, Gómez Vieites M, López Franco M, Rey García S, Rivero Calle I, Dacosta Urbietta A, Caamaño Viña F

**P-77 | Cambios en el patrón y la estacionalidad de la infección por VRS tras la irrupción del virus SARS-CoV2-2.**

Diaz Vizcaya L\*, Castro Velado A, Barreiro Carballo L, Villares Porto-domínguez A, Lemos Bouzas M, Concheiro Guisán A

**P-78 | SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS PORTADORES DE GASTROSTOMÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS.**

García Sánchez M\*, Martinez Florez A, Del Villar Guerra P, Cano Garcinuño A, Viñas Hernández M, Rodríguez Carbonell M

**P-79 | CUIDADOS PALIATIVOS: LO QUE NUESTROS PEDIATRAS SABEN Y LO QUE DESEARÍAN APRENDER.**

Lores Gonzalez O\*, Koukoulis Lorenzo N, Balado Insunza N, Concheiro Guisan A

**P-80 | ACIDOSIS LÁCTICA CONGÉNITA: DILEMAS ÉTICO-CLÍNICOS**

García Fernández R\*, Gómez Silva G, Rujido Freire S, Rodríguez Núñez A, Sánchez Pintos P, De Castro López M, Couce Pico M

**P-81 | Crisis hemolítica tras tatuaje de henna: ¿Qué hay detrás?**

Quijada Celis C\*, Mazaira Schreck , Cueto Díaz M, Suárez Otero G, Concheiro Guisán A

**P-82 | SÍNDROME DIENCEFÁLICO EN UN PACIENTE CON DESNUTRICIÓN**

Mourelle Vázquez N\*, Junco Plana A, Martín Andrés L, Vilanova Gantes L, López Fernández A, Fernández Cebrián S

**P-83 | Hipo intratable, un síntoma que puede enmascarar trastornos graves.**

Navarro Gonzalo C\*, Suárez Camacho R, Carreira Sande N, López Franco M, Rey García S, Gómez Silva G, Regueiro A, Illade L, Fernandez Sanmartín M, Oiz Urriza I, García Zuazola I, Álvarez Rodríguez I

**P-84 | ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS ONCOHEMATOLÓGICOS CON MUCOSITIS: REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

Mouriño García R\*, Seijo Lobo M, Portela Rodal A, Calderón Cruz B

**P-85 | ANGIOSARCOMA CARDÍACO PRIMARIO: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO**

Otero González A\*, Las Hayas Rodríguez A, Castro Sesto P, Varela Ferreiro N, Buyo Sánchez P, Alas Barbeito A, Muñoz García G, Pardo Vázquez J

**P-86 | CRIBADO DE HEMOGLOBINOPATÍAS EN GALICIA SUR: EXPERIENCIA TRAS 20 MESES.**

González Burgo M\*, Cueto Díaz M, García Tallón M, Lorenzo Fírvida C, Castiñeiras Ramos D, Concheiro Guisán A

# COMUNICACIONES

## ORALES

---

### **C-1. INFLUENCIA DEL SARS-COV2 EN LA BRONQUIOLITIS AGUDA**

Díaz Fernández F\*<sup>1</sup>, Pérez Gómez A<sup>1</sup>, Castro Sesto P<sup>1</sup>, Maroño García L<sup>1</sup>, Presno López I<sup>1</sup>, Pardo Vázquez J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Hospital Teresa Herrera.*

#### **OBJETIVOS**

La bronquiolitis aguda (BA) tiene una elevada frecuencia, suponiendo una de las principales causas de ingreso en menores de 1 año. No existe ningún tratamiento eficaz, por lo que la prevención supone la mejor estrategia frente a esta enfermedad. Tras la declaración del estado de alarma por la Covid-19 se instauraron diversas acciones para contener la expansión del virus (confinamiento domiciliario, cierre de colegios, mascarillas...). Tras su aplicación se evidenció una disminución marcada de la patología infecciosa pediátrica, incluida la BA. En este estudio se pretende cuantificar y describir las características epidemiológicas de este fenómeno en nuestro medio. **OBJETIVOS:** Principal: Comprobar y cuantificar la disminución de ingresos por BA durante la temporada pandémica del COVID19. Secundarios: Comparar las características de los ingresos durante la temporada pandémica con respecto a la pre-pandémica. Analizar si la relajación de las medidas durante la nueva normalidad trae consigo la normalización de las características de los brotes epidémicos de BA.

#### **MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo en el que se analizan los datos de los lactantes (< 2 años) ingresados en la planta de hospitalización de un hospital de tercer nivel desde enero de 2016 hasta junio de 2022. De esta muestra se excluyen los ingresos en periodo neonatal (0-28 días). Se realizan 3 grupos de comparación: "Prepandemia": enero 2016 - febrero 2020, "Pandemia" marzo 2020 - marzo 2021 y "Postpandemia": abril 2021 - junio 2022.

#### **RESULTADOS**

Se recogieron un total de 333 pacientes (275 en prepandemia, 4 en pandemia y 54 en postpandemia), objetivándose una disminución del número de ingresos del 94% comparando la temporada pre-pandémica con la temporada puramente pandémica (1º año de pandemia). No se objetivaron diferencias significativas entre la edad, sexo ni comorbilidades previas de los pacientes. El pico de incidencia se adelantó a octubre, siendo lo habitual que ocurriese en noviembre. Se evidenció una disminución de la incidencia del VRS, además de un aumento de la gravedad de esta patología. Durante la temporada post-pandémica se observa una tendencia a recuperar las características previas al COVID, con un aumento de la incidencia de BA, de la detección de VRS y corrección del adelanto del brote, ocurriendo este de nuevo en Noviembre.

#### **CONCLUSIONES**

La influencia del SARS-CoV2 y las medidas no farmacológicas impuestas para su prevención han disminuido la incidencia de las enfermedades infecciosas estacionales de la edad pediátrica, demostrándose en el caso de las bronquiolitis aguda un descenso de hasta el 94%.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rius-Peris JM, Lucas-Garcia J, Garcia-Peris M, ESCRIVÁ Tomás P, Sequí-Canet JM, González de Dios J. Pandemia por COVID-19 y su repercusión sobre las hospitalizaciones por bronquiolitis en el Centro y Este de España. 2021;95:345-3532. Ippolito G, La Vecchia A, Umbrello G, Di Pietro G, Bono P, Scalia S, Pinzani R, Tagliabue C, Bosis S, Agostoni C, Marchisio PG. Disappearance of Seasonal Respiratory Viruses in Children Under Two Years Old During COVID-19 Pandemic: A Monocentric Retrospective Study in Milan, Italy. *Front Pediatr.* 2021 Aug 5;9:721005. doi:10.3389/fped.2021.721005. PMID: 34422733; PMCID: PMC8374241.3. García García ML, Korta Murua J, Callejón Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. *Protoc diagn ter pediatr.* 2017;1:85-102.4. Varela FH, Scotta MC, Polese-Bonatto M, Sartor ITS, Ferreira CF, Fernandes IR, Zavaglia GO, de Almeida WAF, Arakaki-Sanchez D, Pinto LA, Bastos GAN, Nasi LA, Falavigna M, Pitrez PM, Stein RT; COVIDa study group. Absence of detection of RSV and influenza during the COVID-19 pandemic in a Brazilian cohort: Likely role of lower transmission in the community. *J Glob Health* 2021;11:05007.5. Chiu, S. S., Cowling, B. J., Peiris, J., Chan, E., Wong, W., & Lee, K. P. (2022). Effects of Nonpharmaceutical COVID-19 Interventions on Pediatric Hospitalizations for Other Respiratory Virus Infections, Hong Kong. *Emerging infectious diseases*, 28(1), 62–68. <https://doi.org/10.3201/eid2801.2110996>. Chiapinotto S, Sarria EE, Mocelin HT, Lima JAB, Mattiello R, Fischer GB. Impact of non-pharmacological initiatives for COVID-19 on hospital admissions due to pediatric acute respiratory illnesses. *Paediatr Respir Rev.* 2021 Sep;39:3-8. doi: 10.1016/j.prrv.2021.04.003. Epub 2021 Apr 26. PMID: 34016531; PMCID: PMC8074521.

## C-2. LO QUE LA COVID-19 SE LLEVÓ: EL IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV2 EN LA INCIDENCIA Y ESTACIONALIDAD DE LOS VIRUS RESPIRATORIOS

Amaro Castro R<sup>1</sup>, López Villares M<sup>1</sup>, Fernández Patiño R<sup>1</sup>, Lemos Bouza M<sup>1</sup>, Villares A<sup>2</sup>, Martínez Lamas L<sup>3</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>, <sup>3</sup>Servicio de Microbiología y parasitología, Hospital Álvaro Cunqueiro.

### OBJETIVOS

Analizar el impacto de la pandemia COVID-19 en la incidencia y estacionalidad de las infecciones causadas por los dos virus respiratorios más frecuentes, Virus Respiratorio Sincitial (VRS) e Influenza, en nuestra área sanitaria tanto en la población pediátrica como en la adulta.

### MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se revisaron los resultados de los test para VRS, Influenza y SARS-CoV2 realizados en el Servicio de Microbiología en el periodo comprendido entre marzo de 2017 y marzo de 2022, tanto en población adulta como pediátrica dividiendo los resultados en 2 grupos:- Grupo Prepandemia: entre marzo de 2017 y marzo de 2020.- Grupo Postpandemia: entre Abril de 2020 y Marzo de 2022.

### RESULTADOS

Se registraron un total de 6.891 muestras positivas. En el grupo PreCovid se observa una clara estacionalidad de los virus respiratorios durante los meses de invierno, precediendo el pico de incidencia de VRS al del Virus Influenza en un mes aproximadamente. Tras la aparición del SARS-CoV2, desaparece este patrón típico. Desde febrero de 2020 hasta abril de 2021, los casos de infección por VRS e Influenza fueron prácticamente inexistentes en nuestra área sanitaria objetivándose mientras tanto 3 picos de incidencia de SARS-CoV2. A partir de la primavera-verano de 2021, coincidiendo con el descenso de medidas preventivas, se produce la reaparición del VRS,

alcanzando un pico de incidencia en época estival que no tiene precedentes en los años prepandemia. Aunque durante los meses de invierno de 2021-2022 se observa una distribución de los casos similar a la clásica, llama la atención la práctica ausencia de Influenza en nuestra población pediátrica (22 positivos), con un pico de incidencia en adultos menor que en los años previos. Por otro lado en este período (2021-22) se objetiva un aumento de casos de VRS, tanto en población pediátrica como adulta, comparado con los años prepandemia, sin un aumento significativo de los ingresos pediátricos por este motivo.

### CONCLUSIONES

Existe un impacto significativo de la infección por SARS-CoV2 en la circulación de los virus respiratorios que ha producido en nuestro medio un cambio sobre el patrón estacional clásico. La aparición del SARS-CoV2 y/o las medidas preventivas implantadas para combatirlo han disminuido significativamente la incidencia de VRS e Influenza. El aumento de test microbiológicos postpandemia podría explicarse al menos parcialmente por un sobrediagnóstico de casos paucisintomáticos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Lucion MF, Del Valle Juárez M, Pejito MN, Orqueda AS, Romero Bollón L, Mistchenko AS, et al. Impact of COVID-19 on the circulation of respiratory viruses in a children's hospital: an expected absence. Arch Argent Pediatr. abril de 2022;120(2):99-105. 2. Liu P, Xu M, Cao L, Su L, Lu L, Dong N, et al. Impact of COVID-19 pandemic on the prevalence of respiratory viruses in children with lower respiratory tract infections in China. Virol J. 3 de agosto de 2021;18(1):159.

## C-3. HEPATITIS AGUDA GRAVE DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA EN EL ÁREA SANITARIA A CORUÑA-CEE

Ramil Mendez M<sup>\*1</sup>, Veiga Fachal C<sup>1</sup>, Romero Rey H<sup>2</sup>, Fernandez Lorenzo A<sup>2</sup>, Moreno Alvarez A<sup>2</sup>, Solar Boga A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA, HMI TERESA HERRERA. AREA SANITARIA A CORUÑA-CEE. <sup>2</sup>UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA INFANTIL. SERVICIO DE PEDIATRÍA, HMI TERESA HERRERA. AREA SANITARIA A CORUÑA-CEE.

### OBJETIVOS

En el periodo entre Enero- Abril de 2022 se detectó un aumento casos de hepatitis aguda de origen desconocido en niños, la mayor parte en Reino Unido y en Estados Unidos, pero en hasta 20 países en un menor número. Según datos del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (26/08/2022) se habían reportado en total 513 casos, 46 en nuestro país. El objetivo de este trabajo es hacer una revisión de los casos de hepatitis aguda de causa desconocida, según los criterios de la OMS, presentados en nuestra Área Sanitaria.

### MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de casos presentados entre el 1 de Enero y el 31 de Agosto de 2022. Criterios de inclusión: pacientes en edad pediátrica con hepatitis aguda no debida a virus tipo A, B, C, D o E con elevación de AST o ALT >500 UI/L. Padres aceptan participar en el estudio y firman consentimiento informado.

### RESULTADOS

Un total de 11 pacientes presentaron elevación de transaminasas según los criterios de la OMS, detectándose una posible causa de elevación de la misma en ocho de ellos. Finalmente se incluyeron tres casos (dos niños y una niña) con una edad de 5, 11 y 20 meses respectivamente, sin antecedentes relevantes, y con una fecha de inicio de los síntomas entre Enero y Mayo de 2022. Todos presentaron un cuadro febril acompañado de clínica catarral los días previos, asociando

síntomas digestivos (vómitos y diarrea) en dos casos y lesiones purpúricas en otro. En los estudios realizados destaca hipertransaminasemia a expensas de AST (máximo 6703 UI/ml) y ALT (máximo 4080 UI/ml), siendo la GGT elevada en un paciente (máximo 183 UI/ml). Los parámetros de síntesis y la coagulación se mantuvieron normales en dos de los casos, con una afectación leve en otro (bilirrubina máxima 5.2 mg/dl, TP 1.25 segs, TTPA 0.99 segs, albúmina 3.1g/dl). Se realizó ecografía abdominal, siendo normal en 2 de ellos y mostrando hallazgos de hepatitis inespecífica en uno. Respecto a los resultados microbiológicos, dos presentaron IgG positiva para CMV, VEB y SARS-Cov2 uno de ellos asoció positividad para Parainfluenza en aspirado nasofaríngeo y en la paciente restante se detectó PCR en sangre total para adenovirus (antígeno viral en heces negativo), confirmándose el genotipo A41. La evolución fue favorable en todos ellos.

## CONCLUSIONES

la mayoría de los casos detectados con elevación de transaminasas presentan una etiología conocida. En los casos de etiología desconocida, la clínica infecciosa previa es común siendo la evolución favorable.

## C-4. IMPACTO DE LAS MEDIDAS APLICADAS DURANTE EL CONFINAMIENTO EN LA PREVENCIÓN DE LA NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

González Cabaleiro I<sup>1</sup>, Arosa Sineiro C<sup>\*1</sup>, Tallón García M<sup>2</sup>, Concheiro Guisán A<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>Hemato-oncología pediátrica, Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>3</sup>Jefa de Servicio de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.

## OBJETIVOS

La pandemia por SARS-Cov-2 ha supuesto un gran cambio en nuestra forma de vida; el lavado de manos, las medidas de aislamiento social y el uso de mascarillas se han generalizado en la población, generando una mayor concienciación respecto a la protección de los grupos vulnerables. En concreto, los pacientes oncológicos son particularmente susceptibles de contraer infecciones invasivas, suponiendo un aumento de la tasa de complicaciones y mortalidad a pesar de la profilaxis antibiótica, las restricciones dietéticas e higiénicas que llevan a cabo. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el posible impacto de la pandemia por Covid-19 y las políticas de prevención en la incidencia de los episodios de neutropenia febril (NF).

## MÉTODOS

Estudio observacional analítico tipo cohortes retrospectivo. Fueron incorporados al estudio aquellos pacientes con debut oncológico a tratamiento activo entre 2017 y 2021 agrupando los episodios de NF en pre-pandémicos y post-pandémicos. Fueron evaluadas características clínicas, analíticas, epidemiológicas, microbiológicas, mortalidad, infección por SARS-Cov-2 y cobertura vacunal.

## RESULTADOS

Se recogieron 230 episodios de NF (70% pre-pandémicos) de 111 pacientes, con una media de edad de 6,4±3,9. La incidencia de episodios de NF post-pandémicos se redujo de manera significativa en un 45% (p=0,025). El riesgo de presentar un episodio de neutropenia febril fue 2 veces más probable en los pacientes con debut pre-pandemia frente a post-pandemia a igualdad de fase de ciclo de quimioterapia, sexo y edad (OR:2,02; IC:1,027-3,896). Estratificando por meses, se objetivó una disminución significativa de los episodios de NF entre diciembre 2019-julio 2021, con un repunte tras la relajación de las medidas de aislamiento (p=0,04). Se objetivó una menor probabilidad de ingreso en UCI, tasa de éxitos y duración del ingreso durante la etapa post-pandemia (p <0,05). Las variables fueron sometidas a un análisis multivariable. El año de debut supone un factor de riesgo asociado a

presentar un episodio de neutropenia febril ( $p=0,01$ ) siendo mayor en la etapa prepandemia (OR:1.89. IC 1,212-3,786). No hubo diferencias significativas entre los dos grupos respecto a la etiología microbiana, el foco febril, los resultados analíticos o las tasas de vacunación. Seis pacientes fueron diagnosticados de infección por Covid 19 recuperándose sin complicaciones ni necesidad de ingreso.

## CONCLUSIONES

Las medidas de aislamiento, la mayor concienciación sobre la higiene de manos y el uso de mascarilla tanto en la población general como en el ámbito sanitario, han producido un impacto notorio disminuyendo la incidencia de episodios de neutropenia febril en los pacientes a tratamiento activo con quimioterapia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hansen B-A, Wendelbo Ø, Bruserud Ø, Hemsing AL, Mosevoll KA, Reikvam H. Febrile neutropenia in acute leukemia. Epidemiology, etiology, pathophysiology and treatment. *Mediterr J Hematol Infect Dis* 2020;12(1):e2020009. 2. Alali M, David MZ, Danziger-Isakov LA, Elmuti L, Bhagat PH, Bartlett AH. Pediatric febrile neutropenia: Change in etiology of bacteremia, empiric choice of therapy and clinical outcomes. *J Pediatr Hematol Oncol* 2020;42(6):e445–51. 3. Folsi VM, D'Ippolito C, Porta F, Schumacher RF. After 2 years of strict COVID hygiene rules, do they impact on the prevention of febrile neutropenia? *Pediatric Blood & Cancer*. 20 de mayo de 2022. 4. Boccia R, Glaspy J, Crawford J, Aapro M. Chemotherapy-Induced Neutropenia and Febrile Neutropenia in the US: A Beast of Burden That Needs to Be Tamed? *The Oncologist*. 5 de agosto de 2022;27(8):625-36.

## C-5. DESCRIPCIÓN Y RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO SEHOP-PETHEMA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN GALICIA DE LEUCEMIA AGUDA LINFOBLÁSTICA

Sena Herrero L\*<sup>1</sup>, Junco Plana <sup>1</sup>, Buyo P<sup>2</sup>, Regueiro A<sup>3</sup>, Tallón García M<sup>4</sup>, Red Gallega de Hematología pediátrica <sup>5</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>2</sup>Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. <sup>3</sup>Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. <sup>4</sup>Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario Álvaro Cunqueiro. <sup>5</sup>, .

## OBJETIVOS

Análisis de casos de Leucemia Aguda Linfoblástica (LLA) recogidos en la Comunidad Autónoma en los últimos 9 años. Buscamos conocer la prevalencia, características epidemiológicas y clínico-terapéuticas en la población pediátrica de Galicia.

## MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes tratados por LLA entre 2013 y 2022 en tres hospitales de tercer nivel. Recogida de datos de historia clínica electrónica mediante base de datos anonimizada y estudio estadístico con SPSS 25.

## RESULTADOS

Recogimos datos de 95 pacientes (60% hombres y 40% mujeres) con edad mediana al diagnóstico de 5 años (1-15) destacando predominio de LLA-B (85.3%) frente a LLA-T. 62.1% presentaban cariotipo normal, 34.7% cariotipo complejo, y en 3,2% el cariotipo no pudo determinarse. Se realizó estudio de trombofilia en un 42%, detectándose alteraciones en 9.5%. De estos, 44.5% presentaron episodios de trombosis. Síntomas al diagnóstico: astenia (58.9%), fiebre (51.6%), dolor óseo (42.1%), adenopatías (40%), hematomas (33.7%), pérdida de peso (18.9%) dolor abdominal (16.8%), cefalea (13.7%), clínica hemorrágica (10.5%) y sudoración nocturna (9.5%). 12.6% asociaban infiltración del SNC, 4.2% masa mediastínica, 2.1% infiltración testicular y 2.1% infiltración cutánea. Analíticamente,

85.3% presentaron anemia, 76.8% trombopenia y 15.8% síndrome de lisis tumoral. El valor de leucocitos era 11965/mmc (800-927070) y de LDH 804.5 U/L (156-123775), predominando la leucocitosis. El grupo de tratamiento mayoritario fue de riesgo intermedio (64.2%), seguido de alto riesgo (26.3%) y de bajo riesgo (9.5%). 47.4% presentaron complicaciones infecciosas: 30 bacteriemia y 11 sepsis, siendo los agentes predominantes los bacilos Gram positivos (9.7%). Cinco pacientes asociaron complicaciones hemorrágicas por trombosis y sangrados cutáneo-mucosos. Un 16.8% retrasaron la quimioterapia por estos eventos. Respecto a la respuesta terapéutica, 81.1% presentaban <1000 blastos en el día 8 de inicio de tratamiento, logrando la EMR con mediana de 1 mes (1-24) tras inicio de la quimioterapia. En cuanto a las necesidades de consolidación de tratamiento con trasplante de progenitores hematopoyéticos detectamos 9 pacientes, relacionados con pérdida de CAR-T, recaídas o mala respuesta a la quimioterapia. Se contabilizaron 9 defunciones (9.5%), cuatro en fase de inducción, tres en fase de consolidación y dos en fase de mantenimiento, siendo la progresión de enfermedad, las complicaciones infecciosas y trombosis, las causas más frecuentes.

### CONCLUSIONES

Observamos una prevalencia de 3.1%, con predominio en el sexo masculino, siendo mayoritaria la LLA-B. El 90.5% alcanzaron remisión completa, con 9.5% de recaídas, demostrando que con quimioterapia intensa el pronóstico es excelente, siendo nuestros datos consecuentes con los establecidos por el resto de grupos de tratamiento.

### BIBLIOGRAFÍA

Protocolos SEHOP.

## C-6. ALTERACIONES ENDOCRINOLÓGICAS EN LA PATOLOGÍA HEMATO-ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA

Sena Herrero L<sup>\*1</sup>, Junco Plana A<sup>1</sup>, Tallón García M<sup>2</sup>, Linares Carsi L<sup>2</sup>, Rey Gordo L<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>2</sup>Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

### OBJETIVOS

Establecer un mapa identificativo de las alteraciones endocrinológicas más prevalentes en relación con el cáncer infantil.

### MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes oncológicos menores de 15 años con alteraciones endocrinológicas entre el 2016-2021. Los datos se recogieron a partir de historias clínicas electrónicas mediante base de datos anonimizada, de los pacientes derivados a Oncohematología Infantil de Vigo, y estudio estadístico con SPSS 25.

### RESULTADOS

Se recogieron 16 pacientes, con edades entre el nacimiento y 15 años, con una media de 5 años (4.9+-3.6), siendo el 56.3% mujeres. El diagnóstico se realiza de mayor a menor frecuencia, en escolares (43.8%), preescolares (37.5%), lactantes (12.5%) y neonatos (6.3%). En la mayoría (15/16) el tumor diagnosticado era el único que había padecido el paciente hasta la fecha. El 81.2% se corresponden con tumores sólidos, destacando que en la mitad de los casos está afectado el SNC (50%), seguido del sistema reproductor (12.5%), piel (tumor epidermoide) y ORL en un 6.3% en cada caso, frente a un 18.8% que eran hematológicos. La patología endocrina llevó al diagnóstico de la patología oncológica en 2 (12.5%), mientras que en el 87.5% restante, el diagnóstico de la patología

endocrina se hizo posteriormente al tratamiento oncológico. Respecto al tratamiento, un 56.3% recibió quimioterapia, un 50% radioterapia y un 43.8% fueron intervenidos. Un 50% recibieron terapia combinada. Dentro de la patología endocrina, destaca que las alteraciones más frecuentes son la pubertad precoz y el hipotiroidismo, con un 31.3% en ambos casos, y el hipopituitarismo en un 12.5%. Otras secuelas que encontramos son déficit de GH, hipercrecimiento, hipoglucemias, insuficiencia adrenal, hiperglucemia y diabetes insípida. Comparando la presencia de hipotiroidismo en función del sexo, observamos mayor frecuencia en varones (42.8%) frente a mujeres (22.2%). Sin embargo, la pubertad precoz es más frecuente en mujeres (44.4%) que en varones (14.2%). De los 9 pacientes de nuestra muestra que recibieron quimioterapia, un 33.3% presentaban hipotiroidismo, mientras que, de los 8 tratados con radioterapia, un 37,5% tenían afectación tiroidea. Del total de pacientes con pubertad precoz, el 40% había recibido quimioterapia, siendo el mismo porcentaje en aquellos que recibieron radioterapia.

## CONCLUSIONES

Las secuelas endocrinológicas son el efecto secundario más común derivado de los tratamientos para la curación del cáncer infantil. Las alteraciones de la glándula tiroidea y del eje gonadotropo son aquellos que hemos observado con más frecuencia. El diagnóstico predomina en escolares, siendo los tumores sólidos los más frecuentes, sobre todos aquellos que afectan al SNC.

## C-7. REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL GRADO DE CONOCIMIENTOS DE LAS ENFERMERAS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

García López MC\*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de día pediátrico, Hospital Alvaro Cunqueiro.

## OBJETIVOS

Evaluar el grado de formación de las enfermeras en cuidados paliativos pediátricos así como analizar su grado de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes que deben de poseer en cuidados paliativos pediátricos.

## MÉTODOS

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos de Pubmed, Google académico, CUIDEN y Cochrane. Los criterios de inclusión fueron artículos originales publicados en inglés y español en los últimos cinco años y sobre la profesión enfermera. Los criterios de exclusión fueron artículos que no responden a la pregunta de investigación y que incluyen en su estudio a población adulta. La calidad metodológica de los estudios fue evaluada por las escalas STROBE, AMSTAR-2 y Pedro.

## RESULTADOS

Se seleccionaron un total de siete artículos, una revisión sistemática, tres estudios transversales, un estudio descriptivo y dos estudios experimentales.

## CONCLUSIONES

El grado de conocimientos de las enfermeras en cuidados paliativos pediátricos ha resultado ser bajo. Hay necesidad de realizar la capacitación oportuna en cuidados paliativos pediátricos lo que permitirá mejorar la calidad en la atención al paciente crónico complejo. Además las enfermeras deben de tener habilidades de comunicación y en el afrontamiento al duelo. Y destrezas en el manejo de síntomas y aparataje.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Primer atlas mundial de las necesidades de cuidados paliativos no atendidas. Comunicado de prensa. 28 DE ENERO DE 2014/ GINEBRA / LONDRES [Internet] [ acceso 2022-Abr-30]. Disponible en: <http://www.who.int/medicacentre/news/releases/palliative-care-20140128/es/2>. WHO Definition of Palliative care [Internet] [acceso 2022-Abr-30], Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/3>. Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud: actualización 2010-2014. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. España [ acceso el 20 de Abril de 2022] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organización/sns/plan-calidad-SNS/docs/4>. Pascual A. Cuidados paliativos para todos [Internet] Dolor : Investigación clínica y terapéutica. 2022 [acceso 21 Marzo 2022]; 17 : 5-6p. Disponible en : <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3044655>. Saúde MDA, Cuidados Paliativos Pediátricos. Relatório de Grup Trab do Gab Secretário Estado Adjun do Minist da Saúde [Internet ].2014 [ acceso 30 Abril 2022] ;83:204-11. Disponible en : [http://www.sccalp.org/documents/0000/1875/BolPediatr\\_2012\\_52\\_131\\_145.Pdf6](http://www.sccalp.org/documents/0000/1875/BolPediatr_2012_52_131_145.Pdf6). ImpaCt: Estandares para Cuidados Paliativos Pediátricos en Europa. Eur Assoc Palliat Care. 2007 ;14 :109-147. A guide to the Development of Children's palliative care services. Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families ( ACT ) and the Royal College of Pediatrics and Child Health ( RCPCH ), 2003 , Bristol, UK. 8. Department of Health and Children ( 2005 ). A Palliative care needs assessment for Children Stationery Office : Dublin. 9. Ullrich Christina, Duncan Janet JM Y WJ. Cuidados Paliativos [ Internet ]. 20 th Editi. Nelson. Tratado de Pediatría. Elsevier España; 2014 [ acceso 25 Abril 2022 ]; 3600-3614p. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-9113-015-4/00043-5>. 10. W. Astudillo, A. Orbegozo AL. Cuidados Paliativos en Enfermería. 1ª, San Sebastian-España; 2003 [ acceso 25 Abril 2022 ] . 387 p. 11. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida [ Internet ]. Quien . int. [ citado el 27 Abril de 2022 ]. Disponible en : [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170558/A67\\_31-sp.pdf?Sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170558/A67_31-sp.pdf?Sequence=1&isAllowed=y). 12. Valles P. Formación de Pregrado en Enfermería de Cuidados Paliativos. Med Paliat 2005 ; 5: 243-8. 13. Nolla, M. ( 2009 ). La evaluación en educación médica. Principios básicos. Educación médica, 12 ( 4 ). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/hp?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132009000500004](http://scielo.isciii.es/hp?script=sci_arttext&pid=S1575-18132009000500004). 14. Atout M. Experiencie of nurses who work with children with palliative care needs: A mixed-method systematic review. Palliat Support Care [Internet]. 2020;18(4):473-85. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/S147895151900095615>. Cannon G, Alicia V. Conocimientos, actitudes y motivaciones del personal de salud del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre cuidados paliativos pediátricos, Lima-Perú, 2016. Universidad Antonio Ruiz de Montoya; 2019. 16. García VM, Roy PP Plantabenet-Whyte FP, Muñoz CN, Viader IE, Perez VC. Características asistenciales, formación y satisfacción de las/os enfermeras/os de cuidados paliativos pediátricos. Estudio piloto nacional. Cuidando la salud: revista científica de enfermería [Internet]. 2021 [citado el 28 de Junio de 2022];(17):83-8. 17. Hamre TJ, O'Shea ER, Hinderer KA, Mosha MH, Wentland BA. Impact of an evidence-based pediatric palliative care program on nurses' self-efficacy. J Contin Educ Nurs [internet]. 2022;53(6):264-72. 18. Rivera MM. Mejorar el conocimiento de las enfermeras pediátricas sobre los sevicios de cuidados paliativos. 2022 [citado el 17 de Junio de 2022]; Disponible en: <https://sigma.nursingrepository.org/handle/10755/2252819>. Abd-Elrahman Radwan S, El-Khedr Abd-Elgawad S, Abd -Rahman Younis A. Efecto del programa educativo sobre la competencia de las enfermeras con respecto a la presentación de cuidados paliativos para niños con cáncer en etapa avanzada. Revista Científica de Enfermería Tanta [Internet].2022 [citado el 17 de Junio de 2022];24(1):380-408. Disponible en: [https://journals.ekb.eg/article\\_221610.html](https://journals.ekb.eg/article_221610.html). 20. Abuhammad S, Almars R. Impact of educational programs on nurses' knowledge and attitude toward pediatric palliative care. Palliat Support Care [Internet]. 2022;20(3):397-406. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/S147895152100113921>. Nilsson S, Ohlen J, Hessman E, Brannstrom M. Paediatric palliative care: a sistematic review. BMJ Support Palliat Care [Internet].2022;10(2): 157-63. Diponible en : <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-00193422>. Ristevsqui E, Leach M, Botton E, Spargo M, Byrne A, Khalil H. Rural community-based nurses' self-reported knowlege and skills in the provision of psychosocial care to palliative and end-of-life clients and carers. Palliat Support Care [Internet]. 2022;1-9. Diponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s147895152100164423>. Patel A, Copeman A, Roe L, Friedl S, Nahabedian L, et al. 666 Caring about death-paediatric palliative care

simulation course. En: Abstracts. BMJ Publishing Group Ltd and Royal College of Paediatric and Child Health; 2021[citado el 17 de junio de 2022]. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2021-rcpch.12924>. Hernandez FRM, Tellez MAP, Ruiz RR, García DV, Conocimientos en cuidados paliativos pediátricos del personal de salud de un hospital de tercer nivel. Rev CONAMED [Internet]. 2017[citado del 28 de Junio de 2022];22(4):179-84. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=643667725>. Silva TP da, Silv LF da, Cursino EG, Moraes JRMM de, Aguiar RCB de, Pacheco ST de A. Palliative care at the end life in pediatric oncology: a nursing perspective. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2021;42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.2020035026>. Brock KE. Urgent appeal from hospice nurses for pediatric palliative care training and community. JAMA Netw Open [Internet]. 2021[citado el 17 de Junio de 2022];4(10):e2127958. Disponible en: <http://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/article-abstract/278463427>. España- Real Decreto-Ley 450/2005, de 22 de abril sobre especialidades de enfermería. Boletín Oficial del Estado núm. 108

## C-8. CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN EL ÁREA SANITARIA DE A CORUÑA - CEE

Torrealea Gabiola G<sup>\*1</sup>, Veiga Fachal C<sup>1</sup>, Castro Sesto P<sup>2</sup>, Alas Barbeito A<sup>3</sup>, Muñoz García G<sup>3</sup>, Buyo Sánchez P<sup>3</sup>, Pardo Vázquez J<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de tercer año en Pediatría y sus Áreas Específicas, Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera. A Coruña. <sup>2</sup>Residente de segundo año en Pediatría y sus Áreas Específicas, Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera. A Coruña. <sup>3</sup>Unidad de Oncohematología Infantil, Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera. A Coruña. <sup>4</sup>Jefe del Servicio de Pediatría y sus Áreas Específicas, Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera. A Coruña.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los cuidados paliativos buscan mejorar la calidad de vida del enfermo grave y su entorno. Proporcionan un abordaje integral, con un cuidado total, activo y continuado por parte de un equipo profesional. Uno de los principales objetivos es acompañar al paciente y a su núcleo familiar durante el proceso de la enfermedad hasta la muerte. Se estima que entre 10-15 de cada 10.000 niños menores de quince años tienen enfermedades que limitan la vida. La población de niños menores de quince años en el área sanitaria de A Coruña y Cee es de 63.993, por tanto, entre 65-100 niños podrían ser subsidiarios de un programa específico.

### CASOS CLÍNICOS

En el año 2017 se creó el proyecto "Mejora en la calidad asistencial de los cuidados paliativos pediátricos del área sanitaria de A Coruña", cuyo objetivo inicial era mejorar la formación teórica y práctica de los profesionales sanitarios y permitió iniciar la actividad asistencial. Tras un largo camino, en Marzo de 2022 se constituyó la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos. Una unidad transversal, en la que participan pediatras con formación específica en cuidados paliativos y que desarrollan parte de su labor asistencial en oncología infantil, neuropediatría y cuidados intensivos pediátricos, así como otros profesionales vinculados al Hospital de Día. La labor incluye asistencia programada presencial o consulta telefónica y asistencia no programada ante cualquier evento. En situación de final de vida, si el paciente y la familia prefiere continuar con los cuidados en domicilio, se activa el "busca de Cuidados Paliativos". Esto permite comunicación directa con el equipo médico. El equipo de guardia responde las dudas del paciente y proporciona indicaciones telefónicas. Si lo considera necesario, acude al domicilio o lo remite a un centro sanitario. Desde el inicio del proyecto se prestó asistencia a 22 familias: 9 pacientes oncológicos, 9 con patología neurológica y 4 con diagnóstico de enfermedades que limitan la vida en periodo neonatal. Durante este tiempo fallecieron 10 pacientes,

3 en domicilio. Desde la creación del busca, el 100% de los pacientes (2/2) prefirió continuar los cuidados en domicilio.

## DISCUSIÓN

La creación de un programa específico de Cuidados Paliativos Pediátricos ha permitido mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Permite a la familia mantener su actividad diaria, alivia la carga psicológica de los cuidados, evita ingresos hospitalarios, disminuye las consultas en urgencias y está descrito que significa un impacto positivo en los costos sanitarios.

## BIBLIOGRAFÍA

García-Salido A, Santos-Herranz P, Puertas-Martín V, García-Teresa MÁ, MartinoAlba R, Serrano-González A. Estudio retrospectivo de pacientes derivados de cuidados intensivos. Ingresos en cuidados paliativos pediátricos a cuidados paliativos: por qué y para qué. *An Pediatr (Barc)*. 2018;88(1):3-11. The EAPC taskforce for Palliative Care in Children and the Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus. Palliative Care for Infants, Children and Young people. The facts. 1º edición. Roma: 2009. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N.º 2006/08. Grupo de trabajo en el seno del Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Cuidados paliativos pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: criterios de atención. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Centro de Publicaciones; 2014. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/01-Cuidados\\_Paliativos\\_Pediatricos\\_SNS.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/01-Cuidados_Paliativos_Pediatricos_SNS.pdf) ACT, Royal College of Pediatrics and Child Health A guide to the development of children's palliative care services, first edition. Retrieved December 12, 2007 from Guide to the Development of Children's Palliative Care Services. 1997 Craig F, Abu-Saad Huijer H, Benini F et al. IMPaCCT standards for paediatric palliative care in Europe. *Eur J Pall Care*. 2007; 14: 109–114 Tirado-Perez I, Zarate-Vergara A. Clasificación de la Association for Children's Palliative Care (ACT) en una institución pediátrica de referencia en el Caribe colombiano. *Rev. Salud Pública (Colombia)* 2018;(3): 378-383. Noriega I, Barcelo M, Pérez MA, Puertas V, Garcia-Salido A, Martino R. Ingresos hospitalarios en cuidados paliativos pediátricos: estudio retrospectivo. *An Pediatr (Barc)*. 2020;92(2): 94-101. Goldman A, Beardsmore S, Hunt J. Palliative care for children with cáncer. Home, hospital, or hospice? *Arch Dis Child*. 1990;65:641-3. Bluebond-Langner M, Beecham E, Candy B, Langner R, Jones L. Preferred place of death for children and young people with lifelimiting and life-threatening conditions: A systematic review of the literature and recommendations for future inquiry and policy. *Palliat Med*. 2013;27:705-13. Fraser LK, Miller M, Draper ES, McKinney PA, Parslow RC, on behalf of the Paediatric Intensive Care Audit Network. Place of death and palliative care following discharge from paediatric intensive care units. *Arch Dis Child*. 2011;96:1195-8. Oterino de la Fuente D, Martínez Martínez A, González Fouces I, Peiró S. ¿Es necesario hospitalizar a tantos niños, durante tantos días? La hospitalización innecesaria en pediatría. *An Esp de pediatr*. 1999;50: 373-378. Plaza Fornieles M, Navarro Mingorance A. Efficacy of the Paediatrics Palliative Care Team of Murcia according to the experience of the parents. *An Pediatr (Barc)*. 2020;93(1):4-15.

## C-9. CRITERIOS DE CALIDAD PARA EL CÁLCULO DE PREVALENCIA DE PACIENTES SUBSIDIARIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS.

Quijada Celis C<sup>\*1</sup>, Lores González O<sup>1</sup>, Koukoulis Lorenzo N<sup>1</sup>, Cabaleiro González I<sup>1</sup>, Balado Insunza N<sup>1</sup>, Tallón García M<sup>1</sup>, Portugués De La Red M<sup>1</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Hospital Alvaro Cunqueiro.*

## OBJETIVOS

La estimación de pacientes que pueden ser candidatos a Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) se puede realizar, según el Libro Blanco sobre Normas de Calidad y Estándares de Cuidados Paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), en base a unos mínimos o máximos de atención, en función del criterio utilizado. Podemos utilizar el criterio de mínimos de atención, basado en el criterio de mortalidad y estudiar causas de muerte susceptibles de cuidados paliativos (causas codificadas por CIE 9-10), eliminando causas de muerte agudas, no esperables o accidentales. Si atendemos a un criterio de máximos, según los Estándares de Calidad, debemos estimar la prevalencia de enfermedades crónicas basada en diagnósticos codificados CIE-9 hasta 2014 y CIE-10 desde 2015. El objetivo principal de este estudio es estimar la prevalencia de pacientes subsidiarios de Cuidados Paliativos Pediátricos Específicos en nuestra área sanitaria.

## MÉTODOS

Diseño de un estudio transversal retrospectivo de mortalidad y estimación de prevalencia de enfermedades crónicas amenazantes o limitantes para la vida. Se recogen diagnósticos al alta en el área, codificados por CIE-9 y CIE-10 como: anomalía cardíaca, miopatía, distrofia muscular, atrofia muscular espinal, enfermedad neuromuscular, enfermedades metabólicas, enfermedad mitocondrial, mucopolisacaridosis, parálisis cerebral, síndrome polimorfo, leucemia, linfoma, tumor, inmunodeficiencia, cromosomopatía, gastrostomía, traqueostomía, válvula de derivación; desde 1 de enero de 2000 hasta 31 de diciembre de 2021. Se realiza análisis descriptivo con el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 19.0 en castellano.

## RESULTADOS

En los últimos 5 años, la tasa específica de mortalidad en la población entre 0 y 19 años osciló entre 0,06 y 0,53 por cada 1.000 habitantes. Aplicando estas tasas, se estima el año 2023 se producirán entre 19 y 51 defunciones en menores de 19 años, de las cuales, según la literatura previa, un 70% se atribuyen a enfermedades susceptibles de cuidados paliativos. La tasa de prevalencia de enfermedades crónicas complejas o patologías que limitan la vida es de 2,96 casos de cada 100 pacientes atendidos en hospitalización, con una estimación de población susceptible de cuidados paliativos pediátricos en torno a 118,4 pacientes al año.

## CONCLUSIONES

Los CPP no debería limitarse a los cuidados de fin de vida, sino ampliar su horizonte a todo proceso de enfermedad. Atendiendo a Criterios de Mínimos de Atención de la EAPC (mortalidad), aproximadamente 35 niños menores de 19 años son susceptibles de recibir cuidados paliativos pediátricos. Si establecemos Criterios de Máximos de Calidad según la EAPC (prevalencia de enfermedad), en torno a 118,4 pacientes al año son susceptibles de cuidados paliativos pediátricos. De este número de pacientes susceptibles estimados por cada uno de los criterios, al menos un 50 % deberían ser atendidos de forma integral por Equipos y/o Unidades Específicos de Cuidados Paliativos Pediátricos.

## C-10. COMPLICACIÓN INUSUAL: RETENCIÓN INTRAVASCULAR DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES CON RESERVORIO IMPLANTABLE

González-pola S<sup>\*1</sup>, Del Cerro D<sup>1</sup>, Dargallo T<sup>1</sup>, Ramallo S<sup>1</sup>, Rueda F<sup>2</sup>, G Tellado M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cirugía pediátrica, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera. <sup>2</sup>Cardiología pediátrica, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera.

## OBJETIVOS

Determinación de factores de riesgo de retención de catéteres venosos centrales tras intento de extracción mediante cirugía y comparación con los factores de riesgo ya conocidos (Leucemia linfática aguda como enfermedad de base y colocación durante periodos de tiempo superior a 20 meses).

## MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todos los reservorios de acceso central colocados y retirados en nuestro centro en un periodo de 5 años (2016-2021). De un total de 46 reservorios colocados en 40 pacientes, 38 fueron retirados mediante cirugía, hubo 7 casos cuya retirada no fue posible y 1 caso perdido. Se analiza el método de implantación, localización, tiempo de uso, enfermedad de base, presentación de reservorios previos y complicaciones quirúrgicas y durante su uso. El estudio estadístico se realiza mediante Chi cuadrado y regresión logística univariante.

## RESULTADOS

Revisamos 46 puertos en 40 pacientes, de los cuales 7 (15.2%) tuvieron que ser extraídos por procedimiento hemodinámico debido a incapacidad de hacerlo durante el acto quirúrgico. Se colocaron 20 (44%) reservorios en pacientes con leucemia linfática aguda, 25 (54%) reservorios fueron colocados en pacientes con otra patología oncológica y solo 1 (2%) fue colocado en patología no oncológica. Hubo un total de 28 (60% de los casos) complicaciones, de las cuales 19 fueron infecciones, 1 obstrucciones mecánicas del catéter, 1 trombosis de éste y 7 casos de retención intravascular (25% total complicaciones). En la muestra total, 33 (72%) puertos fueron colocados mediante técnica abierta, mientras que 12 (26%) lo hicieron mediante punción. 6 (13%) casos presentaban antecedente de un reservorio anterior frente a los otros 40 (87%) casos. Vena de acceso yugular interna 19 (41%), yugular externa 17 (37%), subclavia 9 (20%), cefálica 1 (2%). Extremo de catéter en radiografía control: Aurícula derecha 17 (37%); Vena cava superior 25 (54%), Tronco braquiocefálico 3, (6%) y Vena cava inferior 1 (3%). El tiempo de uso medio total fue de 22.3 meses (máx. 76 meses y mínimo de 15 días y mediana de 18). El tiempo de uso medio de los retenidos, fue de 22.8 meses (máx. 76 y mínimo 6 meses y mediana de 15). En los no retenidos, fue de 20.76 meses (máx. 68 meses, mínima de 15 días y mediana de 15). La edad media en el momento de la colocación fue de 6.5 años (mínimo de 6 meses y máx. de 14.6 años). 40 puertos fueron colocados en el lado derecho y 6 en el izquierdo.

## CONCLUSIONES

Diferencias significativas en la distribución de las variables "puertos previos" y "LLA" entre los catéteres retirados por cirugía y retenidos. Ampliación del tamaño muestral podrían permitirnos definir estas variables como factores de riesgo. En nuestra muestra tiempo de uso no demostró tener asociación significativa con la retención intravascular.

## BIBLIOGRAFÍA

Feraye Cakir, Sukran Geze, Halil Ozturk, Hasan Dinc Percutaneous endovascular removal of intracardiac migrated port A catheter in a child with acute lymphoblastic leukemia Brazilian Journal of Anesthesiology (Edición en Español). Volume 64, Issue 4, July–August 2014, Pages 275-277 Mehra D, Brummund D, Sinyor B, Gulec S. Complicated Surgical Removal of an Adherent Port-a-Cath After 11 Years of Implantation. Cureus. 2020;12(3):e7301. Published 2020 Mar 17. doi:10.7759/cureus.7301 aghavendra Rao, Francis E. Marshalleck, Alan P. Ladd, Endovascular retrieval of difficult to remove port-a-caths, Journal of Pediatric Surgery Case Reports, Volume 47, 2019, 101248, ISSN 2213-5766, <https://doi.org/10.1016/j.epsc.2019.101248>. Nishinari K, Bernardi CV, Wolosker N, Yazbek G. Retained catheter: a rare complication associated with totally implantable venous ports. J Vasc Access. 2010;11(2):159-161. doi:10.1177/112972981001100214 Patel PA, Parra DA, Bath R, et al. IR Approaches to Difficult Removals of Totally Implanted Venous Access Port Catheters in Children: A Single-Center Experience. J Vasc Interv Radiol. 2016;27(6):876-881. doi:10.1016/j.jvir.2016.02.021 Wilson GJ, van Noesel MM, Hop WC, van de Ven C. The catheter is

stuck: complications experienced during removal of a totally implantable venous access device. A single-center study in 200 children. *J Pediatr Surg.* 2006;41(10):1694-1698. doi:10.1016/j.jpedsurg.2006.05.065

## **C-11. VIDEOTORACOSCOPIA (VATS) PRECOZ EN EL TRATAMIENTO DE DERRAMEN PLEURALES PARANEUMÓNICOS COMPLICADOS.**

Díaz Vizcaya L<sup>\*1</sup>, López Villares M<sup>2</sup>, Cueto Díaz M<sup>2</sup>, Álvarez De Manuel D<sup>2</sup>, Prada Alonso M<sup>2</sup>, Aneiros Castro B<sup>1</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Álvaro Cunqueiro*. <sup>2</sup>*Pediatría, Álvaro Cunqueiro*.

### **OBJETIVOS**

El derrame pleural paraneumónico es una entidad frecuente en pediatría. Pese a que no existe un consenso en cuanto al algoritmo terapéutico, la mayoría de las guías recomiendan en aquellos casos con presencia de derrame moderado-grande asociar la instilación intrapleural de agentes fibrinolíticos o la realización de videotoracoscoopia (VATS) en aquellos tabicados y/o empiemas de gran tamaño. La VATS permite valorar de forma directa el derrame, el estado del pulmón subyacente y localizar posibles complicaciones. **Objetivos:** Analizar la utilidad de la realización de VATS precoz (primeras 72 horas) tras colocación de drenaje pleural en pacientes con derrame pleural paraneumónico respecto a su empleo de forma tardía.

### **MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen los pacientes ingresados en UCIP en un hospital terciario en los últimos 7 años con diagnóstico de derrame pleural paraneumónico subsidiario de drenaje en los que se realizó VATS. Se divide a los pacientes en dos grupos según el momento de la realización de la misma.

### **RESULTADOS**

Se incluyen 12 pacientes, 58% varones, media de edad 4 años. La duración media del ingreso fue de 20 días, estancia media en UCIP de 10 días. El 75% presentaba derrame pleural objetivable en las pruebas radiológicas al ingreso. El 83% de los pacientes recibió uroquinasa intrapleural previamente al tratamiento toracoscópico. En el 50% de nuestra muestra se realizó la VATS en las primeras 72 horas tras la colocación del drenaje pleural. La realización de VATS precoz (<72 horas) se ha relacionado con significativamente estadística con la disminución de los días de hospitalización (16,5 vs 24,6 días, p 0,02) y los días de antibioticoterapia endovenosa (14 vs 24 días, p 0,006). También se ha relacionado con menor estancia en UCIP (9 vs 12,5 días) y con una retirada más precoz del tubo de drenaje pleural (6,8 vs 11,5 días), aunque estos dos resultados no han resultado estadísticamente significativos probablemente a causa del reducido tamaño de nuestra muestra.

### **CONCLUSIONES**

La VATS comienza a utilizarse de forma precoz (<72h) en algunos centros, pese a que su principal indicación continúa siendo el fracaso del drenaje asociado a fibrinolíticos intrapleurales. En nuestro centro, la realización de VATS precoz ha permitido la disminución de la duración del tratamiento antibiótico endovenoso, así como de la hospitalización. Se precisan estudios con un mayor tamaño muestral para ratificar estos resultados y poder establecer una clara indicación para incluir esta técnica en los algoritmos diagnóstico-terapéuticos.

## C-12. ADENITIS BACTERIANA: MÁS ALLÁ DE LA AMOXICILINA-CLAVULÁNICO.

Rodríguez Ferreiro A<sup>\*1</sup>, Pérez Gómez A<sup>2</sup>, Castro Aguiar S<sup>2</sup>, García Pose A<sup>2</sup>, Suárez García F<sup>2</sup>, Pardo Vázquez J<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital Teresa Herrea. <sup>2</sup>Pediatría, Hospital Teresa Herrera.

### OBJETIVOS

Principal: Comprobar la adecuación del tratamiento antibiótico pautado con respecto a las recomendaciones vigentes. Secundario: Conocer las características de los pacientes ingresados por este motivo en nuestro centro.

### MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que analiza los datos de los niños, de entre 1 mes y 15 años de edad, ingresados por adenitis cervical en la planta de hospitalización de un hospital de tercer nivel entre enero 2016 y marzo 2022.

### RESULTADOS

Se recogieron un total de 49 pacientes, con una mediana de 7 ingresos/año, una distribución similar por sexos y una edad media de 3 años y medio (43 meses). En un 67% de los casos se administró antibioterapia ambulatoria previa al ingreso, eligiendo la primera opción terapéutica (cefadroxilo) sólo en un 3% de los casos. El antibiótico prescrito de forma más frecuente fue amoxicilina-clavulánico en hasta el 94% de los casos. Durante la estancia hospitalaria, se demuestra una situación similar, siendo de nuevo el antibiótico predominante la amoxicilina-clavulánico (90%), sin haberse administrado la primera opción (cloxacilina/cefazolina) en ninguna ocasión. El diagnóstico de sospecha fue de adenitis bacteriana en un 80% (39 casos) y de adenitis por micobacterias en un 16% (8 casos). Se realizó un estudio microbiológico en un 57% de los pacientes, siendo positivo en un 63%. Con respecto a las micobacterias, el microorganismo identificado con mayor frecuencia fue el Mycobacterium avium complex. Con respecto a las adenitis bacterianas, fue el SAMS, incluido en el espectro de los antibióticos recomendados.

### CONCLUSIONES

En nuestro medio el fármaco más frecuentemente prescrito para la adenitis bacteriana es la amoxicilina-clavulánico, un antibiótico de mayor espectro que el que se precisa. La adecuación del antibiótico a nuestra sospecha diagnóstica y la desescalada tras conocer el antibiograma suponen las herramientas más útiles a nuestro alcance para frenar el aumento de resistencias antibióticas.

### BIBLIOGRAFÍA

1. B. Vergara Muñoz, C. Respaldiza Pulido, P. Flores Pérez et al., Tratamiento antibiótico de la linfadenitis cervical bacteriana en pediatría, ¿A-PROA-BAMOS? Anales de Pediatría, <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.01.004>
2. Blázquez Gamero D, Martínez Moreno C, Cordero Castro C, Rojo Conejo P. Adenitis cervical (v.3/2014). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 01-dic-2014]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>
3. Rosal Rabes T, Baquero Artigao F. Adenitis Cervical. Servicio de Pediatría Hospitalaria, Hospital Universitario La Paz, Madrid. Pediatría Integral; 2018; XXII (7): 307-3154.
4. Beléndez Bieler C, Pérez-Moreno J, Saavedra Lozano J. Adenomegalias. Adenitis cervical. Anales de Pediatría Continuada. 2012;10(6):313-23.
5. Montero Delgado JA, Periañez Parraga L, Arrufat Goterris G, Tévar Alfonso E, García Martínez de Artola D, Merino Alonso FJ. Espectro antibiótico de los antibacterianos más usados en España. En Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>
6. Sutter D, Milburn E, Chukwuma U. Changing Susceptibility of Staphylococcus Aureus in a US Pediatric Population. Department of Pediatrics, San Antonio Military Medical Center, Houston. April 2016.

## C-13. EL USO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN URGENCIAS: A TRAVÉS DEL OTOSCOPIO

Díaz Fernández F<sup>\*1</sup>, Barrueco Ramos C<sup>1</sup>, López Lamas V<sup>1</sup>, Mayo Yáñez M<sup>2</sup>, Yáñez Mesía S<sup>1</sup>, Pardo Vázquez J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital Teresa Herrera. <sup>2</sup>Otorrinolaringología, Hospital Teresa Herrera.

### OBJETIVOS

Uno de los diagnósticos más comunes en Urgencias Pediátricas es la otitis media aguda (OMA). Llegar a un diagnóstico certero en ocasiones puede ser difícil, por lo que debemos apoyarnos tanto en la sintomatología como en la visualización de la membrana timpánica a través del otoscopio. En la era de la digitalización, existen otoscopios con cámara que nos permiten visualizar y registrar imágenes así como compartir las imágenes con otros profesionales. Nuestro objetivo es comparar los diagnósticos obtenidos con ayuda de la otoscopia digital en un servicio de Urgencias Pediátricas frente al obtenido por el servicio de Otorrinolaringología del mismo hospital a través de la visualización de dichas imágenes a posteriori.

### MÉTODOS

Estudio de concordancia en pacientes pediátricos a los que se les realizó una otoscopia en nuestra Unidad de Urgencias entre los meses de febrero y septiembre de 2022. Se incluyeron pacientes de 0 a 15 años con necesidad de realizar otoscopia en la exploración física debido a su sintomatología. Se utilizó un otoscopio digital conectado a red WiFi que crea imágenes en una aplicación móvil. Se comparó el diagnóstico otorgado en el servicio de Urgencias pediátrico, con el propuesto por un otorrinolaringólogo. Se recogieron las variables cualitativas de síntomas, tipo de facultativo y diagnóstico.

### RESULTADOS

Se recogieron un total de 29 imágenes. Catorce fueron diagnosticadas por Pediatría como otoscopia normal (48%), 11 de OMA (38%), un cuerpo extraño (3.5%), una exóstosis (3.5%) y 2 perforaciones timpánicas (7%). Las respuestas ofrecidas por ORL fueron 14 otoscopias normales, 11 OMA y 1 otitis externa (3.5%), 1 exóstosis y 2 perforaciones timpánicas. La concordancia entre diagnósticos de Pediatras y Otorrinolaringólogos fue de 22/29 (76%), el 50% otoscopias normales y 36.4% OMA. La mayoría de los diagnósticos no concordantes (42.8%) corresponden a otoscopia normal para Pediatría y OMA para ORL (sin disponer de otoscopia contralateral). Respecto al tipo de facultativo Pediátrico no se encontraron diferencias significativas. Respecto a la sintomatología, el 87.5% de OMAs diagnosticadas por Pediatra que concordaron con el diagnóstico de ORL presentaban sintomatología catarral, otalgia y/u otorrea. De las 3 otoscopias valoradas como normales por Pediatra que para ORL impresionaron de OMA, 1 de ellas presentaba otalgia (33.3%) y las 2 restantes fiebre como único síntoma (66.66%).

### CONCLUSIONES

Actualmente en medicina existen dispositivos de fácil manejo que nos permiten compartir información con otros especialistas y ayudarnos en la toma de decisiones. Destacar que en nuestro estudio el 76% de los diagnósticos fueron concordantes, atribuyendo la discordancia, en su mayoría, a falta de datos clínicos y de exploración completa por parte de otorrinolaringología.

### BIBLIOGRAFÍA

Richards JR, Gaylor KA, Pilgrim AJ. Comparison of traditional otoscope to iPhone otoscope in the pediatric ED. Am J Emerg Med. 2015 Aug 1;33(8):1089–92. Cai Y, Zheng YJ, Gulati A, Butrymowicz A, Krauter R, Pletcher SD, et al. Patient Use of Low-cost Digital Videoscopes and Smartphones for Remote Ear and Oropharyngeal Examinations. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2021 Apr;147(4):336–42.

## C-14. INFLUENCIA DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LOS INGRESOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Rodríguez Ferreiro A\*<sup>1</sup>, García Martínez M<sup>1</sup>, Las Hayas Rodríguez A<sup>1</sup>, Otero González A<sup>1</sup>, Parga Hervés A<sup>1</sup>, Yáñez Mesía S<sup>1</sup>, Pardo Vázquez J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Hospital Teresa Herrera.*

### OBJETIVOS

Describir si existe un cambio en las características de los pacientes que ingresan en un hospital de tercer nivel antes, durante y después de la pandemia por COVID-19.

### MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se comparan las características de los pacientes que ingresan en las Unidades de lactantes y escolares de un hospital de tercer nivel durante 3 períodos. Se considera primer periodo el año anterior al inicio de la pandemia, segundo periodo los 12 meses en los cuales se instauran medidas estrictas (marzo de 2020 a febrero de 2021), y tercer periodo el año siguiente. Como variables se incluyeron: edad, motivo de ingreso, número de ingresos y estación del año.

### RESULTADOS

El número de ingresos de menores de 2 años durante la pandemia disminuye prácticamente a la mitad comparado con el primer periodo. En cuanto al motivo de ingreso, en el primer periodo destacan causas infecciosas, especialmente cuadros respiratorios. En el segundo periodo predominan causas no infecciosas como infección de tracto urinario, convulsiones y debut de diabetes mellitus tipo 1. Una de las cinco causas más frecuentes de ingreso en este periodo fue el dolor abdominal no específico. En el tercer periodo se aprecia un aumento de ingresos por infecciones respiratorias. El resto de patologías no infecciosas se mantiene estable en valores absolutos similares a lo largo de los periodos descritos.

### CONCLUSIONES

Durante el periodo de pandemia (marzo de 2020 a febrero de 2021) se redujeron el número de ingresos en la planta de hospitalización de nuestro centro prácticamente a la mitad, destacando además un predominio de enfermedades no infecciosas. Este periodo estuvo marcado por medidas higiénicas y distanciamiento social, medidas que parecen tener influencia para la prevención de enfermedades infecciosas, especialmente respiratorias.

### BIBLIOGRAFÍA

Haomin Li, PhD<sup>1</sup>, Gang Yu, MSc<sup>1</sup>, Huilong Duan, PhD<sup>2</sup>, Junfen Fu, MD<sup>1</sup>, and Qiang Shu, MD<sup>1</sup>. Changes in Children's Healthcare Visits During Coronavirus Disease-2019 Pandemic in Hangzhou, China. *J Pediatr* 2020;224:146-9. Jonathan H. Pelletier, MD; Jaskaran Rakkar, MD; Alicia K. Au, MD, MS; Dana Fuhrman, DO, MS; Robert S. B. Clark, MD; Christopher M. Horvat, MD, MHA. Trends in US Pediatric Hospital Admissions in 2020 Compared With the Decade Before the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*. 2021;4(2). Y. Marou et al. The Impact of Coronavirus disease 2019 Pandemic on Pediatric Hospitalization in Kitami, Japan. *Pediatrics International* (2022) 64. Meltem Akcaboy, MD, Harun Terin, MD, Saliha Senel, MD. Changes in hospitalization in children during COVID-19 pandemic quarantine in a single center in Turkey. *Journal of Pediatrics*, Th. 2021. 231:296-297.

## **C-15. INFLUENCIA DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LA INCIDENCIA DE PUBERTAD PRECOZ**

Castro Velado A<sup>\*1</sup>, Amaro Castro R<sup>1</sup>, Espinosa Pereiro C<sup>1</sup>, Rey Cordo C<sup>1</sup>, Chamorro Martín J<sup>1</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.

### **OBJETIVOS**

La pandemia COVID-19 podría haber provocado un aumento de derivaciones a Endocrinología pediátrica por sospecha de pubertad precoz (PP) y adelantada (PA). La PP se describe como la aparición de caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años en mujeres y 9 en varones. La PA es aquella que se inicia entre los 8 y los 9 años en niñas y entre los 9 y 10 en niños. Nuestro objetivo principal es comprobar si efectivamente la pandemia ha influido en el momento de inicio de la pubertad.

### **MÉTODOS**

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de las niñas menores de 9 años derivadas desde atención primaria, por sospecha de pubertad precoz o adelantada, al servicio de endocrinología de un hospital de tercer nivel. Para ello se recogieron las consultas por este motivo entre marzo de 2019 y marzo de 2022.

### **RESULTADOS**

Tras el análisis, se constató el claro aumento del número de derivaciones a endocrinología infantil por inicio prematuro de la pubertad. En el grupo de pre-pandemia, 34 niñas consultaron por sospecha de pubertad precoz. Desde el inicio de la pandemia hasta marzo de 2022, un total de 104 mujeres consultaron por el mismo motivo. Respecto al número total de consultas en Endocrinología Pediátrica, este motivo se corresponde al 3,2% del total de consultas en el año prepandemia. Este porcentaje aumento hasta el 5,4% postpandemia. Tras el estudio completo en consulta, en el año pre-pandemia 15 niñas fueron diagnosticadas del PP o PA (55,8% del total), ascendiendo con la pandemia al 71,6 % de ellas. No se han observado cambios en la edad media de diagnóstico, alrededor de 7 años, ni en el motivo de consulta más frecuente, que es la telarquia.

### **CONCLUSIONES**

Respaldando nuestra teoría, y de acuerdo con otros estudios publicados en distintos países de nuestro entorno, observamos un aumento en los casos de inicio puberal prematuro, con un incremento de derivaciones y de casos confirmados de pubertad precoz y adelantada. El confinamiento, el cierre de colegios y el distanciamiento social condujeron a menos ejercicio, alimentación menos saludable y periodos mas largos en casa y frente pantallas así como un aumento del estrés y ansiedad en los niños. Esto podría haber afectado por distintos mecanismos al desarrollo puberal. Se necesitan más estudios multicéntricos para confirmar este fenómeno a mayor escala y para correlacionar este aumento con factores patogénicos específicos.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ariza Jiménez AB, Aguilar Gómez-Cárdenas FJ, De la Cámara Moraño C. Likely impact of COVID-19 on referrals to pediatric endocrinology: Increased incidence of precocious puberty in a third level hospital. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English ed.)*. 2022 Aug 1; 69(7):542-544. 2. Stagi S, De Masi S, Bencini E, Paci S, Parpagnoli M, Ricci F, Ciofi D, Azzari C. Increased incidence of precocious and accelerated puberty in females during and after the Italian lockdown for the coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic. *Italian Journal of Pediatrics*; 2020; 46:165. 3. Umano GR, Maddaluno I, Riccio S, Lanzaro F, Antignani R, Giuliano M, Luongo C, Festa A, Miraglia del Giudice E, Grandone A. Central precocious puberty during COVID-19 pandemic and sleep disturbance: an exploratory study. *Italian Journal of Pediatrics*; 2022; 48:60. 4. Verzani M, Bizzarri C, Chioma L, Bottaro G, Pedicelli S, Cappa

M. Impact of COVID-19 pandemic lockdown on early onset of puberty: experience of an Italian tertiary center. Italian Journal of Pediatrics; 2021; 47:52

## **C-16. ENCEFALITIS POSTINFECCIOSA: REVISIÓN DE CASOS**

Ramil Méndez M<sup>\*1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Escolares, Hospital Teresa Herrera Materno Infantil .

### **OBJETIVOS**

- Analizar los casos de encefalitis postinfecciosa ingresados en la planta de hospitalización de nuestro hospital en los últimos 6 años, desglosándolos por sintomatología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico - Comparar nuestros datos con los descritos en la literatura.

### **MÉTODOS**

-Fuentes de información: historias clínicas- IANUS- Criterios de inclusión: 1- Pacientes con diagnóstico al alta de: encefalitis postinfecciosa, meningoencefalitis postinfecciosa, encefalomiелitis aguda diseminada 2- Ingreso en planta de hospitalización entre el 01/01/2016 y el 31/12/2021- Análisis de resultados: método de agregación de resultados

### **RESULTADOS**

Se revisaron 104 historias clínicas correspondientes con casos de meningitis, encefalitis y meningoencefalitis de cualquier etiología, 16 de ellas correspondían a encefalitis o meningoencefalitis postinfecciosas (15,3%) De los 16 casos incluidos, el 56% eran niñas, 44% niños y la edad media 6,4 años. En 14 de ellos se identificó un cuadro infeccioso en los 15 días previos. Los síntomas neurológicos más frecuentes en nuestra serie fueron las alteraciones de la marcha en 12 pacientes (75%) y del lenguaje y los pares craneales (principalmente del séptimo par) en 6 (37,5%). En cuanto a las pruebas complementarias, en el estudio de LCR los virus neurotrópicos, cultivo y bandas oligoclonales fueron negativos en todos ellos. Se realizó RM de SNC en 10 pacientes (62,5%), siendo patológica en 7 de ellos (70%). En cuanto al tratamiento el 50% recibió bolos de corticoides mientras el 50% restante no recibió tratamiento. Finalmente, 12 de los 16 pacientes presentaron una recuperación completa. De los 4 restantes, 2 tuvieron una recaída, en uno se perdió el seguimiento y otro presenta secuelas visuales.

### **CONCLUSIONES**

1- La encefalitis postinfecciosa es una enfermedad desmielinizante del SNC que sucede generalmente en niños entre 3 y 7 años tras una enfermedad febril previa o una inmunización. 2- El diagnóstico se basa en la clínica, en el antecedente de un cuadro infeccioso o una inmunización y la aparición de clínica neurológica tras un periodo de aproximadamente 3-4 días. 3- La RM de SNC, el análisis del LCR y el estudio de anticuerpos antineuronales son necesarios en todos los niños con sospecha de encefalitis postinfecciosa. 4- El tratamiento no está totalmente establecido. En nuestra serie se utilizó principalmente la corticoterapia, pudiendo ser también útiles las inmunoglobulinas y la plasmaféresis. La evolución suele ser excelente, presentando una recuperación completa la mayor parte de los pacientes.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Lotze T, Chadwick D. Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM) in children: Treatment and prognosis. Uptodate 2020- Lotze T, Chadwick D. Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM) in children: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. Uptodate 2020- Tenenbaum S, Chamois N, Fejerman N. Acute disseminated encephalomyelitis: a long-term follow-up study of 84 pediatric patients. Neurology 2002; 59:1224

## **C-17. CONSUMO DE TÓXICOS DURANTE LA GESTACIÓN, NECESIDAD DE UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR.**

García González M<sup>\*1</sup>, García Gómez P<sup>1</sup>, Crespo Suárez P<sup>2</sup>, Martínez Lorenzo R<sup>2</sup>, Espiño Lorenzo P<sup>2</sup>, Martínez Fernández M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MIR *Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario Pontevedra.* <sup>2</sup>Neonatología, *Complejo Hospitalario Universitario Pontevedra.*

### **OBJETIVOS**

Descripción de la situación actual de neonatos con resultado positivo para tóxicos en nuestro medio.

### **MÉTODOS**

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de neonatos ingresados en nuestro hospital con resultado positivo para tóxicos, desde enero de 2018 hasta junio de 2022.

### **RESULTADOS**

Se estudió un total de 27 neonatos (55% mujeres), 5 de ellos prematuros. La mayoría (19 pacientes) presentaban al menos otro motivo de ingreso distinto al positivo en tóxicos. Los motivos principales para realizar estudio de tóxicos al neonato fueron historia previa de consumo materno (10), mal control del embarazo (8) o declaración materna de consumo (7), sólo en 2 pacientes por clínica neonatal. Los tóxicos más frecuentes fueron cocaína o cannabis, también su combinación fue la más frecuente. En cuanto historia prenatal: 4 fueron embarazos no controlados, 10 parcialmente controlados y 13 con adecuado control. Existencia de distocia social conocida en 19 casos (en 12 embarazadas constaba consumo previo). Se realizó interconsulta a trabajo social y se dio parte a servicio de menores en todos los casos (solo en 2 de ellos se realizó previo al parto). A todos ellos se les realizó test de Finnegan diario para monitorización de posible síndrome de abstinencia: 4 pacientes precisaron tratamiento con morfina (con una media de 29 días de tratamiento, iniciándose en todos ellos en 2º día de vida). A 18 pacientes se les realizó ecografía abdominal (normales) y transfontanelar (1 hemorragia frontal izquierda, 1 quistes subependimarios bilaterales). El tiempo de ingreso de media fue de 19 días, siendo el mínimo de 6 días y el máximo de 2 meses (prematuro de 28+5 semanas). La resolución de menores dictaminó que la custodia del neonato no fuera de sus padres en el 81,5%. En historia clínica electrónica constan: 2 pacientes TEA, 4 pacientes retraso psicomotor, 1 paciente retraso lenguaje, 1 paciente TDAH y 1 paciente CIR sin recuperación ponderal.

### **CONCLUSIONES**

-El consumo de tóxicos en gestantes es considerado maltrato prenatal.-La exposición a tóxicos en periodo fetal y neonatal puede desencadenar síndrome de abstinencia neonatal, o repercutir en el adecuado crecimiento neonatal y posterior desarrollo del niño. -La valoración psicosocial prenatal y la creación de protocolos o circuitos especializados en embarazos con riesgo de distocia social, podría beneficiar al neonato y su familia.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1.- Solís Sánchez G, Solís Sánchez JL, Díaz González T. Exposición prenatal a drogas y efectos en el neonato. *Trastornos Adictivos.* 2001;3(4):256-262.- González-Colmenero E, Concheiro-Guisán A, Lorenzo-Martínez M, et al. Drug testing in biological samples vs. maternal surveys for the detection of substance use during whole pregnancy. *J Addict Dis.* 2021;39(2):175-1823.- Alabart Calvó M, Altuna Laiseca I, Arroyo Mercadé S, et al. Actualización del protocolo de coordinación de actuaciones para la prevención y abordaje del maltrato prenatal. *Col·lecció Eines.* 2016;9-24

## C-18. LESIÓN CUTÁNEA ASOCIADA A LA HUMEDAD EN NEONATOS

Barral Aguin M<sup>1</sup>, Varela González R<sup>1</sup>, Ponce Narváez E\*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Enfermería pediátrica, Hospital Álvaro Cunqueiro.

### OBJETIVOS

Objetivo general:-Diseñar un protocolo de valoración de las dermatitis asociadas a incontinencia (DAI) en los pacientes ingresados en la UCI-Neonatal (UCI-N).Objetivos específicos:-Establecer un nuevo registro de valoración de las DAI en el programa utilizado en la UCI-N.-Facilitar un protocolo de actuación según el grado de evolución de las DAI en neonatos.-Conocer la opinión del personal de enfermería de la UCI-N en cuanto a la evaluación, tratamiento y registro actual de las DAI en la unidad; y la necesidad de implantar un protocolo.

### MÉTODOS

Estudio cualitativo descriptivo en el que planteamos un protocolo de valoración, tratamiento y registro de las DAI en la UCI-N a través de la “Escala de evaluación clínica del grado de dermatitis del pañal”. Previamente, realizamos una búsqueda bibliográfica que comparamos con nuestra propia experiencia en la unidad. Además, evaluamos la opinión y necesidades del personal de enfermería de dicha unidad a través de un cuestionario propio con 6 preguntas cerradas valoradas mediante una escala Likert del 1-5. Dichos cuestionarios se entregaron presencialmente en la UCI-N por los investigadores de este proyecto. Se respondieron de forma anónima.

### RESULTADOS

De la plantilla de enfermeras trabajando actualmente en la UCI-N (28) obtuvimos una muestra de cuestionarios del 60%.Todas ellas (100%) afirmaron conocer la diferenciación entre DAI y úlceras por presión; así como ver necesaria la utilización de un protocolo dentro de la unidad en cuanto a su valoración y tratamiento.Un 75% de la muestra no sabría decir o cree que no se realiza un adecuado registro sobre este tipo de lesiones. Un 81% del personal cree que sería eficaz la utilización de la “Escala de evaluación clínica del grado de dermatitis del pañal” para un correcto manejo de este tipo de lesiones.

### CONCLUSIONES

En la actualidad, existe escasa evidencia sobre lesiones por DAI en pacientes neonatales hospitalizados, por lo que es necesario más estudios sobre el tema.Además, es importante realizar una correcta valoración, prevención y actuación; siendo necesario así implantar un protocolo en la UCI-N con un registro adecuado, objetivo y fácil de interpretar. El 100% de las enfermeras de la unidad ven necesario implantarlo. El uso de una escala validada facilitaría el seguimiento de la evolución de la lesión y conseguir así tratamientos más efectivos. De esta forma, mejoraríamos la atención integral en el neonato y prevendríamos diferentes lesiones. Con ello se conseguiría disminuir los costes sanitarios asociados.

### BIBLIOGRAFÍA

\*Rumbo Prieto, J. M., Arantón Areosa, L., López de los Reyes, R., Vives Rodríguez, E., Palomar Llatas, F., & Cortizas Rey, J. S. (2015). Valoración y manejo integral de las lesiones cutáneas asociadas a la humedad (lescah): revisión de consenso. *Enfermería Dermatológica*, 9(25), 17-30.\*Escala e-NSRAS. Autor: Dr Pablo García-Molina P. 2015. Adaptada de la original. Huffines & Logdons. 1997.\*Real López, L., Diez Estébanez, M., Serrano Hernantes, M., Iglesia García, E. D. L., Blasco Romero, I., Capa Santamaría, S., & Santamaría González, M. (2017). Prevalencia de úlceras por presión y lesiones cutáneas asociadas a la humedad en el Hospital Universitario de Burgos. *Gerokomos*, 28(2), 103-108.\*Torra-Bou, J. E., Pérez-Acevedo, G., Bosch-Alcaraz, A., García-Fernández, F. P., Sarabia-Lavin, R., Soldevilla-Agreda, J. J., & Verdú-Soriano, J. (2020). Incidencia

de lesiones por presión en unidades de cuidados intensivos pediátricas y neonatales: revisión sistemática (2000-2016). Gerokomos, 31(3), 180-192.

## **C-19. MANEJO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA PEDIÁTRICA EN GALICIA.**

Lugo Adán E<sup>\*1</sup>, Otero Pérez L<sup>1</sup>, Ares Álvarez J<sup>2</sup>, Couceiro Gianzo JA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría., Complejo hospitalario universitario de Pontevedra.. <sup>2</sup>Pediatría, Centro de salud Virxe Peregrina .

### **OBJETIVOS**

Introducción: La infección del tracto urinario (ITU) es una de las infecciones bacterianas más frecuentes en la infancia, predominando en los dos primeros años de vida. El cuadro de presentación puede ser desde la clásica clínica miccional o totalmente inespecífico, por lo que debemos tener un alto índice de sospecha. Un adecuado manejo desde atención primaria (AP) es fundamental para evitar complicaciones. Objetivo: Describir el manejo diagnóstico y terapéutico de las ITU en población pediátrica en el ámbito de AP y su adecuación a los consensos actuales.

### **MÉTODOS**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico, de ámbito autonómico, sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico de la ITU pediátrica desde AP. La población diana fueron pacientes entre 0-15 años con sospecha o diagnóstico confirmado de ITU atendidos por pediatras de los centros de salud participantes. El periodo de estudio fue de 2 años. Se estudiaron las variables: edad, sexo, factores de riesgo, clínica, pruebas diagnósticas, agente etiológico, antibiograma, profilaxis antibiótica, necesidad de derivación y evolución.

### **RESULTADOS**

La muestra se compone de 149 pacientes con ITU. El 76% fueron niñas y el grupo de edad más prevalente 0-23 meses (47%). El factor de riesgo más frecuente fue presentar alguna ITU previa. El tiempo de evolución de síntomas hasta diagnóstico fue menor a 24 horas en un 45% de los casos. Respecto a pruebas diagnósticas (PD), el urocultivo se realizó en el 73% de las muestras, siendo la forma de recogida: bolsa (19), sondaje (30), al vuelo (no continente) (6), chorro medio (continente) (54). Se confirmó ITU en urocultivo en el 81% de los casos. El uropatógeno más prevalente fue E. coli, y el tratamiento empírico se inició en el 61% de los casos ante la sospecha de ITU, empleándose con mayor frecuencia cefalosporinas de tercera generación. El 7.4% precisaron ingreso, siendo en el 81% la edad el motivo del mismo. En la mayoría no se inició profilaxis antibiótica tras ITU y solo el 8% precisaron derivación a consulta especializada. La gran mayoría (96%) evolucionaron favorablemente.

### **CONCLUSIONES**

Un diagnóstico oportuno, un tratamiento adecuado y un seguimiento estrecho desde AP es fundamental para evitar complicaciones. Los resultados obtenidos nos sugieren que hay margen de mejora en el uso de las PD y el tratamiento en cuanto a elección de antibiótico empírico, duración y suspensión del mismo.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Infección del Tracto Urinario en la Población Pediátrica. Guía de Práctica Clínica sobre Infección del Tracto Urinario en la Población Pediátrica. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2011. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS No 2009/01.2. Suárez Rodríguez MA, García Vera C. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación

Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Bacteriuriaasintomática. Disponible en: <http://www.aepap.org/grupos/grupo-depatologia-infecciosa>.<sup>3</sup>. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary tract infection in children: diagnosis, treatment and long-term management. London: RCOG Press; 2007.

## **C-20. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE DISTINTAS PAUTAS DE SEDOANALGESIA EMPLEADAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DURANTE LA REDUCCIÓN DE FRACTURAS**

González Cabaleiro I<sup>1</sup>, Arosa Sineiro C<sup>\*1</sup>, Novoa Carballal R<sup>2</sup>, Concheiro Guisán A<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>Urgencias pediátricas, Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>3</sup>Jefa de Servicio de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.

### **OBJETIVOS**

La reducción de fracturas desplazadas es uno de los procedimientos dolorosos más frecuentes realizados en las urgencias pediátricas. No obstante, existe una gran heterogeneidad intercentros para la elección de la pauta a emplear, lo que puede conllevar infratratamiento y el fracaso de la reducción. Nuestro objetivo principal fue determinar si existían diferencias en cuanto a la eficacia alcanzada con cinco pautas de sedoanalgesia empleadas en nuestro centro.

### **MÉTODOS**

Estudio observacional descriptivo prospectivo incorporando aquellos pacientes sometidos a reducción cerrada por fractura desplazada entre 2020-2022. La pauta se consideraría eficaz cuando: la FC y TA no aumentaban >20%; la escala de Ramsay se mantenía entre 2-3 puntos; la escala de dolor disminuía >3 puntos respecto a la inicial y la satisfacción del paciente y familia era superior al 80% tras el procedimiento.

### **RESULTADOS**

Fueron incluidos 200 pacientes. Solamente 44% alcanzó un nivel óptimo de sedoanalgesia; 10% no recibió ningún fármaco; 45% recibieron pautas en monoterapia (AINEs/fentanilo) y 44% pautas combinadas: fentanilo+midazolam intranasal (IN) o fentanilo+NO IN. La combinación de fentanilo+midazolam IN resultó la más efectiva durante la reducción produciendo una disminución significativa de la FC (20%), TA (10%) y de las escalas de dolor en 5 puntos, con una tasa de satisfacción del 97% ( $p < 0,05$ ) suponiendo un factor asociado a alcanzar un nivel óptimo de sedoanalgesia al someterla a un análisis multivariable (OR: 0,646; CI95% (0,321-0,985),  $p = 0,001$ ). Una mayor puntuación en la escala de dolor y deformidad evidente a su llegada, se muestran como factores predisponentes a un mayor uso de terapias combinadas y por tanto mejor control sedoanalgésico. El éxito de la reducción cerrada fue alcanzado en un 82%, con una tasa de fracaso al mes por mala consolidación del 8%. La media de tiempo transcurrida entre la administración de la sedoanalgesia y la reducción fue de 46 minutos. Un tiempo prolongado hasta la reducción se manifiesta como factor de riesgo para no alcanzar un nivel óptimo de sedoanalgesia (OR: 2,646; CI95% (2,001-3,455),  $p = 0,02$ ). Además, el subgrupo de edad con mayor tasa de fracaso y menor cobertura sedoanalgésica fueron los menores de 4 años (RR: 1,91; CI95% (1,384-2,642),  $p = 0,014$ ) debido a la reticencia de uso de opiáceos en este subgrupo.

### **CONCLUSIONES**

El proceso de reducción implica un elevado nivel de dolor y ansiedad que requiere una sedoanalgesia adecuada para su control. La combinación de fentanilo+midazolam IN fue la más eficaz, obteniendo un alto nivel de satisfacción de pacientes y familiares, con escasos efectos secundarios y obteniendo un adecuado nivel sedoanalgésico frente a las otras alternativas estudiadas.

## BIBLIOGRAFÍA

1.Graudins A, Meek R, Egerton-Warburton D, Oakley E, Seith R. The PICHFORK (Pain in Children Fentanyl or Ketamine) trial: a randomized controlled trial comparing intranasal ketamine and fentanyl for the relief of moderate to severe pain in children with limb injuries. *Ann Emerg Med* 2015;65:248-54.2.Hoeffe J, Doyon Trottier E, Bailey B, Shellshear D, Lagacé M, Sutter C, et al. Intranasal fentanyl and inhaled nitrous oxide for fracture reduction: The FAN observational study. *Am J Emerg Med*. 2017 35(5):710–5.3.Nemeth M, Jacobsen N, Bantel C, Fielner M, Sümpelmann R, Eich C. Intranasal analgesia and sedation in pediatric emergency care—A prospective observational study on the implementation of an institutional protocol in a tertiary children's hospital. *Pediatr Emerg Care* 2019: 35(2):89–954.Mudd S. Intranasal fentanyl for pain management in children: a systematic review of the literature. *J Pediatr Health Care*. 2011;25: 316–322.

## C-21. MIOCARDITIS AGUDA, ¿AUMENTO DE CASOS TRAS LA APARICIÓN DEL SARS-COV-2?

Otero Pérez L<sup>\*1</sup>, Martínez Álvarez S<sup>2</sup>, Fernández Filgueira M<sup>1</sup>, Herrero Hermida F<sup>1</sup>, García González M<sup>1</sup>, Couceiro Gianzo J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>2</sup>Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

### OBJETIVOS

La miocarditis es una enfermedad poco frecuente en la infancia, principalmente de etiología vírica y generalmente presenta buena evolución. Se ha descrito mayor incidencia de miocarditis y pericarditis en adolescentes/adultos jóvenes tras la vacunación con vacunas ARNm frente a SARS-CoV-2. Este estudio tiene como objetivo conocer la incidencia y los posibles parámetros predictores de gravedad de miocarditis en jóvenes (menores de 21 años) así como su posible relación con la vacunación SARS-CoV-2 en un hospital de segundo nivel.

### MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico-descriptivo observacional, transversal, mediante revisión (prospectiva y retrospectiva) de historias clínicas de los pacientes afectados de miocarditis en un hospital de segundo nivel. La población diana fueron los menores de 21 años diagnosticados de miocarditis (mediante resonancia magnética (RMN) y marcadores de daño miocárdico) en el servicio de pediatría y cardiología entre junio 2021 y enero 2022. Se estudiaron las variables: edad, sexo, agente causal, sintomatología, vacuna administrada, tiempo de ingreso, parámetros analíticos, alteraciones electrocardiográficas, pruebas de imagen y tratamiento. Análisis estadístico realizado con el programa informático SPSS.

### RESULTADOS

En el periodo a estudio fueron diagnosticados 12 pacientes, de los cuales el 91.7% eran varones, edad media de 15.67 años (rango 12-21 años). La manifestación clínica predominante fue el dolor torácico y ninguno presentó roce pericárdico en la exploración. La mayoría (83%) presentaron patrón electrocardiográfico sugestivo de pericarditis, no objetivándose arritmias ventriculares ni fibrilación auricular en ninguno. En un 42% de las miocarditis estudiadas estaba descrito el antecedente de vacunación reciente (en la semana previa) frente a SARS-CoV-2 (tras 2º y 3º dosis). En tres pacientes se objetivó infección viral intercurrente (adenovirus, VEB, SARS-CoV-2). El tiempo medio de ingreso fue de 4 días y ninguno precisó ingreso en unidad de cuidados intensivos. En la RMN cardíaca se objetivó realce miocárdico en cara lateral del ventrículo izquierdo en un 66% de los casos y en el ecocardiograma se detectó fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) deprimida en un caso

(único tratado con terapia neurohormonal). No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas entre los valores de troponina y la presencia de disfunción miocárdica por ecocardiograma/RMN.

## CONCLUSIONES

La miocarditis se presenta principalmente en varones jóvenes. En un porcentaje importante de casos se observa el antecedente de vacunación frente al SARS-CoV-2, la mayoría tras la segunda dosis, concordante con lo revisado en la literatura. La naturaleza de estos cuadros fue leve, con buena respuesta al tratamiento médico y rápida mejoría clínica. No hubo ningún caso de miocarditis fulminante.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Catherine K Allan, David R Fulton. Clinical manifestations and diagnosis of myocarditis in children. In: UpToDate, John K Triedman (Ed), Sheldon L Kaplan (Ed). (Accessed on September, 2022)
2. Catherine K Allan, David R Fulton. Treatment and prognosis of myocarditis in children. In: UpToDate, John K Triedman (Ed), Sheldon L Kaplan (Ed). (Accessed on September, 2022)
3. Ammirati E, Cipriani M, Moro C, Raineri C, Pini D, Sormani P, et al. Clinical presentation and outcome in a contemporary cohort of patients with acute myocarditis: Multicenter Lombardy registry: Multicenter Lombardy registry. *Circulation* [Internet]. 2018;138(11):1088–99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.035319>

## C-22. EL COVID GOLPEA DOS VECES: AFECTACIÓN CARDIOLÓGICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SÍNDROME INFLAMATORIO MULTISISTÉMICO VINCULADO AL SARS-COV2 (SIM-PEDS).

Lores Gonzalez O<sup>\*1</sup>, Quijada Celis C<sup>1</sup>, Fernandez Patiño R<sup>1</sup>, Cantero Rey R<sup>1</sup>, Portugues De La Red M<sup>1</sup>, Mejjide Del Rio F<sup>1</sup>, Concheiro Guisan A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA, HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO.

## OBJETIVOS

El Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico vinculado al SARS-CoV2 (SIM-PedS) tiene una expresividad clínica variable, desde cuadros leves hasta formas graves que incluyen miocarditis o shock. Existen parámetros analíticos relacionados con peor pronóstico, como linfopenia, anemia, trombopenia, elevación de PCR o de marcadores cardíacos. Los hallazgos electrocardiográficos suelen ser inespecíficos. En casos graves, el ecocardiograma puede mostrar disfunción ventricular, alteraciones valvulares o dilatación de arterias coronarias. El manejo se basa en la estabilización inicial (ABCDE), así como un tratamiento inmunomodulador con corticoterapia e inmunoglobulina intravenosa. Los objetivos de este trabajo son conocer las características clínicas y analíticas de pacientes diagnosticados de SIM-PedS, analizar las principales alteraciones ecocardiográficas y el pronóstico a corto/medio plazo.

## MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes afectados de SIM-PedS en un hospital de tercer nivel desde el inicio de la pandemia hasta agosto de 2022.

## RESULTADOS

Se analizaron 6 pacientes, todos escolares con predominio de varones (83,3%). La media de fiebre fue de 5,33 días y los síntomas acompañantes predominantes fueron gastrointestinales (100%), síntomas Kawasaki like con adenopatías, exantema y conjuntivitis (83,3%) y neurológicos (33,3%). Todos presentaban linfopenia, anemia e hipertransaminasemia, y en 5 de ellos (los que precisaron Cuidados Intensivos) se objetivó leucocitosis. La media de PCR, procalcitonina y VSG fue de 185,13

mg/L, 56,95 ng/ml y 78,8 mm/h, respectivamente. Otros hallazgos fueron trombopenia, deshidratación hiponatémica y elevación de fibrinógeno y ferritina. Todos presentaron elevación de NT-proBNP (2900-32000 pg/ml) mientras que la troponina se alteró en aquellos pacientes que desarrollaron shock distributivo (5 de ellos). Las alteraciones electrocardiográficas o en la monitorización fueron inespecíficas en el contexto de pacientes graves. Los hallazgos ecocardiográficos más frecuentes fueron la ectasia de arterias coronarias (3 casos) y la miocarditis (1 caso). Cinco de los niños precisaron ingreso en UCIP, presentando hipotensión arterial y shock distributivo, con evolución favorable tras tratamiento de soporte inotrópico e inmunomodulador.

## CONCLUSIONES

Las manifestaciones clínicas más habituales fueron la fiebre y los síntomas gastrointestinales. Como alteraciones analíticas destacan linfopenia, anemia, hipertransaminasemia y elevación de marcadores inflamatorios. Un 60% de los pacientes tuvo afectación cardíaca. La valoración cardiológica precoz ayuda en el diagnóstico y optimización del tratamiento del paciente. La respuesta al tratamiento de soporte e inmunomodulador es rápida, con resolución completa de los hallazgos. Todos nuestros pacientes se encuentran asintomáticos y sin secuelas en el seguimiento posterior.

## C-23. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE LA GLUCEMIA EN NIÑOS CON CETOACIDOSIS DIABÉTICA INGRESADOS EN UCIP. ANÁLISIS PRELIMINAR DE SU FIABILIDAD Y POSIBLE UTILIDAD.

Martínez Cano L<sup>\*1</sup>, Afonso I<sup>1</sup>, Quintana I<sup>1</sup>, Izquierdo V<sup>1</sup>, González L<sup>1</sup>, Agra C<sup>1</sup>, Rujido S<sup>1</sup>, Rodríguez Núñez A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>, Hospital Clínico Universitario de Santiago. <sup>2</sup>Jefe de Sección de UCIP, Hospital Clínico Universitario de Santiago.

## OBJETIVOS

Comunicar nuestra experiencia con el uso de sensores de glucosa intersticial para la monitorización continua de la glucemia en pacientes en niños con cetoacidosis diabética, centrando el análisis de los datos en su fiabilidad y su posible utilidad clínica.

## MÉTODOS

Estudio descriptivo de las mediciones de glucosa mediante sensor y glucemia capilar en los niños ingresados en nuestra UCIP entre junio y agosto de 2022. Se incluyeron 3 pacientes con un total de 399 mediciones de sensor y 94 de glucemia capilar.

## RESULTADOS

La tendencia de ambas mediciones es similar, aunque con un valor más alto en la glucemia capilar en la mayoría de las mediciones. La diferencia media fue de 33 mg/dl. Las mayores diferencias se observaron cuando había fluctuaciones rápidas en los niveles de glucosa, mientras que cuando los niveles glucémicos eran estables ambas mediciones ofrecían resultados más similares. En estos pacientes la monitorización continua permitió evitar un número considerable de punciones capilares y fue vista por la enfermería como una ayuda para los cuidados.

## CONCLUSIONES

Los medidores convencionales de glucemia capilar son efectivos y fiables, pero tienen el inconveniente de precisar punciones capilares repetidas, además de ofrecer una información relativa sobre la tendencia de cambio de la glucemia. Los sistemas de monitorización de glucosa intersticial ofrecen una información automática y prácticamente continua que incluye una flecha de tendencia, sin necesidad de que enfermería realice una punción capilar. Estos sistemas ya son usados con éxito

para el control ambulatorio de pacientes diabéticos, pero no está establecido su uso en pacientes críticos. Nuestros resultados, aunque sean preliminares, apuntan a que los sensores de glucosa pueden ser una herramienta útil y no invasiva para la monitorización de la glucemia en pacientes críticos y en especial en pacientes diabéticos de diagnóstico reciente y con cetoacidosis.

## **C-24. MEJORAS EN LA EVOLUCIÓN DEL DERRAME PLEURAL PARANEUMONICO RELACIONADAS CON LA ECOGRAFIA PULMONAR SERIADA**

López Villares M<sup>\*1</sup>, Díaz Vizcaya L<sup>1</sup>, Cueto Díaz M<sup>1</sup>, Álvarez Demanuel D<sup>1</sup>, Ortiz Pallarés M<sup>1</sup>, Meijide Del Río F<sup>2</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>Pediatría, .

### **OBJETIVOS**

El derrame pleural paraneumónico aparece en un 30% de las neumonías que precisan hospitalización en pediatría, y entre un 0,5 y 2% evolucionarán a empiema. La identificación y tratamiento precoz del derrame han demostrado ser un factor pronóstico importante para la evolución de estos pacientes. Este trabajo tiene como objetivo analizar la utilidad y beneficios de la introducción de la práctica de ecografía pulmonar seriada en UCIP y planta de hospitalización para el diagnóstico y tratamiento precoz del derrame pleural paraneumónico.

### **MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen los pacientes ingresados en UCIP con diagnóstico de derrame pleural paraneumónico subsidiario de drenaje en los últimos 7 años. Se asigna a los pacientes en 2 grupos según la realización o no de ecografías pulmonares seriadas en la unidad.

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 37 pacientes, 56% varones. La media de edad fue 5 años (rango 1-14 años). La duración media del ingreso fue de 16 días, siendo la estancia media en UCIP de 7 días. El 45 % de los pacientes presentó neumonía izquierda, el 37% derecha y en un 16% bilateral. El tiempo de evolución medio de la fiebre fue de 5 días y el 32% recibió antibioterapia previa al ingreso. Se ha realizado ecografías pulmonares seriadas por pediatras en el 57% de los pacientes, mientras que en el 43% restante el diagnóstico se ha realizado por radiología convencional o ecografía diagnóstica puntual. Con respecto a la realización de ecografías pulmonares seriadas encontramos que disminuye el tiempo desde el diagnóstico hasta la inserción de drenaje (2 vs 3.6 días; p 0,07) y la duración del drenaje (6.2 vs 8.1 días p 0,03). También se observa menor indicación de TC en el grupo de ecografías seriadas (19% vs 71%, p 0,03).

### **CONCLUSIONES**

La ecografía pulmonar seriada realizada por pediatras parece ser de utilidad a la hora de reducir el tiempo hasta la inserción del drenaje, facilita la retirada precoz del mismo y disminuye la necesidad de realización de pruebas complementarias con radiación ionizante en pacientes con derrame pleural paraneumónico. Asimismo, en nuestro estudio se ha encontrado relación entre la realización de ecografías seriadas y una administración más precoz de urokinasa. También en la disminución de los tiempos de ingreso en UCIP y hospitalario, y en la duración de tratamiento antibiótico, aunque estos dos últimos datos deben ser interpretados con cautela por la posible interferencia derivada del empleo de videotoracoscopia precoz, que ha sido mayor en el grupo de ecografías seriadas.

## BIBLIOGRAFÍA

Andrés-Martín, A., Montaner, A. E., Mulet, J. F., García, M. L. G., Murua, J. K., Moreno-Pérez, D., ... & Galdó, A. M. (2020). Documento de consenso sobre la neumonía adquirida en la comunidad en los niños. SENP-SEPAR-SEIP. Archivos de Bronconeumología, 56(11), 725-741. Jain, S., Williams, D. J., Arnold, S. R., Ampofo, K., Bramley, A. M., Reed, C., ... & Finelli, L. (2015). Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among US children. New England Journal of Medicine, 372(9), 835-845. Redden MD, Chin TY, van Driel ML. Surgical versus non-surgical management for pleural empyema. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD010651. DOI: 10.1002/14651858.CD010651.pub2. Accessed 26 September 2022.

## C-25. PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE TÉCNICAS DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL DEL TERCER NIVEL

García Fernández R<sup>\*1</sup>, Varela Pájaro C<sup>1</sup>, Company Arciniegas L<sup>1</sup>, Días-duarte Fonseca H<sup>1</sup>, Urisarri Díaz De Cortázar A<sup>2</sup>, Gil Calvo M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Unidad de Nefrología y Urología pediátrica, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad renal crónica (ERC) es un daño estructural y/o funcional demostrado por datos analíticos, radiológicos o anatomopatológicos, de más de 3 meses de evolución, tenga o no un filtrado glomerular (FG) inferior a 60 ml/min/1.73m<sup>2</sup>. La ERC terminal requiere de un tratamiento renal sustitutivo, de elección el trasplante renal. La hemodiálisis (HD) y la diálisis peritoneal (DP) son alternativas cuando no es posible el trasplante renal anticipado.

### CASOS CLÍNICOS

Primero: síndrome de Denys-Drash. ERCT al año y 4 meses. Nefrectomía bilateral y gonadectomía. Inicia HD en un Hospital fuera de la Comunidad Autónoma. Derivada a nuestro Centro a los 2 años y 8 meses. Pauta de HD: 4 sesiones/semana, de 4 horas de duración. Recibe un total de 133 sesiones. Trasplantada en Agosto/21. Buena función del injerto renal. Segundo: Glomerulosclerosis focal y segmentaria (FSGS), resistente a corticoides e inmusupresores, genética negativa. ERCT a los 10 años y 7 meses. Nefrectomía bilateral en dos tiempos. Inicia tratamiento renal sustitutivo con DP y después con HD en un Hospital fuera de la Comunidad Autónoma. Derivado a nuestro Centro a los 11 años y 10 meses. Pauta de HD: 4 sesiones/semana, de 4 horas de duración. Recibió un total de 68 sesiones. Trasplantado en Abril/21. Recidiva de la enfermedad de base a las 24 horas del trasplante. Se indican sesiones de plasmaféresis, 21 en total. Tercero: Debut de SN a los 13 meses de vida, resistente a corticoides y ciclosporina, FSGS, homocigosis para TNS2. Ingresa a los 16 meses en anasarca, con daño renal agudo oligoanúrico secundario. Evolución tórpida. Preciso hemodiafiltración para control de los edemas. Se desteta con HD. Recibió 19 sesiones. Actualmente, ERC estadio IV sin terapia renal sustitutiva. Cuarto: síndrome nefrótico del primer año de vida, mutación en homocigosis en el gen de la podocina, FSGS. ERCT a los 13 años y 5 meses. Se coloca catéter peritoneal y se realiza entrenamiento para DP manual y automatizada. Inicia DP en domicilio con la pauta: 7 ciclos, 1 hora de permanencia, 1200 ml de infusión, líquido de diálisis de 1.5 gr de dextrosa y 1.25 mmol/ de calcio. Trasplantado en Marzo/21. Buena función del injerto renal.

### DISCUSIÓN

1- La realización de terapia renal sustitutiva en nuestra comunidad autónoma ha permitido la reunificación familiar, al poder asistir al Centro de Diálisis desde su domicilio, y continuar con sus actividades cotidianas. 2- Se ha adquirido experiencia en la realización de estas técnicas en pacientes complejos.

## **C-26. INFLUENCIA EN EL PATRÓN CIRCADIANO DE LA TENSIÓN ARTERIAL PRE Y POST-PUBERAL DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN NIÑOS CON RETRASO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERO.**

González Burgo M<sup>\*1</sup>, Vaqueiro Graña M<sup>2</sup>, Álvarez Expositio N<sup>1</sup>, García Gómez S<sup>1</sup>, Rey Cordo C<sup>1</sup>, Calderón Cruz B<sup>1</sup>, García Martínez E<sup>1</sup>, Romero Santos S<sup>3</sup>, Rodríguez Grandal M<sup>3</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO DE PEDIATRÍA, HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO DE VIGO. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GALICIA SUR. <sup>2</sup>, HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. <sup>3</sup>SERVICIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS., HOSPITAL MEIXOEIRO DE VIGO.

### **OBJETIVOS**

Estudiar si los pacientes con antecedente de Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) tratados con Hormona de Crecimiento Recombinante (rhGH) presentan alteraciones en la función renal y/o en el patrón circadiano de la tensión arterial a lo largo de su desarrollo puberal.

### **MÉTODOS**

Estudio observacional desarrollado entre octubre de 2021 y mayo de 2022 que incluye pacientes entre 6 y 16 años con antecedente de RCIU a tratamiento con rhGH. A todos ellos se les ha efectuado una Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) durante 24 h y un análisis urinario (2ª micción en ayunas) donde se analizaban defectos de concentración urinaria así como presencia de proteinuria.

### **RESULTADOS**

Se analizaron 46 pacientes, de los cuales un 60% eran niños. La mediana de edad fue de 11 años encontrándose un 50% en estadio prepuberal. Los pacientes tuvieron una mediana de tratamiento con rhGH de 5 años (p25: 3.3 años-p75: 7 años) y hasta un 80% había recuperado la talla del nacimiento en el momento de la valoración (se consideró recuperación superar las -2 desviaciones estándar con respecto a edad y sexo). Se detectó hipertensión arterial en un 20% de los casos. No se encontraron diferencias significativas con las medianas de edad gestacional, peso al nacimiento y tiempo de tratamiento con rhGH entre pacientes hipertensos y no hipertensos. Tampoco se halló relación entre sexo, consumo de tabaco durante la gestación o preeclampsia materna. Aquellos pacientes que presentaron hipertensión en la consulta tenían mayor probabilidad de presentar hipertensión en el registro ambulatorio de forma significativa y, los pacientes que iniciaron la pubertad, tenían 5 veces más riesgo de presentar hipertensión ambulatoria. Así mismo, la pérdida del patrón dipping (caída fisiológica de la tensión arterial durante el sueño) se registró de forma más frecuente entre los pacientes que habían comenzado la pubertad (p-valor: 0,015). No se hallaron datos de alteración de la función renal en ningún paciente.

### **CONCLUSIONES**

La pubertad podría marcar el inicio de cambios en el patrón circadiano de la tensión arterial en pacientes con retraso del crecimiento intrauterino y sería recomendable realizar seguimiento más estrecho de la TA a partir de este momento. La administración de hormona de crecimiento no parece tener influencia en el desarrollo de HTA en estos pacientes.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1.Carrillo D, González Celedón C, Ceballos ML, Salas P, Bolte L, Alarcón C, et al. Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial (MAPA): recomendaciones de la rama de nefrología pediátrica. Revista Chilena de Pediatría. 2019 Aug 14;90(4):448.2.Solís A, Cerda J, González C. Monitorización ambulatoria de presión arterial en escolares con antecedente de prematuridad extrema. Rev Chil pediatría. 2018 Feb; 89(1):18-23.3.Goedegebuure WJ, Kerkhof GF, Hokken-Koelega ACS. Glomerular filtration rate, blood pressure and microalbuminuria in adults born SGA: A 5-year longitudinal study after cessation of GH treatment. Clin Endocrinol (Oxf). 2019 Dec 30;91(6):892-

8.4.Zamecznik A, Niewiadomska-Jarosik K, Wosiak A, Justyna Moll J, Stanczyk J. Intra-uterine growth restriction as a risk factor for hypertension in children six to 10 years old: cardiovascular topic. *Cardiovasc J Afr.* 2014 Apr 22;25(2):73-7.5.Vollsaeter M, Halvorsen T, Markestad T, Oymar K, Ueland PM, Meyer, et al. Renal function and blood pressure in 11 year old children born extremely preterm or small for gestational age. Simeoni U, editor. *PLoS One.* 2018 Oct 12;13(10):e0205558.6.Gunay F, Alpay H, Gokce I, Bilgen H. Is late-preterm birth a risk factor for hypertension in childhood. *Eur J Pediatr.* 2014 Jun 29;173(6):751-6.

## **C-27. INTENTOS AUTOLÍTICOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19. CASUÍSTICA EN NUESTRO SERVICIO EN LOS ÚLTIMOS CUATRO AÑOS.**

Sena Herrero L<sup>\*1</sup>, González Paz H<sup>1</sup>, Díaz García C<sup>1</sup>, Bouza Romero A<sup>1</sup>, Ortiz López I<sup>1</sup>, Martín Andrés L<sup>1</sup>, Anegón García M<sup>1</sup>, Junco Plana A<sup>1</sup>, Mourelle Vázquez N<sup>1</sup>, Monner Romero M<sup>1</sup>, Vilanova Gantes L<sup>1</sup>, Prada Tellado M<sup>1</sup>, González Rodríguez L<sup>1</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

### **OBJETIVOS**

En los últimos años se ha registrado un aumento de fenómenos suicidas. Representan un elevado porcentaje de los ingresos urgentes, pasando a ser la segunda causa de muerte en la adolescencia. Presentamos un estudio que pretende conocer la incidencia de ingresos por intentos autolíticos en nuestra área sanitaria, e identificar qué factores pueden estar relacionados, así como estudiar si el incremento de casos percibido en el último año pue-de estar en relación con la situación de pandemia actual por COVID19.

### **MÉTODOS**

Estudio descriptivo retrospectivo que incluye a pacientes hasta los 15 años que requirieron ingreso por intento autolítico y conducta parasuicida desde el año 2018 al 2021. Se recogió información epidemiológica y se realizó el análisis estadístico a través del programa SPSS25.

### **RESULTADOS**

Se reclutaron 45 pacientes (6,7% hombres y 93.3% mujeres) con una media de 13,4 años. Destacan los pacientes con patología psiquiátrica previa (75,6%) como trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, de la conducta alimentaria y, en menor medida, trastornos de personalidad. El marco familiar de los pacientes se determinó como desfavorable en un 82.2% de los casos, definido por núcleo familiar no estable, ausencia de figura paterna, patología psiquiátrica en los progenitores y residencia habitual del menor en un centro tutelado. Los métodos empleados fueron sobreingesta farmacológica (84.4%), siendo el paracetamol el más utilizado (41%), autolesiones (11.1 %) e ingesta de productos químicos (4,4 %), sin intención suicida real (68.9%) y como primer intento (57.8%). Un 93% de los ingresos no implicaron gravedad, y un 6.7% precisaron medidas de soporte respiratorio y hemodinámico. La incidencia acumulada es de 17.203/10.000 habitantes/año en 2018 y 2019, y de 34.72/10.000 habitantes/año en los dos años de pandemia (2020 y 2021).

### **CONCLUSIONES**

Los casos de intentos autolíticos en niños y adolescentes son cada vez más frecuentes. El perfil de mayor riesgo es el de una mujer adolescente con antecedentes psiquiátricos, y un ambiente familiar desfavorable, que realiza una sobreingesta farmacológica por primera vez sin intención suicida real. Este problema parece haberse agravado desde el inicio de la pandemia por COVID-19, con una incidencia significativamente mayor en los dos últimos años frente a los dos años previos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Moñivas Sánchez, S., Miguel Mata, P., Pajares GonzálezGallego, O., García Gil, A., Yagüe Amor, R. and Martín García, C., (2020). Ideación autolítica: Un crecimiento llamativo en nuestras Urgencias. [online] Codem.es. [http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/84c75299-e4e0-480d-8559-940601273047/147c8646-bb57-4e4f-b5f9-fbc0a6606a64/iideaccion\\_autolitica.pdf](http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/7e040f14-0bea-421f-b327-440fe67f3617/84c75299-e4e0-480d-8559-940601273047/147c8646-bb57-4e4f-b5f9-fbc0a6606a64/iideaccion_autolitica.pdf).
- Venceslá Martínez, J. F., & Moraina Elvira, J. A. (2002). Conducta autolítica y parasuicida: Características sociodemográficas en población infantojuvenil de ámbito rural. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352002000400004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000400004)
- Soole, R., Kořlves, K., & De Leo, D. (2015). *Suicide in Children: A Systematic Review*. Taylor & Francis, 19. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13811118.2014.996694>
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., Niamh McManus, M., Borwick, C., & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *PubMed*, 59(11). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32504808/>
- Imran, N., Aamer, I., Imran Sharif, M., Hassan Bodla, Z., & Naveed, S. (2020). Psychological burden of quarantine in children and adolescents: A rapid systematic review and proposed solutions. *PubMed*, 36(5). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32704298/>
- Panda, P. K., Gupta, J., Roy Chowdhury, S., Kumar, R., Kumar Meena, A., Madaan, P., Kumar Sharawat, I., & Gulati, S. (2021, 29 enero). Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PubMed*, 67(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33367907/>

# COMUNICACIONES

## PÓSTER

---

### **P-1. MIOPERICARDITIS POR CAMPYLOBACTER COLI: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Rodríguez Ferreiro A<sup>\*1</sup>, Pardo Cao A<sup>2</sup>, Pardo Vázquez J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital Teresa Herrera. <sup>2</sup>Pediatría, Hospital Teresa Herrera.

#### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

En la mayoría de los pacientes el *Campylobacter* es conocido como causante de cuadros intestinales, pero es importante tener en cuenta que en ocasiones puede causar también otro tipo de manifestaciones entre las que se encuentra la miopericarditis. Esta es un proceso inflamatorio que puede aparecer durante o después de la infección, siendo en la mayoría de los casos asintomática o con resolución espontánea, aunque en un pequeño porcentaje puede suponer graves complicaciones o incluso causar muerte súbita.

#### **CASOS CLÍNICOS**

A continuación se describe el caso de una paciente 13 años y 7 meses con una miopericarditis en contexto de una infección por *Campylobacter Coli*. Esta acude a Urgencias por dolor en hemitórax izquierdo de 24 horas de evolución, opresivo, asociado a disnea, que empeora con los esfuerzos y presentando alivio con la sedestación. Los 3 días previos había iniciado un cuadro de deposiciones líquidas sin productos patológicos, acompañadas de dolor abdominal cólico periumbilical y fiebre de hasta 38.5°C axilar durante las primeras 48 horas. A su llegada a urgencias se realiza un ECG con elevación generalizada del segmento ST y una analítica sanguínea en la que presenta elevación de reactantes de fase aguda, NT-proBNP y troponina I y, dada la sospecha de miopericarditis, se decide ingreso hospitalario y se inicia tratamiento con ibuprofeno. Se recoge además una muestra de heces para coprocultivo donde se aísla *Campylobacter Coli*, por lo que se inicia tratamiento con azitromicina. Evolutivamente presentó episodios de dolor torácico opresivo de baja intensidad y que mejoraban con la sedestación durante las primeras 24 horas con un descenso progresivo de troponina I y otros patrones inflamatorios en controles analíticos seriados hasta su normalización a los 10 días, así como electrocardiogramas seriados con descenso progresivo del segmento ST. Previo al alta se realiza una resonancia cardiaca en la que presenta alteraciones compatibles con miopericarditis. Un mes después tras el alta realiza un control en Consultas Externas de Cardiología Pediátrica presentando un electrocardiograma y ecocardiograma dentro de la normalidad.

#### **DISCUSIÓN**

Este caso nos hace reflexionar acerca de que a pesar de que la miocarditis suele tener origen un vira esto no siempre es así, y en ocasiones se puede relacionar con infecciones bacterianas, como es el caso del *Campylobacter*, lo cual es importante tener en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. M Lahitte, M Rinaudo, L Flynn, E Nannini. DEL INTESTINO AL CORAZÓN: MIOPERICARDITIS SECUNDARIA A *CAMPYLOBACTER JEJUNI*. XIX CONGRESO SADI. San Miguel de Tucumán. 9-11 Mayo 2019. 2. Larry M. Bush, MD, FACP, Charles E. Schmidt. College of Medicine, Florida Atlantic University; Maria T. Vazquez-Pertejo, MD, FACP, Wellington Regional Medical Center. Infecciones por *Campylobacter* y patógenos relacionados. Manual MSD versión para profesionales [Internet].

Última modificación del contenido abr. 2022. Accedido el 21/9/22. 3. J. BURGEI B. FRENCH I. KIM, R. JONES. CAMPYLOBACTER JEJUNI-ASSOCIATED PERICARDITIS CHEST anual meeting. Elsevier. 18-21 Oct 2020. 4. M. Pérez , I. Noreña , C. Ortiz , R. Dairo , H. Millán , G. Sánchez , F. Perea , L. Rincón , S. Rincón , J.A. Naranjo. Miocarditis por gram negativos. Revista Colombiana de Cardiología. Septiembre - Octubre 2020. 27(5.): 434-445

## **P-2. VACUNACIÓN FRENTE A LA COVID-19 EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO, ¿ES SEGURA?**

Alonso Fernández J\*<sup>1</sup>, Fernández Filgueira M<sup>1</sup>, Díaz González L<sup>1</sup>, Herrero Hermida F<sup>1</sup>

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La pericarditis es una entidad frecuente en la edad pediátrica, siendo su principal causa las infecciones virales, seguida de reacciones de hipersensibilidad, procesos autoinmunes y la toxicidad por fármacos. Aunque la vacunación frente a la Covid-19 ha supuesto un antes y un después en la evolución de la pandemia reduciendo drásticamente tanto la mortalidad como los casos graves de enfermedad, el inicio del proceso no estuvo exento de polémica, especialmente en lo referido a la edad pediátrica.

### **CASOS CLÍNICOS**

Varón de 13 años y 6 meses con antecedente de asma y rinitis alérgica sin tratamiento de base. Es remitido desde centro privado al Servicio de Urgencias por sospecha de pericarditis aguda. Refiere dolor centrotorácico opresivo de varias horas de evolución, continuo, no irradiado, no variable con los movimientos y con escasa respuesta a analgesia. Radiografía de tórax normal, ECG con discreta elevación del ST en cara anterolateral y aumento de troponina T (306 pg/mL) y CK-MB (CK-MB 20.2 ng/mL) en analítica sanguínea. No había presentado clínica infecciosa en los días previos pero comentan haber recibido la segunda dosis de vacuna frente a la Covid-19 cuatro días antes. Exploración física y constantes normales. El registro electrocardiográfico al ingreso (imagen 1) muestra un ritmo sinusal con PR isoelectrico y mínima elevación de S-T en DII-DIII y avF. Aumento de troponina (2882 ng/L) en control analítico a las 12h, sin cambios clínicos ni electrocardiográficos. Se inicia tratamiento con ibuprofeno y reposo y se completa estudio con ecocardiografía que muestra mínimo derrame pericárdico (<5mm) como única alteración, PCR de virus respiratorios y serologías negativas. Se mantiene clínicamente estable durante el ingreso con normalización de las cifras de troponina al 3º día y sin apreciarse cambios en los controles ecocardiográficos. Ante la ausencia de confirmación microbiológica se considera el diagnóstico de pericarditis secundaria a la vacunación, siendo declarado a las instituciones oportunas. Finalmente el paciente es dado de alta a domicilio no presentando incidencias en el seguimiento posterior.

### **DISCUSIÓN**

-Pese a que los casos de miopericarditis leve secundarios a la vacunación frente a la Covid-19 han sido reportados con cierta frecuencia, la tasa de aparición de esta complicación en la población pediátrica general es baja.-La recomendación de las instituciones sigue siendo la vacunación en todos los grupos de edad.-Es nuestro deber como profesionales sanitarios conocer la existencia de estos procesos para realizar un diagnóstico y manejo tempranos.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- <https://www.aemps.gob.es/informa/notas-informativas/medicamentos-uso-humano-3/seguridad-1/2021-seguridad-1/actualizacion-sobre-el-riesgo-de-miocarditis-y-pericarditis-con-las-vacunas-de-arm-frente-a-la-covid-19/>- <https://vacunas.aep.org/profesionales/noticias/covid-19-vacunas-10-informe-farmacovigilancia-AEMPS-https://www.ema.europa.eu/en/news/meeting-highlights-pharmacovigilance-risk-assessment-committee-prac-29-november-2-december-2021->

<https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/covid-19-vacunasARNm-miocarditis-EMA-2021-12-03->  
<https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/spikevax-primeros-datos-ninos-6-a-11anos-y-novedades-de-seguridad>

### **P-3. COEXISTENCIA DE DOS MECANISMOS ARRITMOGÉNICOS: FLUTTER AURICULAR FETAL Y TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR**

García Gómez P<sup>\*1</sup>, Fernández Filgueira M<sup>1</sup>, Herrero Hermida F<sup>1</sup>, Díaz González L<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

#### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La mayoría de las arritmias fetales son hallazgos aislados evidenciados hasta en el 2% de las gestaciones. En ocasiones se asocian a cardiopatía estructural y pueden, potencialmente, comprometer la salud del feto. Entre ellas destacan la taquicardia sinusal, la taquicardia supraventricular (TSV) y el flutter auricular.

#### **CASOS CLÍNICOS**

Se presenta el caso de una gestación, controlada y sin incidencias hasta la semana 40+2, momento en el que se objetiva taquicardia fetal con datos de repercusión (hidrops), por lo que se indica cesárea urgente. Nace un recién nacido, buen llanto y vitalidad (Apgar 9/9). En la exploración al nacimiento destaca la presencia de ascitis con fóvea, sin otros hallazgos. Se monitoriza, evidenciando en ese momento ritmo sinusal a 150 lpm, sin alteraciones en la conducción. En una primera valoración cardiológica se objetiva dilatación auricular con función ventricular normal sin derrame pericárdico ni cardiopatía estructural asociada. La ascitis no causaba compromiso clínico por lo que no precisó drenaje. A las 5 horas de vida inicia taquiarritmia a 350 lpm, ondas F con conducción variable 2/3:1 con buena tolerancia hemodinámica que revierte espontáneamente a ritmo sinusal sin precisar conversión eléctrica. Posteriormente inicia clínica de dificultad respiratoria; en este contexto se inicia tratamiento antiarrítmico con digoxina y sintomático con furosemida. A las 36 horas de vida presenta episodio de taquicardia a 220 lpm con QRS estrechos no precedidos de ondas P, bien tolerado clínica y hemodinámicamente pero con respuesta errática a maniobras vagales/adenosina, con reversión espontánea a ritmo sinusal. En los días siguientes, desarrolla episodios recurrentes de TSV autolimitados, iniciándose tratamiento farmacológico con flecainida y propranolol. Tras 26 días de ingreso, es dado de alta con tratamiento antiarrítmico de mantenimiento, sin presentar en el seguimiento posterior nuevas recurrencias, por lo que a los 20 meses de vida fue retirada la medicación. A día de hoy se mantiene asintomático sin tratamiento y recibe seguimiento en consultas de Cardiología Infantil.

#### **DISCUSIÓN**

El flutter auricular fetal es una arritmia poco frecuente, con buen pronóstico a largo plazo, de aparición en el último trimestre de gestación, que no implica la presencia de cardiopatía estructural. Para restaurar el ritmo sinusal lo más efectivo es la cardioversión eléctrica, aunque en algunos casos se produce resolución espontánea. Hasta en un 20% de los casos, el flutter puede asociar arritmias adicionales que requieran temporalmente tratamiento farmacológico.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

Batra AS, Balaji S. Fetal arrhythmias: Diagnosis and management. *Indian Pacing Electrophysiol J.* 2019 May-Jun;19(3):104-109. Wacker-Gussmann A, Strasburger JF, Srinivasan S, Cuneo BF, Lutter W, Wakai RT. Fetal Atrial Flutter: Electrophysiology and Associations With Rhythms Involving an Accessory Pathway. *J Am Heart Assoc.* 2016 Jun 14;5(6):e003673. Bravo-Valenzuela NJ, Rocha LA, Machado Nardoza LM, Araujo Júnior E. Fetal cardiac arrhythmias: Current evidence. *Ann Pediatr Cardiol.* 2018 May-Aug;11(2):148-163. doi: 10.4103/apc.APC\_134\_17. Erratum in: *Ann Pediatr*

Cardiol. 2018 Sep-Dec;11(3):332. Dubin AM. Management of supraventricular tachycardia (SVT) in children. En: Triedman JK, ed. UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate, 2022. Kanter RJ. Atrial tachyarrhythmias in children. En: Triedman JK, ed. UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate, 2022.

#### **P-4. SÍNDROME DE LA CIMITARRA INFANTIL**

Rumbo Vidal A<sup>\*1</sup>, Gallego Vázquez S<sup>1</sup>, Gonzalo Costales P<sup>1</sup>, Rubinos Galende L<sup>1</sup>, Varela Alonso D<sup>1</sup>, Alonso Gago P<sup>1</sup>, López Conde I<sup>1</sup>, Rodríguez De La Riva P<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Hospital Lucus Augusti.*

#### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El síndrome de la cimitarra es una malformación congénita compleja que consiste en un drenaje venoso pulmonar anómalo (DVPA), que suele asociar hipoplasia pulmonar ipsilateral, dextrocardia, defectos septales y anomalías en la vascularización arterial. Estas malformaciones asociadas parecen demostrar una alteración en la génesis pulmonar durante el periodo embrionario. La forma infantil (< 1 año) suele tener peor pronóstico y síntomas más severos, debutando como insuficiencia cardíaca, cianosis, infecciones respiratorias recurrentes y/o fallo de medro. La hipertensión pulmonar suele ser rara, pero es el factor pronóstico más importante. El diagnóstico se hará en base a las pruebas de imagen, donde se apreciará de forma característica el drenaje anómalo en forma de sable curvo o cimitarra.

#### **CASOS CLÍNICOS**

Paciente de cuatro meses sin antecedentes perinatales de interés. Acude al servicio de urgencias a los dos meses de vida por cuadro respiratorio infeccioso afebril. Refieren clínica catarral consistente en tos y rinorrea en los días previos, motivo por el que fue valorado en varias ocasiones. El día del ingreso acuden por empeoramiento clínico de la dificultad respiratoria y rechazo parcial de las tomas, destacando a la exploración tiraje a tres niveles. Se realiza despistaje infeccioso con analítica, gasometría y radiografía de tórax, en la que se aprecia componente atelectásico en pulmón derecho con lateralización de estructuras mediastínicas hacia la derecha, por lo que se decide ingreso en UCI. Durante su estancia se inicia soporte respiratorio con oxigenoterapia y antibioterapia intravenosa. Se amplían estudios de imagen realizándose TAC con contraste y ecocardiograma, donde se aprecia hipoplasia de arteria pulmonar derecha con estenosis de la arteria pulmonar izquierda. Ante los hallazgos descritos, se amplía el estudio de imagen realizando ecocardiografía en el centro de referencia, confirmándose hallazgos previos y diagnosticándose finalmente de Síndrome de la Cimitarra (DVPA derecho a vena cava inferior) con comunicaciones interventriculares musculares múltiples (septo mal compactado), hipodesarrollo pulmonar derecho con desplazamiento secundario ipsilateral de mediastino y hernia diafragmática derecha.

#### **DISCUSIÓN**

El síndrome de la cimitarra es un defecto congénito raro con una prevalencia que se estima en 1-3 casos por cada 100.000 habitantes. Afectación mayoritaria del pulmón derecho, con clara prevalencia en el sexo femenino. Las pruebas de imagen confirman el diagnóstico, demostrando el drenaje venoso anómalo característico y las posibles malformaciones asociadas. El tratamiento será conservador en los casos asintomáticos, y se recurrirá a la cirugía en aquellos que debuten con clínica importante.

## **P-5. DOLOR ABDOMINAL AGUDO, ¿DEBEMOS AMPLIAR SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ÉPOCA COVID?**

Mourelle Vázquez N\*<sup>1</sup>, Vilanova Gantes L<sup>1</sup>, Diaz García C<sup>1</sup>, Nóvoa Illanes A<sup>2</sup>, Sarmiento Carrera N<sup>2</sup>, Fernández Cebrián S<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario Ourense.* <sup>2</sup>*UCI pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario Ourense.* <sup>3</sup>*Gastroenterología pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario Ourense.*

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El Síndrome Inflamatorio Multisistémico Pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 (SIM-PedS) se caracteriza por un estado de hiperinflamación sistémica con afectación multiorgánica. Engloba un amplio espectro de manifestaciones clínicas con 3 patrones fundamentales: fiebre y dolor abdominal; miocarditis aguda y cuadro Kawasaki-like. El diagnóstico es clínico y el tratamiento de soporte, con monitorización cardiovascular estrecha.

### **CASOS CLÍNICOS**

Paciente de 10 años con cuadro febril de 5 días de evolución, malestar general, vómitos e hiperemia conjuntival. Empeoramiento clínico brusco con dolor abdominal en ambas fosas ilíacas con signos de irritación peritoneal e inestabilidad hemodinámica con hipotensión. En analítica presenta pancitopenia, hipertransaminasemia y elevación de reactantes de fase aguda y de marcadores cardíacos. Ante la sospecha clínica de abdomen agudo quirúrgico se solicitan ecografía y TC abdominal objetivando datos de hipoperfusión digestiva, ileítis terminal y edema mural de vesícula. Se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos con monitorización cardiovascular estrecha, precisando soporte inotrópico y oxigenoterapia de alto flujo. Descartado abdomen quirúrgico agudo y ante el antecedente de infección paucisintomática de SARS-CoV-2 el mes previo se inicia corticoterapia intravenosa (iv), gammaglobulina iv y cefotaxima iv con la sospecha diagnóstica de SIMS-PedS. Ecocardiograma con datos de miocarditis con disfunción sistólica derecha e insuficiencia mitral y tricuspídea leves. Adecuada evolución clínica, mejoría progresiva de la exploración abdominal, parámetros hemodinámicos y analíticos, retirando el soporte inotrópico a los 5 días. Estudios microbiológicos negativos. Al alta normalización de función cardíaca y adecuada tolerancia oral.

### **DISCUSIÓN**

Ante la elevada prevalencia de la infección por SARS-CoV-2 debemos tener una alta sospecha clínica y considerar el diagnóstico de SIMS-PedS en el paciente con dolor abdominal agudo. Se debe hacer una monitorización cardíaca estrecha en el momento agudo, así como un seguimiento cardiológico posterior. La instauración precoz del tratamiento de soporte e inmunomodulador es fundamental para el pronóstico a largo plazo.

### **BIBLIOGRAFÍA**

-García-Salidoa Alberto, Antón Jordi, Martínez-Pajares José David et al. Documento español de consenso sobre diagnóstico, estabilización y tratamiento del síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2(SIM-PedS). *Anales de Pediatría* 94 (2021) 116.e1-116.e11-  
Fernández Díaz Eva, Izquierdi Blasco Jaume, Gómez Serrano María, et al. Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la miocarditis aguda en pediatría. *Hospital Universitari Vall d'Hebron* (2017).- Son Mary Beth, Friedman Kevin. COVID-19: Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) management and outcome. *UpToDate* (2022)

## **P-6. ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA: UN HALLAZGO INESPERADO EN NUESTRO MUNDO PEDIÁTRICO.**

Amaro Castro R<sup>\*1</sup>, Koukoulis Lorenzo N<sup>1</sup>, Mejide Del Río F<sup>1</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV) en edad pediátrica es poco frecuente en comparación con la población adulta, siendo los menores de un año y los adolescentes los de mayor riesgo. En el 98% de los casos se encuentra, al menos, un factor de riesgo, siendo los más relevantes la presencia de vía venosa central (33% de los casos), trastornos hereditarios de la coagulación (10-59%), traumatismos, cirugías previas, procesos neoplásicos o tratamiento con anticonceptivos orales.

### **CASOS CLÍNICOS**

Se presenta un paciente varón de 14 años sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor, inflamación y aumento de la temperatura en parte distal de la pierna derecha de 3 días de evolución. Al ingreso es valorado por cirugía vascular, que realiza Eco-doppler y diagnostica de trombosis de vena femoral común derecha. Se consensúa iniciar bomba de heparina no fraccionada (HNF) y medias de compresión. Se realiza angio-TAC abdominal y, ante el hallazgo de trombosis venosa profunda íleo femoral derecha, se decide realización de trombolisis intraquirúrgica por parte de Radiología intervencionista a través de abordaje poplíteo. Posteriormente se inicia perfusión de urokinasa previa suspensión de heparina. Cinco horas después de la intervención inicia disnea, opresión torácica, hipotensión y desaturación de hasta el 60%, así como elevación de dímero D. Se confirma mediante angio-TAC la sospecha de tromboembolismo pulmonar en arterias pulmonares segmentarias del lóbulo superior izquierdo e inferior derecho. Ante estos hallazgos se reinicia perfusión de HNF y se administra oxigenoterapia, logrando normalización de constantes vitales. Pasadas 48 horas, presenta marcada mejoría clínica, con descenso progresivo de la circunferencia de la extremidad y mayor tolerancia a la deambulación. Pulsos distales y sensibilidad conservados en todo momento. Tras cuatro días de tratamiento con HNF se pasa a heparina de bajo peso molecular con evolución clínica favorable. Dicho tratamiento se mantendrá al menos 6 meses. Se amplían estudios hematológicos, dada la ausencia de datos de riesgo identificables, sin encontrar hallazgos significativos hasta el momento.

### **DISCUSIÓN**

A pesar de la baja incidencia de ETV en la población pediátrica, es importante tener en cuenta esta patología, incluso en pacientes sin factores de riesgo aparentes, ya que la ausencia de los mismos no descarta la enfermedad. Una sospecha diagnóstica precoz es clave para poder iniciar un tratamiento adecuado y disminuir el riesgo de complicaciones.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Andrew M, David M, Adams M, Ali K, Anderson R, Barnard D, et al. Venous thromboembolic complications (VTE) in children: first analyses of the Canadian Registry of VTE. *Blood*. 1 de marzo de 1994;83(5):1251-7.
2. Bonillo Perales A, Batlles Garrido J, Rubí Ruiz T, González Jiménez Y, Aguirre Rodríguez J, Muñoz Hoyos A. Tromboembolismo pulmonar. *An Pediatría*. 8 de mayo de 2003;58:22-9.
3. Venous thrombosis and thromboembolism (VTE) in children: Risk factors, clinical manifestations, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 25 de septiembre de 2022].

## **P-7. DEBUT TARDÍO DE ACIDURIA PROPIÓNICA EN LACTANTE ASINTOMÁTICA**

Bouza Romero A<sup>\*1</sup>, Novoa Illanes A<sup>1</sup>, Gonzalez Freiria N<sup>1</sup>, López García G<sup>2</sup>, Fernández Cebrián S<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital Universitario de Ourense. <sup>2</sup>Pediatría, Hospital Universitario de Ourense.

<sup>3</sup>Pediatría, Hospital Universitario de Ourense.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La aciduria propiónica es un trastorno de la degradación de las proteínas por deficiencia de propionil CoA carboxilasa, causando acumulación en plasma, orina y tejidos del ácido propiónico y sus derivados, así como de amonio y lactato. Herencia autosómica recesiva con mutaciones en los genes PCCA o PCCB. Presentación clínica variable, desde casos asintomáticos con discreto retraso de crecimiento a encefalopatías graves. Con adecuado tratamiento cursa con tendencia crónica asintomática a acidosis metabólica con reagudizaciones desencadenadas por infecciones intercurrentes. Puede tener presentación neonatal, tardía aguda recurrente o crónica progresiva. Se puede detectar mediante cribado neonatal y el estudio de ácidos orgánicos en orina, pero el diagnóstico definitivo es genético. El tratamiento a largo plazo es la restricción de proteínas naturales de la dieta y la carnitina. La elevación de niveles de amonio, el tiempo transcurrido hasta su normalización y el número de crisis metabólicas son factores pronósticos del desarrollo neurológico. Entre las complicaciones a largo plazo destacan: retraso mental, trastornos del movimiento, pancreatitis y cardiomiopatía.

### **CASOS CLÍNICOS**

Paciente de 16 meses sin antecedentes personales ni familiares de interés, cribado endocrino metabólico neonatal sin alteraciones. Cuadro de vómitos, diarrea y fiebre de 24 horas de evolución. Consultan por deterioro progresivo del nivel de conciencia, al ingreso escala de Glasgow de 8. En las pruebas complementarias iniciales destaca acidosis metabólica grave e hiperamonemia (>300  $\mu\text{mol/L}$ ). Tras estabilización inicial, precisando intubación orotraqueal y ventilación mecánica, y extracción de estudio metabólico se inicia tratamiento con L-arginina y benzoato sódico intravenoso, biotina oral e hidroxocobalamina intramuscular. La paciente se traslada a centro de referencia para enfermedades metabólicas (CHUS) presentando buena evolución con tratamiento médico sin necesidad de depuración extrarrenal. Destaca aumento en plasma de acetilcarnitina, 3-Hidroxi-butirilcarnitina y propionil carnitina, excreción elevada de metabolitos del propionil-CoA, cetosis y aciduria láctica, así como aumento de valina, isoleucina, leucina y  $\alpha$ -aminoácido. Cribado metabólico con propionilcarnitina elevada. Estudio genético pendiente. Descompensación metabólica secundaria a gastroenteritis aguda por adenovirus. Tratamiento domiciliario con carnitina, coenzima Q10 y dieta estricta. Actualmente asintomática, sin crisis y sin secuelas neurológicas.

### **DISCUSIÓN**

La aciduria propiónica es una rara enfermedad metabólica hereditaria que, no tratada, puede conllevar graves consecuencias. El diagnóstico y tratamiento precoz mejora el pronóstico y la calidad de vida. A pesar de la ya existente detección por cribado neonatal es vital mantener un alto índice de sospecha en casos sugestivos de metabolopatía, especialmente en encefalopatías agudas, y realizar los estudios dirigidos y tratamientos de forma precoz.

## **P-8. TRATAMIENTO DOMICILIARIO CON ALBÚMINA EN EL SÍNDROME NEFRÓTICO. EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD.**

García Fernández R<sup>\*1</sup>, Martínez Cano L<sup>1</sup>, Rivas Oural A<sup>1</sup>, Dias-duarte Fonseca H<sup>1</sup>, Urisarri Díaz De Cortázar A<sup>2</sup>, Gil Calvo M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Unidad de Nefrología y Urología pediátrica, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El síndrome nefrótico (SN) se define por la presencia de proteinuria nefrótica e hipoalbuminemia, asociados o no a edema e hiperlipidemia. El SN congénito debuta por debajo de los 3 meses de edad, suele ser genético y los corticoides no están indicados. El SN corticorresistente es aquel que tras 6-8 semanas de tratamiento y/o 3 bolos no responde. Ambos casos, necesitan de un tratamiento sintomático que puede llegar a incluir la perfusión periódica de albúmina para mantener un estado euvolémico. Presentamos nuestra experiencia con dos pacientes tratados con albúmina domiciliaria.

### **CASOS CLÍNICOS**

Caso 1: En entrevista dirigida, refieren edemas palpebrales, distensión abdominal y marcas del calcetín desde siempre. Ingresa al mes de vida en anasarca, shock séptico y daño renal agudo (DRA) secundario oligoanúrico; creatinina al alta 0,2 mg/dl, normotensa. Es diagnosticada de SN finlandés.

Caso 2: Debut de SN a los 13 meses de vida en su país; recibió tratamiento corticoideo y con ciclosporina sin respuesta. Ingresa en nuestro centro a los 16 meses en anasarca y con DRA secundario oligoanúrico, evolutivamente sepsis nosocomial de evolución tórpida; creatinina al alta 0,45 mg/dl, HTA que precisa de 3 antihipertensivos. Estudio genético negativo, biopsia renal compatible con glomeruloesclerosis focal y segmentaria. Ambas pacientes, para mantener la euvolemia, precisaron durante el ingreso y tras el alta de infusiones diarias de albúmina que se realizaron en domicilio, tras colocación de un acceso venoso central y entrenamiento hospitalario de las familias. Evolutivamente, las necesidades de albúmina fueron descendiendo, siendo suspendidas en el caso 1 a los 3 años-5 meses, y a los 2 años-3 meses en el segundo caso. Actualmente, el caso 1 tiene 5 años-9 meses, está euvolémica, sin edemas y normotensa, con creatinina 0,2mg/dl, albúmina 2gr/dl, proteinuria nefrótica y poliúrica; el caso 2 tiene 2 años-8 meses, está euvolémica, sin edemas pero hipertensa, con creatinina de 1,42 mg/dl, albúmina 2,7 g/dl, proteinuria nefrótica y poliúrica.

### **DISCUSIÓN**

1-La perfusión domiciliaria de albúmina es una alternativa válida a la nefrectomía uni/bilateral en familias adecuadamente entrenadas. 2-Las necesidades de albúmina descienden evolutivamente, alcanzándose la euvolemia a pesar de niveles de albúmina cercanos al límite bajo de la normalidad. 3-Este equilibrio es independiente al grado de filtrado glomerular, 4-Alcanzada la euvolemia, los pacientes se convierten en poliúricos.

## **P-9. ¿QUÉ SOSPECHAR EN UNA CRISIS HIPERTENSIVA EN PEDIATRÍA?**

Gallego Vázquez S<sup>\*1</sup>, Rey Noriega C<sup>1</sup>, Rubinos Galende L<sup>1</sup>, Gonzalo Costales P<sup>1</sup>, Rumbo Vidal A<sup>1</sup>, Alonso Gago P<sup>1</sup>, Varela Alonso D<sup>1</sup>, Álvaro Sardina P<sup>1</sup>, Dorribo Dorribo E<sup>1</sup>, Amil Pena T<sup>1</sup>, Rodríguez de la Riva P<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti.*

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El cribado de hipertensión arterial (HTA) en pediatría es fundamental, sobre todo dada la epidemia de obesidad y sedentarismo que afecta a nuestra población. El síndrome aórtico medio (SAM) es una entidad poco común, aunque debemos sospecharla en caso de HTA grave. Se debe a la estenosis de la aorta abdominal y sus ramas, afectando a las arterias renales en un 70% de los casos. La HTA es la clínica cardinal, siendo la claudicación, fallo renal o la isquemia intestinal menos frecuentes. Habitualmente se desconoce su etiología, aunque puede ser debida a causas genéticas o inflamatorias. La detección de soplo abdominal y diferencia de TA en miembros superiores e inferiores son muy sugestivos de patología aórtica. A la hora de establecer el diagnóstico la ecografía puede ser de ayuda en el screening inicial siendo la angiografía o el angioTC las pruebas diagnósticas de elección. El tratamiento médico tiene como objetivo el control de la HTA, siendo el tratamiento quirúrgico curativo.

### **CASOS CLÍNICOS**

Paciente de 12 años asintomática, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias derivada por su pediatra tras detectar cifras de TA elevadas en control de salud rutinario. En urgencias se comprueban TA por encima de P99 (8.72 DE y 3.26 DE) y soplo sistólico sin otros hallazgos relevantes por lo que se decide ingreso. Se inicia estudio etiológico y de afectación de órganos diana, incluyendo realización de ecografía doppler renal, que muestra permeabilidad de arterias renales, recomendándose ampliar estudio con exploraciones secundarias y se inicia tratamiento antihipertensivo con calcioantagonista presentando escasa respuesta. A las 24 horas se detecta diferencia de TA en miembros superiores e inferiores, soplo abdominal y debilidad de pulsos en extremidades inferiores por lo que se solicita angio-TAC que muestra hallazgos compatibles con SAM con afectación a nivel de arterias renales. Tras valoración conjunta con Servicio de Cirugía Vascul ar se decide tratamiento médico conservador para control de TA. Previo al alta precisa la combinación de 4 fármacos antihipertensivos (betabloqueante, tiazida, calcioantagonista y alfa-agonista) para un aceptable control tensional.

### **DISCUSIÓN**

Presentamos este caso dada la poca prevalencia de SAM en la edad pediátrica y la importancia de tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de la HTA. Una anamnesis y exploración física minuciosas, así como el cribado de HTA es fundamental ya que esta patología puede cursar de manera asintomática.

## **P-10. SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO TÍPICO**

Dorribo Dorribo E<sup>1</sup>, Paytubí Fernández J<sup>1</sup>, Santana Monzón S<sup>1</sup>, Amil Pena T<sup>1</sup>, Rodríguez De La Riva P<sup>1</sup>, Aguilar Gutiérrez D<sup>\*1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría y áreas específicas, Hospital Universitario Lucus Augusti.*

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El síndrome hemolítico urémico (SHU) se define por presentar anemia hemolítica, trombocitopenia y daño renal agudo (DRA), con afectación variable de otros órganos. El SHU típico constituye el 90 % de los casos pediátricos; afecta predominantemente a menores de cinco años. Suele ser

secundario a una infección gastrointestinal provocada por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (STEC). La probabilidad de evolucionar a SHU tras adquirir la infección es variable, siendo del 15% para el serotipo más frecuente, el O157:H7.

### CASOS CLÍNICOS

Niña de 15 meses que acude a urgencias por oliguria, hematuria y edemas de aparición progresiva en las últimas 24 horas. En la exploración física se observa edema generalizado y palidez cutáneo-mucosa. Se constata hipertensión arterial (HTA) con tensión arterial diastólica por encima del percentil 99. En la analítica sanguínea destaca hemoglobina 8.10 g/dL, plaquetas 52mil/m.c, urea 160.0 mg/dL, creatinina 0.99 mg/dL (FGE Schwartz IDMS 32 ml/min/1.73m<sup>2</sup>), bilirrubina total 1.21 mg/dL y lactatodeshidrogenasa 2952.0 U/L. Haptoglobina < 8 mg/dL. C3 y C4 sin alteraciones. Coombs directo negativo. El frotis de sangre periférica muestra un 2% de esquistocitos y en la analítica de orina se aprecia hematuria y proteinuria en rango nefrótico (Prot/Cr max 29 mg/mg). Como antecedente de interés destaca cuadro de gastroenteritis aguda 15 días antes, por lo que fue valorada en otro centro, con coprocultivo positivo para STEC. Resuelto en la actualidad. Ante sospecha de SHU típico se decide ingreso para monitorización y vigilancia intensiva, presentando la siguiente evolución: • A nivel renal se realiza manejo conservador sin precisar técnicas de depuración extrarrenal. Presenta mejoría gradual de la función renal hasta normalización del filtrado glomerular y desaparición de la hematuria y proteinuria. • HTA a pesar de resolución de sobrecarga hídrica, sin respuesta a Furosemida, con adecuado control tensional tras iniciar tratamiento con Amlodipino. • Anemia hemolítica con hemoglobina mínima de 5,9 g/dL, requiriendo transfusión de concentrado eritrocitario en tres ocasiones. Asimismo, plaquetopenia mínima de 27mil/m.c sin repercusión clínica que no precisa transfusión de plaquetas. Actualmente permanece asintomática y en seguimiento por Nefrología Pediátrica.

### DISCUSIÓN

El SHU tiene una elevada morbimortalidad en el paciente pediátrico, siendo una de las principales causas de DRA en dicha población. No existe tratamiento específico para el SHU típico. Sin embargo, la rápida instauración del tratamiento de soporte ha mejorado significativamente su pronóstico. Por tanto, es de vital importancia tenerlo en cuenta como una posible complicación de gastroenteritis aguda para realizar un diagnóstico precoz.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Camacho Alonso JM, Rosa Camacho V, Milano Manso G, et al. Síndrome hemolítico uremico. Anales de Pediatría Continuada. 2013;11(4):187–196. 2. Lumberras Fernández J, Cruz Rojo J, Inigo Martín G, Muley Alonso R, Vara Martín, J. Síndrome hemolítico – uremico: afectación renal a largo plazo. Anales de Pediatría Continuada 2010;72(5):309–316.

### P-11. ABSCESO DE BRODIE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Santana Monzón S<sup>1</sup>, Gallego Vázquez S<sup>2</sup>, Gonzalo Costales P<sup>2</sup>, Rumbo Vidal A<sup>2</sup>, Alonso Gago P<sup>2</sup>, Rubinos Galende L<sup>2</sup>, Almuíña Simón C<sup>2</sup>, Rodríguez De La Riva P<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, HULA. <sup>2</sup>Pediatría, HULA.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El absceso de Brodie (AB) es una osteomielitis (OM) subaguda localizada, producida por siembra hematógena, predominante en pacientes de 2-15 años, afectando principalmente a metafisis de huesos largos. En el 50% de los casos el germen aislado es el *S. Aureus*, seguidos del *Streptococo*, *pseudomonas* y otros. Clínica insidiosa con dolor óseo como síntoma principal. La ausencia de una infección sistémica, normalidad de los parámetros de laboratorio y la ausencia de hallazgos radiológicos iniciales, hace que resulte complejo llegar al diagnóstico. Dentro del diagnóstico

diferencial deben tenerse en cuenta múltiples tumores óseos benignos y malignos. La radiografía simple resulta de utilidad como exploración inicial, por su disponibilidad y bajo coste, siendo la RMN elección para diferenciar lesiones sugestivas de patología infecciosa, tumoral y otras. En lesiones sugestivas de infección localizada resulta adecuado el tratamiento médico inicial con antibioterapia endovenosa empírica, mientras que en caso de dudas diagnósticas deberá realizarse biopsia para descartar etiología tumoral. En la mayoría de los casos la evolución con tratamiento médico resulta favorable, en caso contrario el tratamiento será complementado con cirugía.

### CASOS CLÍNICOS

Niño de 4 años con pico febril de 38.3°C, cojera y dolor en tobillo derecho desde hace 48 h. Antecedente de traumatismo en pie derecho, sin heridas ni sintomatología sistémica. Exploración física con dolor selectivo a la palpación en maléolo tibial derecho, sin calor, rubor ni otros signos inflamatorios. Realizada radiografía de tobillo en urgencias sin hallazgos relevantes, por lo que se realiza analítica sin leucocitosis, elevación de reactantes de fase aguda (PCR 128.2 mg/L y VSG 55 mm), cultivo nasofaríngeo, coprocultivo y hemocultivo. Ante sospecha de osteomielitis aguda se decide ingreso y antibioterapia endovenosa con cloxacilina, que recibe durante 9 días. Afebril todo el ingreso. Tras resultado de cultivos negativos se realiza RMN presentando hallazgos compatibles con Absceso de Brodie. Evolución clínico-analítica favorable, con desaparición del dolor, cojera y descenso de RFA, decidiéndose alta a domicilio manteniendo antibioterapia oral hasta completar 6 semanas y seguimiento en consultas.

### DISCUSIÓN

A pesar de tratarse de una infección infrecuente, debemos tenerla en cuenta debido a su aumento de incidencia en los últimos años. La clínica insidiosa y los hallazgos frecuentemente inespecíficos de las pruebas diagnósticas hacen que resulte importante tener una alta sospecha clínica de esta entidad dentro del diagnóstico diferencial de dolores óseos, permitiendo iniciar tratamiento de forma precoz y evitar complicaciones.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Brodie's abscess of the patella. JAMA 1977;238:1179-80.2. Scintigraphic findings in a Brodie's abscess. Clin Nucl Med 1995;20:913-5.3. Brodie's abscess with a fistulous tract connecting with the joint space. Arthritis Rheum 2000; 43:2848-50.4. Brodie's abscess and its differential diagnosis. Br Med J 1938;2:119-23.

## P-12. ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO: EL ÚLTIMO ESLABÓN EN EL DESPISTAJE DE UNA ADENOPATÍA CERVICAL PERSISTENTE

Castro Velado A<sup>1</sup>, Espinosa Pereiro C<sup>1</sup>, Villares Porto-Domínguez A<sup>1</sup>, Suárez Otero G<sup>2</sup>, Portugués De La Red M<sup>1</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>, Iglesias Rodríguez M<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría, Hospital, Álvaro Cunqueiro, Vigo. <sup>3</sup>Servicio de Anatomía patológica, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es una linfadenitis histiocítica necrotizante, habitualmente benigna y autolimitada. El cuadro clínico característico es la presencia de adenopatías cervicales acompañadas de fiebre. También incluye pérdida de peso, sudoración nocturna, vómitos. (1) Las características clínicas e histopatológicas orientan a una etiología vírica. El diagnóstico definitivo es histológico. La adenectomía es diagnóstica y terapéutica. Presenta generalmente buen pronóstico, pero en ocasiones pueden aparecer recurrencias o complicaciones como la linfocitosis hemofagocítica. También se puede asociar a enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso

sistémico (2). El tratamiento habitualmente es sintomático, aunque en cuadros persistentes pueden resultar útiles los corticosteroides. (2,3)

### CASOS CLÍNICOS

Paciente de 13 años que acude por adenitis cervical y fiebre de 4 días de evolución asociando cuadro catarral. En la exploración destaca bultoma laterocervical derecho de 8x8 cm, indurado y doloroso. Presenta una leve leucopenia con linfopenia y PCR de 42 mg/L. Se decide ingreso para antibioterapia endovenosa y completar estudios. En las pruebas microbiológicas realizadas al ingreso se detecta PCR SARS CoV2 positiva. Se realizan ecografía y TAC cervicales, objetivándose un conglomerado adenopático abscesificado. En control analítico encontramos elevación de reactantes, anemia y linfopenia. El resto de pruebas (radiografía de tórax, serologías, y Mantoux) no muestra alteraciones. Ante la ausencia de mejoría se modifica antibioterapia y se realiza drenaje por punción ecoguiada, no objetivándose crecimiento microbiano en las muestras obtenidas. Tras 13 días de ingreso sin mejoría clínica se realiza exéresis de la adenopatía. El estudio histológico (áreas extensamente necrosadas sin celularidad variable y con vasos congestivos con necrosis hialina de pared) es compatible con enfermedad de Kikuchi- Fujimoto. Tras la intervención presenta clara mejoría clínica y analítica, que permite retirar antibioterapia. A las 48 horas reinicia fiebre, iniciándose bolos de corticoide endovenoso, con buena respuesta. El paciente es dado de alta con corticoterapia oral y control en consultas de Reumatología Pediátrica con evolución favorable.

### DISCUSIÓN

1.- Si bien la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es infrecuente hay que tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de las adenitis cervicales con síntomas sistémicos asociados que no responden al tratamiento habitual. (2) 2.- El papel de la Anatomía Patológica en un enfoque multidisciplinar resulta clave para lograr llegar a un diagnóstico. (2) 3.- Las infecciones víricas, como en este caso el virus SARS-CoV-2, único germen aislado, parecen estar implicadas en la etiopatogenia de la enfermedad. (1-3)

### BIBLIOGRAFÍA

1. Selvanathan SN, Suhumaran S, Sahu VK, Chong CY, Tan NWH, Thoon KC. Kikuchi-Fujimoto disease in children. *J Paediatr Child Health*. 2020 Mar 1;56(3):389–93. 2. Perry AM, Choi SM. Kikuchi-Fujimoto disease: A review. In: *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. College of American Pathologists; 2018. p. 1341–6. 3. Kamargiannis N, Papadopoulou D. Kikuchi-Fujimoto disease- a rare cause of cervical lymphadenopathy. *Surgical Chronicles*. 2015 Jan 1;20(1):233–4.

## P-13. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA Y SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA

Gonzalez Paz H\*<sup>1</sup>, Díaz García C<sup>1</sup>, Vilanova Gantes L<sup>1</sup>, Rodríguez González C<sup>2</sup>, González Rodríguez L<sup>3</sup>, Vadillo González F<sup>4</sup>, Fernández Cebrián S<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>2</sup>Neuropediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>3</sup>Endocrinología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

<sup>4</sup>Nefrología y planta de hospitalización, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>5</sup>Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La artritis idiopática juvenil sistémica (AIJs) es un subtipo de AIJ, clasificada como enfermedad autoinflamatoria a diferencia del resto de subtipos (autoinmunes). Una de las complicaciones más graves es el desarrollo de SAM. El tratamiento se basa en corticoterapia sistémica y fármacos biológicos.

## CASOS CLÍNICOS

Escolar de 6 años, sana que consulta por cojera derecha, fiebre de 72 horas de evolución y en las últimas 24 horas dolor a la movilización en muñeca derecha donde presenta lesión eritematosa. A la exploración destaca afectación moderada del estado general, fiebre y hepatoesplenomegalia. Dolor y signos inflamatorios en ambas muñecas compatibles con artritis. Limitación y dolor en cadera derecha. Presentaba a su vez rash eritematoso evanescente en muñecas y dorso de pies coincidiendo con picos febriles. Se realizan ecografía de cadera derecha donde se visualiza moderada cantidad de derrame articular (9mm) y resonancia de cadera derecha con focos de edema parcheado en musculatura de la pelvis y raíz de miembros inferiores con edema de tejido celular subcutáneo. Estudio microbiológico, serologías, estudio inmunológico, frotis sanguíneo y citometría de flujo de sangre periférica sin alteraciones significativas. PPD y PCR para SARS-COV2 negativos. Al ingreso se observa leucocitosis con elevación de reactantes de fase aguda. En control analítico posterior se objetivan criterios de SAM (hipertransaminasemia a expensas de GOT, hipertrigliceridemia, elevación franca de la ferritina y disminución de la velocidad de sedimentación globular). Dada la sospecha de AIJs se inicia tratamiento con prednisona a dosis 1 mg/kg/día. Ante criterios de SAM se inician bolos de metilprednisolona durante 5 días. Posteriormente ante persistencia de clínica y alteración de parámetros analíticos se añade tratamiento con Anakinra (Anti IL 1) con evolución favorable tanto clínica como analítica.

## DISCUSIÓN

Tener en cuenta la artritis idiopática juvenil sistémica ante un paciente con fiebre, exantema y artritis. El SAM es una de sus complicaciones más graves a tener en cuenta que aparece en un 40 % de pacientes con AIJs de manera subclínica.

## P-14. ABSCESO DE BRODIE, UNA PATOLOGÍA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO.

Bouza Romero A<sup>\*1</sup>, Junco Plana A<sup>2</sup>, Diaz García C<sup>1</sup>, Peinó Riobo I<sup>3</sup>, Perez Lopez C<sup>4</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital Universitario de Ourense. <sup>2</sup>Pediatría, Hospital Universitario de Ourense.

<sup>3</sup>Traumatología, Hospital Universitario de Ourense. <sup>4</sup>Radiología, Hospital Universitario de Ourense.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El absceso de Brodie es un tipo de osteomielitis subaguda hematógena primaria localizada, en forma de cavidad abscesificada con necrosis supurativa y rodeada de un tejido fibroso. Suele afectar a individuos jóvenes y se localiza mayormente en la metafisis de huesos largos como la tibia. Curso insidioso y evolución tórpida, lo cual, junto con la ausencia de sintomatología sistémica, hace que pase inadvertida en la mayoría de ocasiones. La radiología muestra una lesión lítica con un margen escleroso. La edad del paciente, la localización metafisaria y los hallazgos radiológicos permiten el diagnóstico diferencial con otras lesiones de baja agresividad o malignas. En muchos casos es necesario realizar una resonancia magnética (RM) centrada en la lesión para su diagnóstico. El diagnóstico de confirmación es histopatológico. El cultivo de la lesión en la mayoría de los casos es negativo, no obstante, el germen aislado mayoritariamente es *Staphylococcus aureus*. El tratamiento de elección será con antibióticos orales, reservando el desbridamiento quirúrgico para los casos en los que no ha habido respuesta al tratamiento conservador.

## CASOS CLÍNICOS

Escolar de nueve años que acude a urgencias por persistencia de dolor en tobillo izquierdo tras traumatismo hace tres meses. Edema y dolor a la palpación en tercio distal de tibia con discreta cojera. Analítica sin alteraciones salvo VSG 21 mm. Radiografía en la que se observa lesión metafiso

epifisaria con insuflación de corticales en tibia izquierda distal. En TAC y RM se aprecia proceso infiltrativo infeccioso con secuestro óseo, reacción perióstica y absceso subperióstico, característico de Absceso de Brodie. Se inicia tratamiento antibiótico intravenoso empírico con escasa mejoría, se decide intervención quirúrgica (desbridamiento quirúrgico con toma de muestras y tratamiento con sulfato cálcico con vancomicina en perlas intralesional), tratamiento posterior intravenoso con cloxacilina un mes y posteriormente linezolid oral. Actualmente en seguimiento en Traumatología y Rehabilitación con buena evolución de la lesión.

## DISCUSIÓN

El absceso de Brodie es un tipo de osteomielitis subaguda hematógena localizada, cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años. Debido a la ausencia de síndrome infeccioso general, a la normalidad en las pruebas de laboratorio y a la dificultad en la interpretación radiológica, tiene frecuentemente un difícil diagnóstico. El tratamiento de elección son los antibióticos orales, reservándose la cirugía para los casos en que los pacientes no respondan a ellos.

## P-15. COLA VESTIGIAL DE DIAGNÓSTICO POSTNATAL

Ortiz López I<sup>\*1</sup>, Vilanova Gantes L<sup>1</sup>, Anegón Andrés M<sup>1</sup>, Rodríguez González L<sup>1</sup>, González Freiría N<sup>1</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital Ourense.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La cola vestigial verdadera es un remanente evolutivo caudal benigno compuesto por piel con tejido adiposo y conectivo, musculatura estriada, vasos y nervios. Se distingue de la pseudocola por la presencia de disrafismo espinal subyacente a la lesión (lipomas, teratomas o fetos parásitos).

## CASOS CLÍNICOS

Recién nacida a término de sexo femenino que presenta al nacimiento una tumoración pediculada a nivel interglúteo, no descrita en ecografías antenatales. Dicha tumoración de consistencia gomosa mide 2 x 1.5 centímetros y se encuentra aproximadamente a 0.5 centímetros del esfínter anal. Se realiza estudio inicial de la lesión con radiografía de columna vertebral en la que no se detectan alteraciones óseas ni calcificaciones, y ecografía de canal medular en la que se objetiva que el cono medular se encuentra normoposicionado y se describe una lesión nodular sólida de probable componente lipomatoso, cubierta por piel y que se continua con un pedículo vascular de 24 milímetros con moderado flujo sanguíneo. Se realizan también ecografías transfontanelar y abdominal sin presentar otras malformaciones asociadas. Se completa el estudio con una resonancia magnética en la que se identifica una lesión ovoidea en la región interglútea de 18 x 12 milímetros, recubierta por piel, isointensa a la grasa y con alguna estructura vascular en su seno, sin alteraciones medulares asociadas. A lo largo del ingreso la tumoración sufre una involución de tamaño así como excoiación y erosión cutánea superficial, sin llegar a resolverse de forma completa. La paciente es valorada por el Servicio de Cirugía pediátrica que realiza exéresis de la lesión sin incidencias. En el estudio anatomopatológico se describe un anejo cutáneo con predominio de tejido adiposo y presencia de tractos fibrosos con algunos elementos vasculares y nerviosos, compatibles con el diagnóstico de cola vestigial verdadera.

## DISCUSIÓN

Es de vital importancia diferenciar mediante un estudio de imagen entre cola vestigial verdadera y pseudocola vestigial ante una lesión protuyente lumbosacra. La pseudocola se asocia a disrafismo espinal subyacente, mientras que la cola verdadera es una lesión benigna cuyo tratamiento es la

exéresis quirúrgica de la misma. Dentro del estudio de la lesión, es necesario descartar otras posibles malformaciones asociadas.

## BIBLIOGRAFÍA

[https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2019/12/2015\\_04\\_RECIC3%89N-NACIDO-CONCOLA-VESTIGIAL.pdf](https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2019/12/2015_04_RECIC3%89N-NACIDO-CONCOLA-VESTIGIAL.pdf)  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5380406/#b1-squmj1702-e109-111>  
<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/paciente-pediatrico-con-presencia-de-cola-vestigial-a-proposito-de-un-caso/>  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0046817784800799?via%3Dihub>

## P-16. PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA IDIOPÁTICA NEONATAL

Paytubí Fernández J<sup>\*1</sup>, Juberías Alzueta C<sup>1</sup>, Aguilar Gutiérrez D<sup>1</sup>, Santana Monzón S<sup>1</sup>, Alonso Gago P<sup>1</sup>, Rodríguez De La Riva P<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.* <sup>2</sup>*Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.*

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La parálisis facial periférica es una patología poco frecuente en pediatría, con una incidencia de 2,7/100.000 en niños menores de 10 años. Su etiología más frecuente es la parálisis de Bell, de causa idiopática. Menos frecuentemente se debe a traumatismo obstétrico, patología infecciosa, malformaciones congénitas, neoplasias o patología otorrinolaringológica. Clínicamente cursa con imposibilidad para el cierre ocular, disminución de los movimientos frontales, desaparición del surco nasogeniano ipsilateral y desviación de la comisura labial contralateral. Suele instaurarse de forma aguda en 1-2 días, con una expresión máxima durante las tres primeras semanas y con una recuperación posterior que puede alargarse 3-6 meses. El diagnóstico es clínico, aunque pueden realizarse pruebas de imagen, estudios electrofisiológicos, punción lumbar y serologías según el caso. En la parálisis de Bell se recomienda el empleo de glucocorticoides. Asimismo, sería recomendable asociar al tratamiento antivirales en casos graves.

### CASOS CLÍNICOS

Neonato de 25 días que ingresa por desviación de la comisura bucal hacia la derecha. Afebril y sin clínica infecciosa acompañante. Niegan picaduras de insectos ni garrapatas. A la exploración se observa imposibilidad para el cierre completo de ojo izquierdo, así como pérdida de surco nasogeniano izquierdo y desviación de la comisura bucal hacia la derecha. Ante este cuadro se solicita analítica, exudado nasofaríngeo para virus herpes simple 1 y 2 (VHS1 y VHS2), punción lumbar, PCR virus respiratorios, hemocultivo, ecografía transfontanelar y resonancia magnética (RM) todas ellas sin hallazgos. Se realizan también serologías para borrelia, citomegalovirus, toxoplasma, varicela y VHS1 y VHS2 siendo negativas. Ante diagnóstico de parálisis facial periférica izquierda idiopática se inicia tratamiento empírico con aciclovir endovenoso y se pauta corticoterapia sistémica. Durante la hospitalización presenta evolución clínica favorable con mejoría progresiva de la parálisis facial por lo que se decide alta manteniendo pauta descendente de corticoides y control evolutivo en consultas.

### DISCUSIÓN

La parálisis facial periférica en la infancia es una entidad poco frecuente, siendo predominantemente de etiología idiopática. Se piensa que muchos casos etiquetados como parálisis de Bell se deben a una activación del VHS que conduce a inflamación, desmielinización y disfunción del nervio facial. No obstante, en la práctica clínica no se dispone de ningún método que confirme que el VHS sea el agente causal. Como tratamiento podemos emplear corticoides y antivirales, así como hacer especial mención al cuidado oftálmico con lágrimas artificiales cremas lubricantes y oclusión ocular nocturna.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ciorba A, Corazzi V, Conz V et al. Facial nerve paralysis in children. World J Clin Cases. 2015; 3(12): 973–979.- García JJ, Cruz O, Mintegui S, Moreno JM. M.Cruz Manual de Pediatría. 4ª edición. Ergon; 2020. - Özkale Y, Erol I, Saygi S, Yılmaz I. Overview of pediatric peripheral facial nerve paralysis: Analysis of 40 patients. J Child Neurol. 2015;30(2):193–9. - Poo Fernández C, Pérez Poyato MS. Parálisis facial periférica en época neonatal y diagnóstico diferencial. Rev Pediatr Aten Primaria. Supl. 2020;(29):8.- Verdú A, García A, García O, Arriola G, Martínez B, de Castro P. Manual de Neurología Infantil. 2ª edición. EditorialPanamericana; 2014.

## P-17. TROMBOSIS VENOSAS CEREBRALES NEONATALES

Gonzalo Costales P<sup>\*1</sup>, Gallego Vázquez S<sup>1</sup>, Rumbo Vidal A<sup>1</sup>, Álvaro Sardina P<sup>1</sup>, Alonso Gago P<sup>1</sup>, Guerra Buezo B<sup>1</sup>, Rodríguez De La Riva P<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti.*

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La trombosis de senos venosos cerebrales (TSVC) es una patología infradiagnosticada que afecta entre 0,4 y 0,7 de cada 100.000 niños al año, más de la mitad en el período neonatal. Puede causar una lesión parenquimatosa, en forma de infarto isquémico o hemorrágico, y es una de las causas más frecuentes de hemorragia intraventricular en el recién nacido. Como factores predisponentes destacamos: diabetes gestacional (DG), preeclampsia, corioamnionitis, distocias del parto, asfixia perinatal, infecciones, deshidratación y policitemia. En un 15-20% de los neonatos se asocia con factores protrombóticos, siendo los más frecuentes el déficit de antitrombina, déficit de proteínas C y S y el factor V de Leiden.

### CASOS CLÍNICOS

El primer caso consiste en un neonato mujer de 41 semanas de gestación (SG). Parto instrumentado con ventosa, Apgar 9/10. Madre DG e hipotiroidismo. SGB positivo con profilaxis incompleta sin otros factores de riesgo infecciosos. Analítica con RFA elevados y policitemia (hematocrito máximo 70%) por lo que se inicia antibioterapia y fluidoterapia. El quinto día de vida presentó tres episodios compatibles con crisis comiciales consistentes en clonías de cabeza y extremidades de minutos de duración por lo que se pauta fenobarbital y exanguinotransfusión. La resonancia magnética (RM) mostró trombosis aguda en seno sigmoide derecho y sistema venoso profundo sin datos de sangrado. En estudio de trombofilias destaca heterocigosis de Factor V de Leiden. Nuestro segundo paciente es un varón de 38+5 SG. Parto eutócico, Apgar 9/10. Madre DG sin otros factores de riesgo. A las 8 horas de vida inició crisis clónicas focales múltiples en hemicuerpo derecho y cara de cinco minutos de duración. En la RM se objetivó trombosis de senos transversos y longitudinal izquierdo e infarto parietal izquierdo con sangrado parasagital. No presentó alteraciones en el estudio de coagulación. Ambos recibieron tratamiento con fenobarbital en las dos primeras semanas de vida que se rotó a levetiracetam al alta y enoxaparina subcutánea durante ocho meses. Ninguno presentó secuelas en RM de control. Actualmente en seguimiento con desarrollo psicomotor normal.

### DISCUSIÓN

Debemos pensar en la TSVC ante un cuadro neurológico agudo o subagudo en presencia de factores predisponentes. Habitualmente se diagnostica con la RM siendo el gold standard la angiorresonancia. El tratamiento de elección son las heparinas de bajo peso molecular y debe iniciarse lo más precozmente posible. El correcto tratamiento mejora significativamente el pronóstico neurológico. El manejo de la TSVC es multidisciplinar.

## P-18. SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ: ENTEROVIRUS D68 O CMV

Rivas Vazquez M<sup>\*1</sup>, Formoso Leal L<sup>1</sup>, Lendoiro Fuentes M<sup>1</sup>, Monteagudo Vilavedra E<sup>1</sup>, Manso Gómez M<sup>1</sup>, Carballeira González I<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, .*

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineuropatía aguda inmunomediada que se caracteriza por una parálisis flácida, generalmente ascendente y con arreflexia. Es una patología poco frecuente en pediatría que suele estar precedida por un cuadro infeccioso. El diagnóstico se basa en los criterios clínicos del SGB con apoyo del estudio del LCR y los hallazgos electrofisiológicos. El tratamiento se realiza con medidas de soporte, inmunoglobulinas intravenosas, rehabilitación y podría considerarse la plasmaféresis. El objetivo de la presentación de este caso clínico es dar a conocer las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de esta enfermedad. Caso clínico: Varón de 8 años de edad que refiere clínica de debilidad muscular progresiva de miembros inferiores y dificultad para la deambulación de un mes de evolución. Una semana antes del inicio del cuadro había presentado un cuadro catarral leve.

### CASOS CLÍNICOS

Ante la clínica compatible con SGB de debilidad muscular distal, incapacidad para la marcha autónoma y arreflexia generalizada, se analiza el líquido cefalorraquídeo constatándose disociación albúmino-citológica y se realiza una electroneuromiografía compatible con un SGB incipiente. Se inicia, por lo tanto, tratamiento con inmunoglobulina humana inespecífica. Inicialmente presenta buena respuesta al tratamiento consiguiendo una deambulación prácticamente autónoma. Durante la segunda semana postratamiento, inicia nuevamente deterioro motriz asociando incapacidad para la marcha y diplopía binocular con parálisis del VI par, por lo que se realiza una segunda electromiografía donde se evidencia un aumento de latencia distal y bloqueos parciales de conducción con caída de amplitudes en fibras motoras y sensitivas con ondas F ausentes constatando una polineuropatía severa mixta desmielinizante y una resonancia magnética compatible con un SGB severo. Ante la respuesta limitada al ciclo inicial y empeoramiento actual se administra una segunda tanda de inmunoglobulina intravenosa. Paralelamente, se realiza el estudio microbiológico, donde se demuestra infección aguda por citomegalovirus y mycoplasma pneumoniae, por lo que recibe tratamiento con ganciclovir y azitromicina. También se realizó un estudio de heces constatando positividad para Enterovirus D68 y determinación anticuerpos antigangliósidos, resultando positivo el GM2.

### DISCUSIÓN

El diagnóstico final es Síndrome de Miller-Fisher como variante del SGB. El citomegalovirus es la segunda causa más frecuente de SGB, asociando frecuentemente el antigangliósido GM2 positivo y mal pronóstico. En los últimos años también se ha relacionado crecientemente la infección por Enterovirus D68 con la parálisis flácida aguda y concretamente con el SGB. Conocer las características clínicas de este cuadro nos permitirá realizar un diagnóstico y tratamiento precoces.

## P-19. CONVULSIONES EN PERIODO NEONATAL: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Dorado López P<sup>1</sup>, Martínez Cano L<sup>\*2</sup>, Pérez López A<sup>2</sup>, García Fernández R<sup>2</sup>, Urisarri Ruiz De Cortázar A<sup>2</sup>, Baña Souto A<sup>2</sup>, Pérez Muñuzuri A<sup>2</sup>, Couce Pico M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, CHUS.* <sup>2</sup>*Pediatría, CHUS.*

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Neonato que en las primeras 24 horas de vida inicia movimientos clónicos en miembros superior e inferior derechos. Como antecedentes perinatales nació a término (40+2 semanas) por cesárea urgente por desproporción pélvico-cefálica. Apgar 9/10. Embarazo controlado con ecografía normales, no factores de riesgo infeccioso. Gestante con diabetes e hipertensión gestacionales, a tratamiento con labetalol e insulino terapia.

## CASOS CLÍNICOS

Recién nacido que inicia en el primer día de vida movimientos clónicos en extremidades derechas asociando movimientos de chupeteo, que posteriormente se generalizan a las cuatro extremidades. Coincidiendo con estos episodios, asocia desaturaciones y actividad epiléptica en monitor de electroencefalografía integrada por amplitud. Ante sospecha de estatus convulsivo, se inicia tratamiento con fenobarbital con mejoría transitoria. Se realiza electroencefalograma que muestra actividad epileptiforme en ambos hemisferios, por lo que se asocia al tratamiento levetiracetam, con desaparición tanto de la clínica como de la actividad epiléptica. Se realiza despistaje de causas metabólicas e infecciosas (estudio de líquido cefalorraquídeo), que resulta normal. También se realiza estudio de imagen con angio-RM cerebral, que muestra infartos corticales múltiples. Ante estos hallazgos, se descartan coagulopatías y alteraciones genéticas que predispongan a trombofilia. Al alta hospitalaria y en control posterior a los 3 meses de vida, presenta exploración dentro de la normalidad con desarrollo psicomotor adecuado para la edad, sin presentar nuevas crisis.

## DISCUSIÓN

Cabe destacar la importancia en el diagnóstico y tratamiento precoces de patologías que pueden suponer una alteración del desarrollo, como son las crisis epilépticas en neonatos. El manejo periparto adecuado es también fundamental en cuanto a prevención de este tipo de patologías y sus posibles secuelas. Una vez instauradas, será necesario un abordaje multidisciplinar para fortalecimiento del neurodesarrollo.

## P-20. ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA POSTVACUNAL

Bouza Romero A<sup>\*1</sup>, Conde Lorenzo N<sup>2</sup>, Perez Lopez C<sup>3</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>, Martín Andrés L<sup>2</sup>, Anegón García M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital Universitario de Ourense. <sup>2</sup>Pediatría, Hospital Universitario de Ourense.

<sup>3</sup>Radiología, Hospital Universitario de Ourense.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La ADEM es una enfermedad inflamatoria desmielinizante aguda del SNC, monofásica, con clínica de encefalopatía aguda y síntomas neurológicos multifocales. Su etiología es diversa: viral, bacteriana, autoinmune... y menos frecuentemente, postvacunal. Ante la sospecha clínica se realizan pruebas complementarias; la RM cerebral y medular es la prueba diagnóstica gold standard. En ella se observan lesiones multifocales de gran tamaño en sustancia blanca de los hemisferios cerebrales, cerebelo y troncoencéfalo; podría afectarse la sustancia gris profunda en el tálamo y ganglios basales. El LCR contiene pleocitosis con predominio linfocítico monocítico. El EEG muestra enlentecimiento generalizado del trazado. Los PEV son normales o con afectación bilateral de la vía óptica. Presenta amplio diagnóstico diferencial: Esclerosis múltiple, leucodistrofia, tumores, vasculitis, trastornos metabólicos mitocondriales o reumatológicos. En líneas generales, el tratamiento son los corticoides a dosis altas. El pronóstico es variable, desde remisión completa a secuelas motoras o cognitivas, independientemente de su etiología. Riesgo alto de mortalidad la primera semana. Precisa seguimiento posterior.

## CASOS CLÍNICOS

Mujer de 3 años que acude a urgencias por somnolencia y febrícula en las últimas 72 horas, asocia bradipsiquia y marcha inestable. Antecedente de vacunación tetravírica 9 días antes. En la exploración destaca tendencia a la somnolencia, marcha inestable y reflejos rotulianos exaltados. Al ingreso: analítica completa con despistaje metabólico y serologías negativas. Fondo de ojo normal. Punción lumbar: Bioquímica del LCR: Aspecto normal, conteo de leucocitos 17 células/

## DISCUSIÓN

Las encefalitis inmunomediadas son un grupo creciente en su frecuencia justificando 1/3 de las encefalitis. El mimetismo molecular inducido por una exposición infecciosa o vacunal puede desencadenar la producción de autoantígenos contra el SNC. Ante episodio vacunal reciente y clínica neurológica debemos sospechar encefalomielitis diseminada aguda postvacunal, ya que a pesar de su rareza, se ha descrito tras inmunizaciones frente a sarampión, parotiditis, rubeola, rabia, encefalitis B japonesa, tosferina, difteria, tétanos, polio y gripe. Una anamnesis detallada, así como las pruebas complementarias apropiadas, son esenciales para un adecuado diagnóstico diferencial. Ante la mínima sospecha de encefalitis debemos iniciar tratamiento empírico precoz para disminuir las secuelas.

## P-21. EXAGUINOTRANSFUSIÓN NEONATAL

Rello García A\*<sup>1</sup>, Otero Barbosa L<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

### OBJETIVOS

El objetivo del trabajo es crear un protocolo sobre la exanguinotransfusión neonatal.

### MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura actual, basada en la evidencia científica existente sobre la exanguinotransfusión neonatal. Para llevarlo a cabo se realizó una búsqueda en las diferentes bases de datos disponibles.

### RESULTADOS

Las indicaciones para la exanguinotransfusión son: regular los niveles de antígenos-anticuerpos, eliminación de toxinas, regular el nivel de hemoglobina y en alteraciones de la coagulación. Uno de las causas más repetidas es la isoimmunización Rh. Los valores de bilirrubina elevados son los más indicativos para iniciar este procedimiento. El límite varía en función del peso, la edad gestacional y el riesgo del recién nacido. El material necesario es: • Equipo de reanimación avanzada. • Equipo para monitorización completa. • Cuna radiante. • Catéteres umbilicales: para vena umbilical y arteria umbilical. • Jeringas. • Llaves de 3 vías. • Sonda nasogástrica. • Tubos para la realización de pruebas. • Bolsa para recogida de la sangre extraída. Al iniciar el procedimiento se monitorizará al paciente y se realizará analítica completa. El niño se encontrará en ayunas desde 3h antes hasta 24h después y se colocará un drenaje gástrico. A continuación se procede a la canalización umbilical, vena y/o arteria según tipo de exanguinotransfusión. Para el intercambio se conecta el equipo a la bolsa de sangre de banco y a la bolsa de desecho. La introducción y retirada deben realizarse de manera lenta y contabilizando en todo momento la cantidad que entra y sale. El volumen de intercambio debe ser de dos veces la volemia. El cálculo de la misma varía en función de los autores, pero siempre será en función del peso. Se comprueba también, al menos una vez a mitad de la ET e inmediatamente después, los gases y electrolitos en sangre. Se medirán los niveles de bilirrubina para evaluar si es necesario una segunda ET a las 2, 4 y 6 horas de la realización de la técnica. El tratamiento varía en

función de la fuente consultada, pero se basa en antibioterapia y electrolitos. Posteriormente se reanuda la fototerapia. En cuanto a los efectos adversos debemos prestar especial atención a las afectaciones cardiovasculares, las alteraciones de la coagulación y los desequilibrios electrolíticos.

## CONCLUSIONES

Actualmente los casos de isoimmunización Rh han disminuido considerablemente debido al buen control del embarazo y a la administración profiláctica de inmunoglobulinas anti-D. Además, el tratamiento con fototerapia es cada vez más efectivo, por lo que el número de ET que se realizan son escasas. Sin embargo, su utilización no ha desaparecido en los casos más graves de ictericia, por lo que el manejo de la técnica es aún necesario en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Teran C, Pedro Ribera J. Protocolos de Atención Médica Pediátrica. Bolivia: Fundación Simón I. Patiño; 2014 abr p. 2-16.
2. Gonzalez-Valcárcel Espinosa M, Raynero Mellado RC, Caballero Martín SM. Ictericia neonatal. mayo de 2019;23(03):147-53.
3. Pegoraro V, Urbinati D, Visser GHA, Di Renzo GC, Zipursky A, Stotler BA, et al. Hemolytic disease of the fetus and newborn due to Rh(D) incompatibility: A preventable disease that still produces significant morbidity and mortality in children. Oei JL, editor. PLoS ONE. 20 de julio de 2020;15(7):e0235807.
4. Criado Vega EA. Exanguinotransfusión. Anales de Pediatría Continuada. mayo de 2014;12(3):137-41.
5. Sánchez-Redondo Sánchez-Gabriel MD, Leante Castellanos JL, Benavente Fernández I, Pérez Muñuzuri A, Rite Gracia S, Ruiz Campillo CW, et al. Recomendaciones para la prevención, la detección y el manejo de la hiperbilirrubinemia en los recién nacidos con 35 o más semanas de edad gestacional. Anales de Pediatría. noviembre de 2017;87(5).
6. Céspedes Argaña E. Manual de atención neonatal. Paraguay; 2016 dic p. 506.
7. Caballero-Nogués B, Jiménez ER-B, Ca C. Sangre total reconstituida "vieja", como alternativa de uso en exanguinotransfusión en enfermedad hemolítica del recién nacido. 2016;113(2):6.
8. Olusanya BO, Osibanjo FB, Ajiboye AA, Ayodele OE, Odunsi AA, Olaifa SM, et al. A neurologic dysfunction scoring protocol for jaundiced neonates requiring exchange transfusion. J Matern Fetal Neonatal Med. abril de 2018;31(7):888-94.
9. Zamora Bagüés M, Damia Lozano J, Berga Liarte L, Alcalá Millán P, Figuerola Novell J, Eddrhourhi Laadimat H. Exanguinotransfusión neonatal. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021.
10. Ramachandran RM, Srinivasan R. Clinical Profile and Outcome Following Exchange Transfusion for Neonatal Jaundice in a Tertiary Care Centre. Journal of Tropical Pediatrics. 7 de enero de 2022;68(1):1-7.
11. Alvarez P. Protocolo exanguinotransfusión. Chile; 2016 p. 1-10.
12. Castellanos D, Gudiño T SJ, Múcura M, Rodríguez Y, Hernández M, Ferrer JL. Protocolos de atención integral en salud a niñas y niños en el período neonatal. Venezuela; 2013 nov.
13. Diagnóstico y Tratamiento de la Ictericia Neonatal. México, DF.; 2019 p. 13-5.
14. Kim M-S, Chung Y, Kim H, Ko D-H, Jung E, Lee BS, et al. Neonatal exchange transfusion: Experience in Korea. Transfusion and Apheresis Science. junio de 2020;59(3):102730.

## P-22. A PROPÓSITO DE UN CASO: CUTIS MARMORATA TELANGIECTÁSICA CONGÉNITA.

López Lamas V<sup>\*1</sup>, Pérez Gómez A<sup>1</sup>, Maroño García L<sup>1</sup>, Fernández González S<sup>1</sup>, Pardo Vázquez J<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*Pediatría, Hospital Teresa Herrera.*

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La cutis marmorata telangiectásica congénita es una malformación vascular cutánea infrecuente y de origen desconocido caracterizada por máculas reticuladas eritematosas o violáceas, frecuentemente asociadas otras malformaciones, destacando trastornos tróficos de los miembros afectados.

## CASOS CLÍNICOS

Presentamos el caso clínico de un recién nacido pretérmino de 35+1 semanas, primer gemelo de una gestación monocorial-biamniótica de una mujer sana de 35 años, primípara, sin antecedentes de interés. Embarazo sin incidencias, salvo infección por SARS-CoV-2 en la semana 6 de gestación, recibiendo profilaxis antitrombótica con heparina de bajo peso molecular. Parto instrumentado con fórceps para abreviar expulsivo, presentando un Apgar 7/8 y un peso al nacimiento de 2040 gramos (p13). Ingresa inicialmente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por distrés respiratorio moderado, destacando en la exploración física palidez cutánea generalizada y máculas violáceas de patrón reticular en cara lateral externa de miembro inferior izquierdo, desde muslo hasta pie, asociando atrofia cutánea, sin disimetría de miembros inferiores ni artrogriposis. En analítica sanguínea se objetiva recuento plaquetario y coagulación dentro del rango normal para la edad. Presenta evolución clínica favorable, persistiendo la lesión descrita al nacimiento sin aumentar la superficie ni extenderse a otras localizaciones, no desarrolló disimetría de miembros inferiores ni otras alteraciones, con estudio oftalmológico y resto de la exploración física normal. Es dado de alta a los 16 días de vida con seguimiento ambulatorio posterior sin presentar cambios en las lesiones ni asociar otras malformaciones hasta el momento.

## DISCUSIÓN

La cutis marmorata telangiectásica congénita es una patología infrecuente y benigna. El diagnóstico es clínico, caracterizado por áreas de piel con un patrón vascular macular reticulado fijo, presente desde el nacimiento o poco después, que se aclara con la digitopresión y empeora con el frío y situaciones de estrés. Es habitual la asociación con otras malformaciones, especialmente músculo-esqueléticas con asimetría corporal, anomalías vasculares y anomalías oculares, además de alteraciones neurológicas con retraso psicomotor, lo que nos obliga a realizar un estudio completo y un seguimiento estrecho. No existe un tratamiento específico. El pronóstico es bueno, aunque depende de las anomalías asociadas, las lesiones cutáneas tienden a mejorar con el tiempo, llegando incluso a remitir por completo en algunos casos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Khambati N, Reading J, Osborn S, Bucke D, Dutta A. Cutis marmorata telangiectatica congenita. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed [Internet]. 2021;106(1):75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2020-3196122>. Bui TNPT, Corap A, Bygum A. Cutis marmorata telangiectatica congenita: a literature review. Orphanet J Rare Dis [Internet]. 2019;14(1):283. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13023-019-1229-83>. Resende CIP, Araujo C, Vieira AP, Brito C. Cutis marmorata telangiectatica congenita. BMJ Case Rep [Internet]. 2013;2013(oct17 1):bcr2013200056–bcr2013200056. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2013-2000564>. De Maio C, Pomero G, Delogu A, Briatore E, Bertero M, Gancia P. Cutis marmorata telangiectatica congenita in a preterm female newborn: Case report and review of the literature. Pediatr Med Chir [Internet]. 2014;36(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4081/pmc.2014.905>. Kienast AK, Hoeger PH. Cutis marmorata telangiectatica congenita: a prospective study of 27 cases and review of the literature with proposal of diagnostic criteria. Clin Exp Dermatol [Internet]. 2009;34(3):319–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2230.2008.03074.x>

## **P-23. EL EXOMA RÁPIDO COMO AYUDA EN PACIENTES CON CRISIS EPILÉPTICAS RESISTENTES A TRATAMIENTO**

Gómez Vieites M<sup>\*1</sup>, García Iglesias F<sup>1</sup>, Afonso Carrasco I<sup>1</sup>, Quintana Cepedal I<sup>1</sup>, López Vázquez A<sup>1</sup>, Rujido Freire S<sup>1</sup>, Rodríguez Núñez A<sup>1</sup>, Eiris Puñal J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

Se presenta el caso clínico de un lactante de 2 meses de vida con crisis epilépticas diarias persistentes a pesar de varias pautas de antiepilépticos y pruebas complementarias normales. Se solicitó un estudio de exoma rápido logrando resultados en 2 semanas, que nos permitieron el diagnóstico del paciente y un tratamiento dirigido.

### **CASOS CLÍNICOS**

Paciente de 2 meses nacido a término de madre de 24 años con controles gestacionales normales. Durante el ingreso en obstetricia se objetiva nistagmo ocular, que persiste en las dos primeras semanas de vida, con exploración oftalmológica normal. Al mes de vida, ingresa en la UCI pediátrica del Hospital de Oviedo tras presentar un episodio de ausencia con hipotonía, rubefacción facial y cianosis, asociando posteriormente episodios de hipertonía y desviación cefálica que ceden con Midazolam intravenoso. El paciente permaneció afebril, sin clínica infecciosa ni otra sintomatología. Se solicitaron varias pruebas complementarias: EEG donde presenta actividad epileptiforme focal a nivel temporal derecho, TAC craneal y RM 1.5T, que fueron normales. Se inició tratamiento con Levetiracetam, manteniéndose sin crisis durante 48 horas. Posteriormente presenta un aumento de crisis, hasta 4-5 crisis diarias, por lo que se añade oxcarbamacepina al tratamiento y se traslada a nuestro centro. A su llegada, persisten múltiples crisis de desconexión del medio, con movimientos oculares desorganizados, asimétricos, con lateralización cervical, leve hipertonía generalizada con alternancia de extensión y flexión de miembros y sialorrea, que ceden con midazolam. En período intercrisis, el paciente se encuentra asintomático, activo y reactivo. Ante la persistencia del cuadro, se solicitan metabolopatías, exoma y videoEEG en el cual se objetiva un cambio de registro durante un episodio de crisis de características similares. En el exoma, que se obtuvo en dos semanas, se detecta una variante c.2443G>A del gen ATP1A3 en heterocigosis asociado a hemiplejía alternante de la infancia. Ante dichos hallazgos se suspende tratamiento antiepiléptico y se inicia tratamiento con Flunarizina y Rivotril, no precisando dosis de rescate con benzodiazepinas.

### **DISCUSIÓN**

Con este caso clínico, podemos ver la importancia de realizar pruebas genéticas de forma precoz y, en caso de dudas diagnósticas, un exoma rápido, especialmente en pacientes con crisis epilépticas refractarias a tratamiento, o de difícil control y en los que la etiología de las crisis no esté claramente establecida.

### **BIBLIOGRAFÍA**

-Salles PA, Mata IF, Brünger T, Lal D, Fernandez HH. ATP1A3-Related Dis-orders: An Ever-Expanding Clinical Spectrum. *Front Neurol.* 2021 Apr 1;12:637890. doi: 10.3389/fneur.2021.637890. PMID: 33868146; PMCID: PMC8047318.-Aishworiya R, Low PS, Tay SK. Alternating hemiplegia of childhood: successful treatment with topiramate and flunarizine, a case report. *Ann Trop Paediatr.* 2011;31(2):149-52. doi: 10.1179/1465328111Y.0000000007. PMID: 21575320.-Rosewich H, Thiele H, Ohlenbusch A, Maschke U, Altmüller J, Frommolt P, Zirn B, Ebinger F, Siemes H, Nürnberg P, Brockmann K, Gärtner J. Hetero-zygous de-novo mutations in ATP1A3 in patients with alternating hemi-plegia of childhood: a whole-exome sequencing gene-identification study. *Lancet Neurol.* 2012 Sep;11(9):764-73. doi: 10.1016/S1474-4422(12)70182-5. Epub 2012 Jul 30. PMID: 22850527.

## P-24. NUEVAS TERAPIAS EN LA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL

Álvaro Sardina P<sup>\*1</sup>, Dorribo Dorribo E<sup>1</sup>, Juberías Alzueta C<sup>1</sup>, Vázquez López M<sup>1</sup>, Rodríguez De La Riva P<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Hospital Universitario Lucas Augusti.*

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La atrofia muscular espinal es la enfermedad neurodegenerativa más común en la infancia. Se caracteriza por la degeneración de las motoneuronas del asta anterior de la médula debido a una mutación en el gen SMN1, produciendo hipotonía y debilidad muscular progresiva. Existen 5 tipos diferentes según edad de presentación, hitos alcanzados y supervivencia. Dada la rápida evolución de la enfermedad y la existencia de tratamientos, es importante la evaluación de cualquier lactante hipotónico. Actualmente existen tres tratamientos para esta enfermedad: La terapia con el oligonucleótido antisentido Nusinersen, la terapia con risdiplam y la terapia génica. Todos ellos han logrado grandes avances consiguiendo que la AME deje de considerarse una enfermedad intratable.

### CASOS CLÍNICOS

Caso 1: Niño de 6 años remitido a consulta de Neuropediatría por AME tipo 2. Antecedentes personales: Embarazo y parto normales en Rumanía. Ingresado en varias ocasiones por infecciones respiratorias. Sedestación a los 9 meses pero no marcha independiente. Realizado estudio genético donde destaca delección homocigota del 5q del gen SMN1. Exploración física en primera consulta: Hipotonía generalizada. Cifoesciosis. Sedestación pero no deambulación. Temblor en extremidades superiores. Arreflexia rotuliana y aquílea. Hipotrofia muscular. Espasividad en EEII con flexo de rodillas no reducible. Pies en equino. Resto normal. Evolución: A los 7 años inicia tratamiento con Nusinersen, actualmente administradas 15 dosis objetivándose mejoría a nivel motor desde el inicio. Caso 2: Niño de 16 meses remitido a consulta de Neuropediatría por AME tipo 1. Antecedentes personales: Embarazo y parto normales en Brasil. Ingresado a los 5 meses por neumonía, desde entonces regresión motora. Realizado ENMG compatible con AME y estudio genético con delección homocigota de SMN1. Exploración física en primera consulta: Hipotonía generalizada. No eleva cabeza en prono. Llanto débil. ROT ausentes. No sedestación liberada. No bipedestación. Resto normal. Evolución: Iniciado tratamiento con Nusinersen a los 17 meses, actualmente administradas 11 dosis con mejoría motora (se mantiene sentado sin apoyo) y de la interacción social y del lenguaje.

### DISCUSIÓN

Aunque la hipotonía es un signo inespecífico de varias patologías, ante un lactante hipotónico es importante la evaluación temprana para poder realizar un diagnóstico e iniciar tratamiento precozmente. El avance de las terapias ha permitido mejorar el pronóstico y la esperanza de vida de los pacientes con AME tipo 1 y 2. No hay que olvidar que, para lograr una mejor eficacia de la medicación, se debe hacer un seguimiento multidisciplinar con soporte nutricional, respiratorio y una adecuada rehabilitación y fisioterapia.

## P-25. ESCLEROSIS MULTIPLE EN LA EDAD PEDIÁTRICA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

González Burgo M<sup>\*1</sup>, Mazaira Schreck T<sup>2</sup>, Melcón Crespo C<sup>1</sup>, Lemoz Bozuas M<sup>1</sup>, De Benito Basanta L<sup>1</sup>, Portugués De La Red M<sup>1</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Servicio de Pediatría., HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO de VIGO, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GALICIA SUR.* <sup>2</sup>*Servicio de Pediatría, HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO de VIGO, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GALICIA SUR.*

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad crónica desmielinizante del sistema nervioso central. Hasta el 5% del total debutan en la infancia, siendo la media de aparición los 12 años. En comparación con la EM en adultos, el Debut de EM en edad pediátrica (POMS) se caracteriza por una mejor recuperación tras los brotes pero con inicio de discapacidad más precoz.

## CASOS CLÍNICOS

Caso 1: Paciente varón de 9 años con clínica de ataxia e inestabilidad de 6 semanas de evolución. En la exploración física (EF) destaca marcha inestable, sin otros datos de focalidad. Se realiza Resonancia Magnética (RMN) cerebral objetivándose “múltiples lesiones desmielinizantes bilaterales (afectación periventricular y yuxtacortical, supra-e infratentoriales y esplenio del cuerpo calloso); con distinto grado de evolución (algunas en “agujero negro”)”. También se aprecian lesiones a nivel medular; así como afectación óptica en el estudio de potenciales evocados visuales realizado. Recibe tratamiento inicial con bolos de corticoide con mejoría progresiva y recuperación completa. Dada la extensa afectación en neuroimagen se inicia tratamiento con fármaco de segunda línea (Natalizumab). Caso 2: Paciente varón de 11 años con clínica súbita de cojera derecha por debilidad en miembro inferior homolateral y parestesias en manos y pies. En la EF destaca debilidad en dedos de ambas manos. Presenta recuperación completa sin recibir tratamiento en fase aguda. En RMN cerebral se objetivan “lesiones en sustancia blanca bimehisdérmica, cuerpo calloso y bulbo; compatibles con afectación desmielinizante”. No presenta afectación óptica. Se inicia tratamiento de mantenimiento con fingolimod. En ambos casos se completa estudio de enfermedades desmielinizantes: AntiMOG y AntiAQ4 (negativos) y bandas oligoclonales (positivas).

## DISCUSIÓN

POMS es una enfermedad neuroinflamatoria y neurodegenerativa, de etiología multifactorial. La actividad inflamatoria es mayor en comparación con los adultos, con más probabilidad de recaídas, mayor deterioro cognitivo e inicio de discapacidad a edades más tempranas. El diagnóstico es de exclusión, basándose en los criterios de McDonald 2017. El interferón  $\beta$  y el acetato de glatirámico constituyen los tratamientos de primera línea en mayores de 12 años. Actualmente se tiende a realizar un tratamiento más agresivo comenzando con fármacos de segunda línea (fingolimod, natalizumab, rituximab); aunque son necesarios más estudios para conocer su seguridad a largo plazo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chitnis, T. (2019). Pediatric Central Nervous System Demyelinating Diseases. <http://journals.lww.com/continuum>. Deiva, K. (2020). Pediatric onset multiple sclerosis. In *Revue Neurologique* (Vol. 176, Issues 1–2, pp. 30–36). Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2019.02.002>. 2. Jakimovski, D., Awan, S., Eckert, S. P., Farooq, O., & Weinstock-Guttman, B. (2022). Multiple Sclerosis in Children: Differential Diagnosis, Prognosis, and Disease-Modifying Treatment. In *CNS Drugs* (Vol. 36, Issue 1, pp. 45–59). Adis. <https://doi.org/10.1007/s40263-021-00887-w>. 3. Macaron, G., Feng, J., Moodley, M., & Rensel, M. (2019). Newer Treatment Approaches in Pediatric-Onset Multiple Sclerosis. In *Current Treatment Options in Neurology* (Vol. 21, Issue 10). Current Science Inc. <https://doi.org/10.1007/s11940-019-0592-z>. 4. Nicotera, A. G., Spoto, G., Saia, M. C., Midiri, M., Turriziani, L., Amore, G., & di Rosa, G. (2022). Treatment of multiple sclerosis in children: A brief overview. In *Clinical Immunology* (Vol. 237). Academic Press Inc. <https://doi.org/10.1016/j.clim.2022.108947>. 5. Padilha, I. G., Fonseca, A. P. A., Pettengill, A. L. M., Fragoso, D. C., Pacheco, F. T., Nunes, R. H., Maia, A. C. M., & da Rocha, A. J. (2020). Pediatric multiple sclerosis: from clinical basis to imaging spectrum and differential diagnosis. In *Pediatric Radiology* (Vol. 50, Issue 6, pp. 776–792). Springer. <https://doi.org/10.1007/s00247-019-04582-3>.

## **P-26. GUILLAIN-BARRÉ ATÍPICO: CUANDO LA DEBILIDAD NO COMIENZA EN LOS MIEMBROS**

Gonzalez Burgo M\*<sup>1</sup>, Quijada Celis C<sup>1</sup>, Díaz Vizcaya L<sup>1</sup>, Castro Velado A<sup>2</sup>, Villares Porto-domínguez A<sup>1</sup>, Portugués De La Red M<sup>1</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría, HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO DE VIGO. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GALICIA SUR. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría, HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO DE VIGO. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GALICIA SUR..

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El Síndrome de Guillain-Barré es una polineuropatía inflamatoria aguda de etiología autoinflamatoria. Cursa con debilidad muscular o parálisis flácida simétrica, progresiva (habitualmente ascendente) y asociada a arreflexia. Puede presentar antecedente de infección respiratoria o gastrointestinal en semanas previas. Tiene una incidencia de 1/100000 niños, siendo más frecuente en adolescentes. La forma clásica (polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda) es la más frecuente en nuestro medio; aunque también existen presentaciones atípicas. El diagnóstico se basa en la clínica, apoyándose en estudio de LCR y electromiografía (EMG).

### **CASOS CLÍNICOS**

Paciente mujer de 5 años con clínica de parálisis facial derecha de 6 días de evolución a tratamiento con corticoide oral sin mejoría. En los últimos 3 días asocia astenia y "sensación de debilidad". Antecedente de síndrome febril una semana antes. A la exploración física destaca asimetría facial con desviación de comisura bucal hacia izquierda y lagofthalmos derecho. Asocia disminución de fuerza en cintura escapular e hiporreflexia en miembro inferior derecho (MID). En pruebas complementarias iniciales destaca aislamiento de VHS-6 en LCR, por lo que se inicia tratamiento con ganciclovir iv; con empeoramiento clínico en los siguientes días: aumento de debilidad en cintura escapular (fuerza distal conservada), incapacidad para sedestación y sostén cefálico y ausencia de reflejos osteotendinosos en miembros superiores (MSD y MSI). Se realiza resonancia magnética cerebral en la que se objetiva captación de contraste en tronco del encéfalo, médula espinal y raíces de cola de caballo que sugieren proceso inflamatorio/autoinmune leptomeníngeo. Se completa con EMG que muestra "asimetría en facial derecho en relación con axonotmesis parcial de grado moderado. En MSD se aprecian amplitudes motoras bajas (sensitivas conservadas), sin alteraciones en MID". Ante hallazgos compatibles con S. Guillain-Barré atípico se administra gammaglobulina iv con mejoría clínica progresiva. Así mismo, recibe rehabilitación con buena evolución que permite alta con seguimiento.

### **DISCUSIÓN**

El Síndrome de Guillain-Barré es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda/subaguda en pediatría. Debe tenerse en cuenta ante un paciente con clínica de debilidad muscular con disminución/ausencia de reflejos. Existen varias formas clínicas con distintas manifestaciones y grado de severidad. A menor edad del paciente, presentación más atípica y mayor dificultad diagnóstica. Las pruebas complementarias en fases iniciales pueden ser normales. El tratamiento se basa en medidas de soporte, administración de gammaglobulina intravenosa y tratamiento rehabilitador con recuperación progresiva completa en la mayoría de los casos.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Pérez-Lledó E, Díaz-Vico A, Gómez-Gosálvez FA. Síndrome de Guillain-Barré: presentación clínica y evolución en menores de 6 años de edad. Anales de Pediatría [Internet]. 2012 Feb 1;76(2):69–76. Available from: <https://www.analesdepediatría.org/es-sindrome-guillain-barre-presentacion-clinica-evolucion-articulo-S16954033110004522>. Mendoza-Hernández D, Blancas Galicia L, Alonso Gutiérrez Hernández J. Núm. 2 Mayo-Agosto. 2010;19:56–63. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2010/al102c.pdf>. Barroso E, Tuta-Quintero E, Olivella J, Aragón C, Vázquez L, Acosta L, et al. Síndrome de Guillain Barré en población pediátrica.

¿Consecuencia de la infección activa o de la covid prolongada? Revista Colombiana de Reumatología. 2022 Aug.4. Leonhard SE, Mandarakas MR, Gondim FAA, Bateman K, Ferreira MLB, Cornblath DR, et al. Diagnosis and management of Guillain-Barré syndrome in ten steps. Nature Reviews Neurology [Internet]. 2019 Sep 20;15(11). Available from: <https://www.nature.com/articles/s41582-019-0250-9>

## **P-27. ENCEFALITIS POR VIRUS HERPES HUMANO 6**

Rubinos Galende L<sup>\*1</sup>, Alonso Gago P<sup>1</sup>, Varela Alonso D<sup>1</sup>, Gallego Vázquez S<sup>1</sup>, Álvaro Sardina P<sup>1</sup>, Amil Pena T<sup>1</sup>, Rodríguez De La Riva P<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti.*

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El virus herpes humano 6 (VHH6) constituye una entidad atípica en el periodo neonatal dada la protección que confieren los anticuerpos maternos recibidos por vía fetoplacentaria. Los humanos son el único huésped y suelen portar el VHH6 de manera asintomática. Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes, destaca el síndrome febril acompañado de roseola. Aún así, el sistema nervioso central también puede verse afectado produciendo secuelas neurológicas potencialmente graves.

### **CASOS CLÍNICOS**

Neonato mujer de 22 días de vida trasladada a nuestro centro desde hospital comarcal por episodios de apnea las 12 horas previas. Embarazo controlado normoevolutivo, cesárea programada a las 39+2 semanas por cesárea anterior. Sin factores de riesgo infeccioso. Periodo neonatal inmediato sin incidencias. Consulta en su centro de origen por irritabilidad y rechazo de tomas asociado a episodios de hipotonía generalizada y subcianosis cutánea de segundos de duración. Se realiza TAC craneal y despistaje infeccioso incluyendo punción lumbar, con resultado normal. Durante su estancia presenta episodios frecuentes de apnea de con rigidez generalizada, precisando intubación endotraqueal. En nuestro centro se constatan episodios de rigidez generalizada con correlato en monitor aEEG, compatibles con crisis tónicas por lo que se inició tratamiento con fenobarbital. A su ingreso presenta pico febril aislado con estabilidad térmica posterior. Se realizan controles analíticos seriados en los que destaca elevación de reactantes de fase aguda (PCR 46 mg/L, PCT 9 ng/mL). En estudios microbiológicos destaca resultado positivo para VHH6 en estudio de virus neurotropos en líquido cefalorraquídeo y en sangre. Estudio de neuroimagen y neurofisiológico dentro de la normalidad. Se confirma IgG positiva para VHH6 en serología materna. Con diagnóstico de encefalitis por VHH6 se indicó tratamiento antiviral iniciamente con Ganciclovir intravenoso durante 10 días, completando 21 días de tratamiento con valganciclovir oral. Cese de la clínica neurológica tras 24 horas de administración de tratamiento anticomercial y antiviral. El seguimiento en consultas externas de Neuropediatría, Neonatología y Atención Primaria confirma un desarrollo psicomotor dentro de la normalidad sin manifestaciones relacionadas con la infección por VHH6.

### **DISCUSIÓN**

De la amplia variedad de manifestaciones causada por VHH6, las neurológicas incluyen cuadros graves con potenciales secuelas neurológicas importantes y una elevada morbimortalidad. La detección precoz del mismo y una administración precoz de tratamiento antiviral ha demostrado una reducción significativa tanto de la carga viral como de futuras secuelas neurológicas. Por lo tanto el VHH6 debe ser considerado como posible agente etiológico en contextos clínicos similares a nuestro caso.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Alonso Díez, C., Romero García, L., San Feliciano Martín, M., Mateos Polo., E. Descripción de un caso de encefalitis neonatal por VHH-6. Bol Pediatr 2020; 60: 138-141. - O'Grady JS. Fifth and sixth

diseases: more than a fever and a rash. J Fam Pract. 2014; 63: E1.- González Saldanña N, Xochihua DL, Gómez Toscano V, Soto Catalán. Encefalitis viral por herpes virus humano tipo 6: Reporte de caso. Rev Enferm Infecc Pediatr. 2014; 107; 420-4. - Green DA, Pereira M, Miko B, Radmard S, Whittier S, Thakur K. Clinical significance of human Herpesvirus 6 positivity on the filmarray meningitis/encephalitis panel. Clin Infect Dis. 2018; 67:1125-8. - Baquedano Lobera I, Bernardo Fonz R, Laliena Aznar S, et al. Encefalopatía por virus herpes 6 como complicación de exantema súbito. Arch Argent Pediatr 2018;116(2):e312-e314.

## **P-28. NARCOLEPSIA: LA GRAN SIMULADORA. UTILIDAD DEL TEST DE LATENCIAS MÚLTIPLES EN AUSENCIA DE CATAPLEJIA.**

Lores Gonzalez O<sup>\*1</sup>, Fernandez Patiño R<sup>2</sup>, Melcon Crespo C<sup>3</sup>, Concheiro Guisan A<sup>3</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA, HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO. <sup>2</sup>PEDIATRÍA, HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO. <sup>3</sup>PEDIATRÍA, HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La narcolepsia es un trastorno neurológico infrecuente y crónico caracterizado por una disregulación sueño-vigilia con somnolencia diurna excesiva. Existen dos tipos de narcolepsia, según la presencia o ausencia de cataplejía (tipo 1 y 2). Presenta etiología desconocida, aunque la fisiopatología se explica por la pérdida de neuronas secretoras de orexina en el hipotálamo, que suprimen la fase REM. Además, existe una asociación entre narcolepsia tipo 1 y HLA DQB1\*0602. Existen unos criterios diagnósticos basados en sintomatología clínica compatible y demostración de alteración en el patrón del sueño mediante el test de latencias múltiples (MSLT). La determinación de niveles de orexina en LCR se utiliza si existen dudas diagnósticas.

### **CASOS CLÍNICOS**

Niña de 12 años a seguimiento en Neuropediatría inicialmente por episodios bruscos de pérdida de tono muscular y rigidez generalizada con recuperación completa. Presenta una exploración física y pruebas complementarias normales salvo la presencia en el electroencefalograma de una actividad epileptiforme generalizada en forma de complejos de punta onda, por lo que se inicia tratamiento antiepiléptico. Ante ausencia de mejoría y aparición de somnolencia diurna excesiva, se realiza una polisomnografía y un MSLT que confirman el diagnóstico. Éstos muestran un acortamiento de la latencia media del sueño (1,38 minutos) así como un inicio del sueño en fase REM en tres de los registros (SOREM: Sleep Onset REM Periods). Se inicia tratamiento con metilfenidato, logrando mejoría de la somnolencia, con persistencia de los episodios de cataplejía. Posteriormente se inicia tratamiento con oxibato sódico con desaparición de los episodios de cataplejía y mejoría en la somnolencia.

### **DISCUSIÓN**

La narcolepsia es una enfermedad grave y con repercusiones. Por ello, el diagnóstico precoz es importante para iniciar tratamiento y evitar comorbilidades académicas y psicosociales. La somnolencia diurna siempre está presente, sin embargo, la cataplejía puede no aparecer de inicio. El test de latencias múltiples es una prueba asequible que ayuda a confirmar el diagnóstico. La polisomnografía se suele realizar si existen dudas diagnósticas y sirve para descartar otras causas de somnolencia diurna como el SAOS. El abordaje debe ser multidisciplinar, con cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico, que debe ser individualizado. Para el tratamiento de la somnolencia se utilizan fármacos estimulantes como el metilfenidato; cuando predomina la cataplejía, puede ser necesario el uso de oxibato sódico.

## P-29. SI LA TIÑA TE SUPERA, PON EL PICO Y ESPERA

García Gómez P<sup>\*1</sup>, Aneiros Castro B<sup>2</sup>, Gómez Veiras J<sup>2</sup>, Rodríguez Iglesias P<sup>2</sup>, Prada Arias M<sup>2</sup>, Montero Sánchez M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>2</sup>Cirugía Pediátrica, Hospital Álvaro Cunqueiro.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El Querion de Celso es la forma inflamatoria de la tiña del cuero cabelludo, consecuencia de una respuesta de hipersensibilidad a los dermatofitos. Es más frecuente entre los 2-14 años y es la primera causa de alopecia en la infancia. La sospecha diagnóstica es clínica, confirmándose el diagnóstico con la detección del agente causal.

### CASOS CLÍNICOS

Presentamos a una paciente de 6 años que acude a Urgencias por fiebre y supuración de una lesión en el cuero cabelludo de 4 días de evolución, que se acompaña de adenopatías occipitales. Se toma una muestra para cultivo y, ante la sospecha de tiña sobreinfectada, se pauta amoxicilina-clavulánico, fluconazol y ketoconazol champú. A las 48 horas, vuelve a Urgencias por persistencia de supuración y dolor. En el cultivo de hongos crece *Trichophyton mentagrophytes*. Ante la sospecha de Querion de Celso, ingresa con amoxicilina-clavulánico, terbinafina, metilprednisolona y ketoconazol champú. Al 4º día de ingreso, se drena la lesión que mide 4 cm. Se realizan curas con antisépticos y al 10º día es dada de alta con terbinafina, ketoconazol champú y permanganato potásico tópico. A las 72 horas del alta, presenta supuración "en espumadera", por lo que reingresa. Se realizan cultivo ordinario que es negativo y curas locales con nitrofuril durante 5 días. Posteriormente, se realizan curas con antisépticos y al 10º día de ingreso es dada de alta. A los 12 días del alta, persiste supuración "en espumadera", por lo que se decide rasurar completamente el cuero cabelludo, desbridar la lesión y colocar un apósito PICO® (sistema de terapia de presión negativa) bajo sedación. Tras 4 cambios de PICO® en 11 días, se observa gran mejoría. La lesión ha cicatrizado completamente en la periferia y persiste una zona central sin epitelizar. Posteriormente, se realizan curas en ambiente húmedo durante 20 días sin observarse cambios. Se decide aplicar Cicaplast Baume®, consiguiendo una notable mejoría en 48 horas y la cicatrización completa en un mes. La paciente está en seguimiento ya que aún presenta zonas alopécicas residuales.

### DISCUSIÓN

El Querion de Celso requiere tratamiento antifúngico sistémico y, en algunos casos, drenaje de la lesión. Dado que son lesiones exudativas, la terapia de presión negativa facilita la cicatrización, reduciendo el tiempo de curación. El retraso en el tratamiento se ha asociado a alopecia residual, por lo que la terapia de presión negativa podría ser de utilidad para evitar esta complicación.

### BIBLIOGRAFÍA

Berzosa López R, García-Caro García E, Ledesma Albarrán JM. Querion de Celso. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2012;5;183-4. Molinero Barranco M.A.. Lesión inflamatoria "en espumadera" en región parietal. *Sanid. Mil*. [Internet]. 2016 Mar [citado 2022 Ago 27]; 72(1): 59-60. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1887-85712016000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712016000100009&lng=es). Gioseffi María Laura, Giardelli Margarita, Bocian Marcela. Querión de Celso en la infancia. *Arch. argent. pediatr*. [Internet]. 2004 Abr [citado 2022 Ago 27]; 102(2): 152-153. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752004000200017&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000200017&lng=es). Conejo Fernández A, Martínez Roig A, Ramírez Balza O, Álvarez González F, Hernández Hernández A, Baquero Artigao F, et al. Documento de consenso SEIP-AEPap-SEPEAP sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones cutáneas micóticas de manejo ambulatorio. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2016;18:e149-e172.

## P-30. IMPÉTIGO, QUE HAY DETRÁS

Martín Andrés L\*<sup>1</sup>, Mourelle Vázquez N<sup>1</sup>, Anegón García M<sup>1</sup>, Ortiz López I<sup>1</sup>, López Fernández A<sup>1</sup>, López Cebrián SA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO DE OURENSE.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El virus herpes simple (VHS) es una infección frecuente en la infancia, dónde predomina el subtipo 1. La primoinfección herpética suele manifestarse como una gingivostomatitis dolorosa. El diagnóstico suele ser clínico, aunque la PCR del exudado de la lesión constituye el goldstandar. Generalmente, no precisa tratamiento específico, recomendándose Aciclovir en las primeras 72 horas del cuadro en inmunodeprimidos, casos graves o muy sintomáticos, con la finalidad de acortar y paliar la clínica. El impétigo es una infección cutánea producida generalmente por *Staphilococo Aureus* y *Streptococo pyógenes*. Puede ser primaria o secundaria. Se produce eritema cutáneo con desarrollo de vesículas que se llenan de pus y liberan su contenido dando lugar a costras melicéricas. El tratamiento es antibioterapia tópica, salvo en casos graves donde puede precisarse antibioterapia sistémica.

### CASOS CLÍNICOS

Paciente de 14 meses y fototipo IV con lesiones peribucales vesículo-papulosas con costra melicérica de 4 días de evolución. Asocia fiebre, disminución de la ingesta, gingivostomatitis aftosa y conglomerado adenopático submandibular-sublingual doloroso. Antecedente de dermatitis atópica. Recibe tratamiento con mupirocina y amoxicilina-clavulánico oral sin mejoría clínica. Presenta linfocitosis y elevación de reactantes de fase aguda. Ante sospecha clínica de sobreinfección cutánea por impétigo sobre lesión por VHS, se recoge muestra para cultivo y PCR, iniciándose tratamiento empírico con aciclovir oral (7 días) asociado a amoxicilina-clavulánico intravenoso (7 días) y fluidoterapia de soporte. Se realiza desbridamiento suave de la lesión, quedando una base exudativa y friable de aspecto ulceroso. Manejo conjunto con la unidad de úlceras, añadiendo tratamiento tópico con vitamina E. Mejoría clínica partir de las 48-72 horas de tratamiento, con rápida reepitelización de la lesión y disminución progresiva del conglomerado adenopático, asociando mejoría de las ingestas. Al finalizar el tratamiento, la lesión impresiona cicatrizada e hipopigmentada y persistencia de mínimo conglomerado adenopático.

### DISCUSIÓN

La infección por VHS es una patología común en la población infantil. En casos leves-moderados el tratamiento con aciclovir oral precoz puede acortar la duración de la sintomatología, acelerar la eliminación del virus y disminuir el riesgo de recaída. El impétigo cutáneo es frecuente en la infancia. Ante esta infección, deberemos tener en cuenta la posibilidad de que el origen del mismo sea una patología de base.

### BIBLIOGRAFÍA

[https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de-la-piel-y-partes-blandas-\(i\):-impetigo-celulitis-absceso](https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-infecciones-de-la-piel-y-partes-blandas-(i):-impetigo-celulitis-absceso)<https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-herpes-simplex-virus-type-1>  
<https://www.analesdepediatría.org/es-pdf-13092498><https://fapap.es/articulo/318/gingivostomatitis>

## **P-31. UTILIDAD DE LAS TÉCNICAS DE ENDOSCOPIA EN EL DIAGNOSTICO DE LAS VARIANTES DE ATRESIA DE ESÓFAGO**

López Villares M<sup>\*1</sup>, Barreiro Carballo L<sup>1</sup>, Fernández Patiño R<sup>1</sup>, Prieto Pumarada M<sup>1</sup>, Padín Fontán M<sup>1</sup>, Aneiros Castro B<sup>2</sup>, Gómez Veiras J<sup>2</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>Cirugía Pediátrica, Hospital Álvaro Cunqueiro.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La atresia esofágica es una anomalía congénita consistente en una interrupción en la continuidad del esófago que puede asociarse a la existencia de una fístula traqueoesofágica. Según la clasificación de Gross, la atresia esofágica tipo III (atresia con fístula traqueoesofágica distal) es la más común, representando un 85% de los casos, seguida de la tipo I (7%), mientras que la tipo II (atresia con fístula proximal) es mucho menos frecuente (1%). La ecografía y la resonancia magnética fetal permiten identificar hallazgos como el polihidramnios y/o la ausencia de cámara gástrica, que nos pueden sugerir el diagnóstico. Al nacimiento, la falta de progresión de una sonda al estómago, confirmada mediante radiografía simple, es sugestiva de atresia de esófago. La ausencia de aire en cámara gástrica suele indicar atresia sin fístula traqueoesofágica. Sin embargo, estos hallazgos deben ser confirmados, ya que un retraso y/o error diagnóstico aumentan la morbilidad del paciente, empeorando así su pronóstico.

### **CASOS CLÍNICOS**

Gestación obtenida mediante FIV en la que se objetivan mediante ecografía y resonancia magnética ausencia de cámara gástrica y polihidramnios. Se realiza CGH-array en líquido amniótico con resultado normal. El paciente nace mediante cesárea electiva en semana 38+4 sin necesidad de reanimación. Se realiza radiografía simple en la que se observa sonda nasogástrica a nivel cervical y ausencia de aire en cámara gástrica. Se administra contraste oral, evidenciándose paso del mismo al árbol bronquial, lo que sugiere posibilidad de fístula traqueoesofágica proximal. Para confirmar el diagnóstico, se realizan endoscopia y broncoscopia, visualizándose una fístula traqueoesofágica proximal y un esófago proximal muy corto, lo que sugiere “atresia tipo II long gap”. Se decide traslado a unidad quirúrgica especializada donde se realizan cierre de fístula, gastrostomía y medición de cabos que confirma “long gap”.

### **DISCUSIÓN**

La atresia esofágica es una anomalía congénita que implica una importante morbilidad respiratoria y digestiva a corto y largo plazo. Si bien la atresia esofágica tipo II es poco frecuente, su diagnóstico certero es importante de cara a un manejo quirúrgico adecuado, por lo que la realización de una broncoscopia preoperatoria es imprescindible. Además, una elevada distancia entre los cabos esofágicos supone un importante reto quirúrgico, ya que una anastomosis primaria no suele ser factible, siendo las técnicas de elongación esofágica una opción quirúrgica a tener en cuenta.

## **P-32. ABSCESO ESPLÉNICO, UNA CAUSA INFRECUENTE DE FIEBRE Y DOLOR COSTAL**

Martín L<sup>\*1</sup>, Monner Romero M<sup>2</sup>, Sarmiento Carrera N<sup>2</sup>, Novoa Illanes A<sup>1</sup>, Rodríguez Rodríguez C<sup>2</sup>, Vadillo González F<sup>2</sup>, Gil González C<sup>2</sup>, Díaz García C<sup>2</sup>, Fernández Cebrián S<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA, Complejo Hospitalario de Ourense. <sup>2</sup>PEDIATRÍA, Complejo Hospitalario de Ourense.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El absceso esplénico es una entidad poco común, con una incidencia de 0,2 a 0,7 %. Es más frecuente en pacientes inmunodeprimidos, aunque puede aparecer tras una bacteriemia en individuos sanos.

El manejo es médico-quirúrgico y el drenaje percutáneo se reserva para lesiones uniloculares de acceso anatómico favorable.

### CASOS CLÍNICOS

Paciente de 14 años con obesidad e hiperuricemia. Valorado por dolor costal izquierdo no pleurítico, disnea, fiebre vespertina y tos de 10 días de evolución. Presenta afectación del estado general y dolor abdominal intenso en hipocondrio izquierdo. Analítica sanguínea con reactantes de fase aguda elevados, radiografía de tórax normal y ecografía abdominal que muestra absceso esplénico de 120 mm. Se inicia ceftriaxona endovenosa y se coloca catéter percutáneo drenando 150 mL de contenido purulento grisáceo. Se aísla *Salmonella* entérica en material drenado, resto de estudios microbiológicos negativos. Se mantiene ceftriaxona endovenosa 4 semanas y cefditoreno oral 4 semanas más. Ecocardiografía e inmunidad normales. Evolución favorable persistiendo mínimo quiste residual de 14 mm.

### DISCUSIÓN

El absceso esplénico es una complicación infrecuente de la infección por *Salmonella* entérica. Una alta sospecha clínica y las pruebas de imagen son claves para el diagnóstico. La antibioterapia de amplio espectro y el drenaje percutáneo pueden ser una alternativa eficaz que evite la esplenectomía. Ante el posible fracaso del manejo conservador, es prioritaria la actualización del calendario vacunas.

### BIBLIOGRAFÍA

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-24482005000300007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482005000300007)  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-75822016000100007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822016000100007)

## P-33. CASO CLÍNICO SÍNDROME MALFORMACIONES CAPILARES – MALFORMACIONES ARTERIO-VENOSAS (MC-MAV) CON MUTACIÓN GEN RASA-1

González-pola S<sup>\*1</sup>, Del Cerro D<sup>1</sup>, Ramallo S<sup>1</sup>, Del Pozo J<sup>2</sup>, G Tellado M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cirugía pediátrica, Materno Infantil Teresa Herrera. <sup>2</sup>Dermatología, CHUAC.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las malformaciones capilares son las malformaciones vasculares más frecuentes en el recién nacido, presentes en el 0.3%. Aunque la mayoría de estas lesiones ocurren de forma esporádica y son lesiones solitarias, existen casos asociados a síndromes familiares con malformaciones capilares múltiples. Se presenta el caso clínico de un paciente de 7 años con anomalías capilares múltiples con diagnóstico de síndrome de Malformaciones capilares-malformaciones arteriovenosas.

### CASOS CLÍNICOS

Remitida a consultas de cirugía pediátrica por telangiectasias múltiples. Como antecedentes personales destacar que es adoptada y tuvo un episodio de molloscum contagiosum en 2019 tratada con Molusk y crioterapia. No otros datos de interés. A los 5 años comienza a presentar una lesión macular a nivel de punta nasal, con tendencia al sangrado, siendo derivada por su pediatra al servicio de dermatología. Se establece un diagnóstico inicial de telangiectasias, sin embargo, posteriormente la lesión nasal continúa creciendo con nuevos episodios de sangrado y aparecen de otras lesiones similares a nivel de miembros superiores e inferiores. Los padres no saben especificar si estas lesiones estaban presentes al nacimiento ya que fue adoptada. Se trata de lesiones planas, de pequeño tamaño, rosadas-rojizas, multifocales, la mayoría con halo blanquecino a su alrededor y que desaparecen a la presión. No se evidencia afectación de mucosas. Ante la presentación clínica se sospecha de una enfermedad de Rendu-Osler-Weber o Telangiectasia hemorrágica hereditaria

solicitándose estudio genético. En dicho estudio se evidenció una mutación missense en el exón 16 del gen RASA1. Esta mutación, de acuerdo con las bases de datos accesibles, es de significación clínica incierta. Sin embargo, mutaciones del gen RASA1 están asociadas al síndrome Malformaciones Capilares – Malformaciones Arteriovenosas, cuya expresión clínica coincide con la presentada por nuestro paciente. Actualmente se encuentra pendiente de estudios de imagen cerebral y espinal para despistaje de malformaciones de alto flujo.

## DISCUSIÓN

El síndrome MC-MAV, es debido a mutaciones heterocigotas de herencia autosómica dominante el gen RASA1 o en el gen EPHB4 implicados en las vías de proliferación, migración y supervivencia celular RAS/MAPK y PI3K. La mutación de estos genes da lugar a dos fenotipos: MC-MAV1 (RASA1) y MC-MAV2 (EPHB4). Ambos presentan malformaciones capilares: múltiples, en extremidades y cara, de pequeño tamaño, redondas u ovaladas, rosadas y con halo pálido a su alrededor. 30% presentan malformaciones de alto flujo que pueden producir complicaciones que pongan en riesgo la vida en riesgo. El fenotipo 2 presenta telangiectasias. Es importante saber reconocer las malformaciones capilares atípicas, pues son marcador de susceptibilidad genético para malformaciones de alto flujo, para las cuales deberá realizarse un screening mediante técnicas de imagen intracraneal y espinal.

## BIBLIOGRAFÍA

Bayrak-Toydemir P, Stevenson DA. Capillary Malformation-Arteriovenous Malformation Syndrome. In: Adam MP, Ardinger HH, Pagon RA, et al., eds. GeneReviews®. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; February 22, 2011. Rujiwetpongstorn R, Phowthongkum P, Panchaprateep R. Multiple lentiginos in RASA1-associated capillary malformation-arteriovenous malformation syndrome. JAAD Case Rep. 2020;7:47-49. Published 2020 Nov 1. doi:10.1016/j.jdcr.2020.10.022 El Hajjam M, Mekki A, Palmyre A, et al. RASA1 phenotype overlaps with hereditary haemorrhagic telangiectasia: two case reports. J Med Genet. 2021;58(9):645-647. doi:10.1136/jmedgenet-2019-106792 Català A, Roé E, Vikkula M, Baselga E. Capillary malformation-arteriovenous malformation syndrome: a report of 2 cases, diagnostic criteria, and management. Actas Dermosifiliogr. 2013;104(8):710-713. doi:10.1016/j.adengl.2012.04.025 M. Galán-Gutiérrez, R. Ruiz-Villaverde. Capillary malformation-arteriovenous malformation síndrome. Anales pediatría. 2013;79(6):374-376. DOI: 10.1016/j.anpedi.2013.03.013 Eerola I, Boon LM, Mulliken JB, et al. Capillary malformation-arteriovenous malformation, a new clinical and genetic disorder caused by RASA1 mutations. Am J Hum Genet. 2003;73(6):1240-1249. doi:10.1086/379793 Edwards LR, Blechman AB, Zlotoff BJ. RASA1 mutation in a family with capillary malformation-arteriovenous malformation syndrome: A discussion of the differential diagnosis. Pediatr Dermatol. 2018;35(1):e9-e12. doi:10.1111/pde.13332 Wooderchak-Donahue WL, Akay G, Whitehead K, et al. Phenotype of CM-AVM2 caused by variants in EPHB4: how much overlap with hereditary hemorrhagic telangiectasia (HHT)? Genet Med. 2019;21(9):2007-2014. doi:10.1038/s41436-019-0443-z

## P-34. ESTUDIO COMPARATIVO EN EL USO DE 2 BETA-BLOQUEANTES TÓPICOS EN EL TRATAMIENTO DEL HEMANGIOMA INFANTIL

González-pola S<sup>\*1</sup>, Del Cerro D<sup>1</sup>, Ramallo R<sup>1</sup>, Del Pozo J<sup>2</sup>, G Tellado M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cirugía pediátrica, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera. <sup>2</sup>Dermatología, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera.

## OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es comparar el uso de 2 betabloqueantes tópicos, timolol y propranolol, en términos de eficacia, en el tratamiento de los hemangiomas infantiles. Objetivo secundario es identificar factores que puedan influir en la respuesta a estos tratamientos.

## MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de todos los pacientes con hemangioma infantil a tratamiento con betabloqueantes tópicos en nuestro servicio: 93 pacientes. Se analiza la respuesta a cada tratamiento mediante escala visual (crecimiento, estabilidad, mejoría y resolución) al finalizar el mismo y con un tiempo corregido de 5 meses; y el tamaño y tipo de hemangiomas.

## RESULTADOS

Se compararon 93 pacientes tratados con beta bloqueantes tópicos. Timolol 68 casos (74%) y propranolol 25 pacientes (26%). 92 pacientes iniciaron tratamiento en 1º año de vida. Media de edad: 5 meses (4.8 timolol, 5.8 Propranolol). El tiempo de uso medio de tratamiento fue de 10 meses (Timolol 12 meses, Propranolol 4.7 meses), con un mínimo de 1 mes y un máximo de 24 meses. El tiempo medio en que se vio que 74 casos alcanzaban la mejoría fue de 3.2 meses, con un mínimo de 1 mes y un máximo de 6 meses. Se observó una mayor tasa de mejoría a favor del timolol 61% Vs 48% y de resolución, 20% Vs 8%. La diferencia entre los casos de resolución se debía a un mayor tiempo de uso por parte de los pacientes con timolol, el cual se corregía al valorar los resultados a los 5 meses: 0 casos de resoluciones en los tratados con timolol (82% mejoría) y 1 caso con propranolol al cabo de este tiempo (52% mejoría). Los casos de no respuesta a tratamiento (crecimiento o estabilidad) se mantienen invariables a pesar de la corrección temporal: 28% Vs 17% a favor de timolol. En los casos que no respondieron, en los tratados con propranolol se observa que un 71% presentan un tamaño intermedio (3-5cm) y un 42% de los tratados eran hemangiomas mixtos, frente a solo el 8% en el grupo tratado con timolol

## CONCLUSIONES

Limitaciones: pequeña muestra, especialmente en el grupo con propranolol donde además hay un 16% de casos perdidos. Mejores tasas de respuesta en el grupo tratado con timolol, aunque podría deberse a características como tamaño y tipo de hemangiomas tratados; y el inicio en edades más tempranas de timolol. La tasa de respuesta clínica es independiente del tiempo. Los casos superficiales y pediculados no responden de forma óptima a ninguno de los dos tratamientos.

## BIBLIOGRAFÍA

Wu HW, Wang X, Zhang L, Zheng JW, Liu C, Wang YA. Topical Timolol Vs. Oral Propranolol for the Treatment of Superficial Infantile Hemangiomas. *Front Oncol.* 2018 Dec 18;8:605. doi: 10.3389/fonc.2018.00605. PMID: 30619747; PMCID: PMC6305365. Kunzi-Rapp K. Topical propranolol therapy for infantile hemangiomas. *Pediatr Dermatol.* 2012;29(2):154-159. doi:10.1111/j.1525-1470.2011.01615.x Price A, Rai S, Mcleod RWJ, Birchall JC, Elhassan HA. Topical propranolol for infantile haemangiomas: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018;32(12):2083-2089. doi:10.1111/jdv.14963

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los hemangiomas infantiles es el tumor más frecuente de la lactancia afectando al 4% de los lactantes. Presenta un ciclo de vida singular consistente en 3 fases: proliferativa, involutiva e involucionada, teniendo por tanto un comportamiento autolimitado. El 50% ha completado la involución a los 5 años y el 70% a los 7 años. A pesar de su naturaleza e historia, en ocasiones es preciso tratarlos (localizaciones peligrosas, gran tamaño, complicaciones). En estos casos además del tratamiento oral está ganando importancia el tratamiento tópico, donde podemos encontrar

## **P-35. LITOTRICIA LÁSER MEDIANTE MICROURETEROSCOPIA (MICROURS) EN POBLACIÓN INFANTIL: AVANCE DE LA TECNOLOGÍA Y AUMENTO DE SU INDICACIÓN.**

Del Cerró Rodríguez D\*<sup>1</sup>, Somoza Argibay I<sup>1</sup>, Ramallo Varela S<sup>1</sup>, González-pola S<sup>1</sup>, Dargallo Carbonell T<sup>1</sup>, Garcia González M<sup>1</sup>, Gómez Tellado M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La indicación endourológica en el tratamiento de la patología litiásica en población infantil se ha extendido los últimos años debido al avance tecnológico y el diseño de material adaptado a estos pacientes. Esto ha permitido emplearlos con mayor seguridad y que los profesionales encargados de esta patología amplíen su experiencia y mejoren sus resultados. En la actualidad, el láser con microureteroscopia (microURS) es el tratamiento de elección en litiasis ureteral, habiéndose impuesto a la litotricia extracorpórea con ondas de choque (LEOC). Objetivo: presentar un caso clínico de litiasis ureteral en la infancia tratado satisfactoriamente con microureteroscopia (microURS) mostrando su seguridad y eficacia.

### **CASOS CLÍNICOS**

Paciente mujer de 13 años con antecedentes de episodios autolimitados de dolor lumbar derecho de dos años de evolución, con discreta dilatación pielocalicial derecha y sospecha de litiasis ureteral derecha, pero sin haber llegado a demostrarla en pruebas de imagen. Acude con clínica de dolor lumbar derecho, no irradiado y acompañado de vómitos. A la exploración física el abdomen es blando, depresible y la puño percusión renal negativa. Presenta hematuria macroscópica y leucocituria. En pruebas de imagen se objetiva una calcificación de 13mm en pelvis menor derecha y una dilatación ureteropielocalicial que ha aumentado con respecto a las medidas previas. Ingresa para manejo del dolor, sondaje vesical y alfa bloqueantes. Los episodios persisten posteriormente por lo que se programa intervención quirúrgica: Ureteroscopia y litotricia láser. Con la paciente en posición de litotomía se emplea un mini nefroscopio de 5 CH, identificando el meato ureteral y canalizándolo con guía hasta identificar litiasis a unos 4cm del meato. Mediante fibra láser de 272 micras se realiza la fragmentación a 1.5J y 20Hz, y pulverización a 0.5J y 45Hz. Se extraen algunos fragmentos para análisis. Colocación de catéter Doble J 6Ch x 26cm. La paciente es dada de alta 3 días tras la intervención, encontrándose asintomática y recogiendo restos de arenilla con la orina. Retirada del catéter Doble J un mes tras la intervención sin incidencias, encontrándose la paciente asintomática y con mejoría de la dilatación pielocalicial en las pruebas de imagen.

### **DISCUSIÓN**

La adaptación del instrumental empleado en endourológica para pacientes pediátricos ha ampliado su indicación en el tratamiento retrógrado de las litiasis ureterales, siendo hoy en día el tratamiento de elección. La microURS es un método seguro y efectivo en el tratamiento de cálculos ureterales distales en población infantil, habiéndose realizado hasta cuatro casos con éxito en nuestro centro durante el último año. Debemos sensibilizar a los gestores en la adquisición y desarrollo de material adecuado para estandarizar las técnicas reconocidas como de elección en pacientes de menor edad.

## **P-36. PILOMATRIXOMA EN PACIENTE NEONATO A PROPÓSITO DE UN CASO**

Torrealea Gabiola G<sup>\*1</sup>, Las Hayas Rodríguez A<sup>1</sup>, Ramil Méndez M<sup>1</sup>, Fernández González S<sup>1</sup>, Taboada Perianes M<sup>1</sup>, Fuentes Carballal J<sup>1</sup>, Sucasas Alonso A<sup>1</sup>, Martínez Regueira S<sup>1</sup>, Fernández Trisac J<sup>1</sup>, Pardo Vázquez J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Neonatología, Hospital Teresa Herrera Materno Infantil .

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El pilomatrixoma es un tumor benigno derivado de las células de la matriz pilosa. Se trata de uno de los tumores cutáneos más frecuentes en la infancia. Suele tratarse de una lesión nodular única de consistencia elástica, eritematosa, con medidas que oscilan entre 0,5 - 3 cm. Sin embargo, existen casos en los que la presentación es atípica (mayor tamaño, ulceración,...).

### **CASOS CLÍNICOS**

Se expone el caso de un recién nacido pretérmino de 32+5 semanas de gestación, que ingresa en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por prematuridad. Al ingreso se visualiza lesión redondeada, sobrelevada, bien delimitada, de consistencia elástica y coloración rojiza, de aproximadamente 1,2 cm x 1,5 cm, localizada en zona parietal derecha. Dicha lesión impresiona de pilomatrixoma. Al rehistoriar a los padres, refieren antecedente de abuelo materno y tía materna con lesiones de características similares a nivel retroauricular y en cuero cabelludo, respectivamente. Se amplían estudios con radiografía craneal en la que se visualiza lesión de partes blandas, de morfología elongada, exofítica en región parietal derecha, sin evidencia de afectación ósea. Se realiza interconsulta al servicio de Dermatología y Cirugía Infantil, que realizan seguimiento ambulatorio posterior. Finalmente se decide intervención quirúrgica para exéresis de la lesión.

### **DISCUSIÓN**

El pilomatrixoma es una neoplasia epitelial benigna que generalmente se presenta con características similares a las descritas en nuestro caso. Es importante hacer un diagnóstico diferencial con otras lesiones cutáneas, tanto benignas (quistes epidérmicos, dermatofibromas), como malignas (metástasis, rhabdomyosarcoma o carcinoma). En caso de sospechar alguna de estas entidades, es esencial extirpar la lesión y realizar un estudio histopatológico para aclarar el origen.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Ireland AM, Harvey NT, Berry BD, Wood BA. Paediatric cutaneous adnexal tumours: a study of 559 cases. *Pathology*. 2017 Jan;49(1):50-54. doi: 10.1016/j.pathol.2016.10.003. Epub 2016 Nov 30. PMID: 27914683.- Storm CA, Seykora JT. Cutaneous adnexal neoplasms. *Am J Clin Pathol*. 2002 Dec;118 Suppl:S33-49. doi: 10.1309/LR16-VURN-JNWC-B0KD. PMID: 14569812.- Laffargue JA, Stefano PC, Vivoda JL, Yarza ML, Bellelli AG, Castro MN, Torres Huamani AN, Apa SN, Navacchia D, Centeno M, Cervini AB, Grees SA. Pilomatrixomas in children: Report of 149 cases. A retrospective study at two children's hospitals. *Arch Argent Pediatr*. 2019 Oct 1;117(5):340-343. English, Spanish. doi: 10.5546/aap.2019.eng.340. PMID: 31560492.- Neri I, Virdi A, Patrizi A. Pilomatrixoma, a misdiagnosed lesion: two pediatric case reports. *G Ital Dermatol Venereol*. 2012 Feb;147(1):131-2. PMID: 22370580.- Jones CD, Ho W, Robertson BF, Gunn E, Morley S. Pilomatrixoma: A Comprehensive Review of the Literature. *Am J Dermatopathol*. 2018 Sep;40(9):631-641. doi: 10.1097/DAD.0000000000001118. PMID: 30119102.

## **P-37. ENFERMEDAD DE MILROY: UNA RARA ENTIDAD CAUSANTE DE LINFEDEMA CONGÉNITO.**

Díaz Fernández F<sup>\*1</sup>, Barrueco Ramos C<sup>1</sup>, Veiga Fachal C<sup>1</sup>, Sucasas Alonso A<sup>1</sup>, Fernández Trisac J<sup>1</sup>, Pardo Vázquez J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Hospital Teresa Herrera .*

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El linfedema congénito o Enfermedad de Milroy está causado por una aplasia o hipoplasia de los vasos linfáticos, provocando un defecto de su drenaje, lo que conlleva a un aumento de proteínas extravasculares y secundariamente un aumento anormal de líquido a nivel del espacio intersticial. Clínicamente se presenta como tumefacción indolora especialmente marcada a nivel de miembros inferiores. Suele ser un edema firme a la palpación, y habitualmente bilateral. Suele estar asociado con historia familiar, con herencia autosómica dominante, aunque con expresión variable y penetrancia incompleta. Se han reportado algunas mutaciones genéticas relacionadas con la enfermedad. La más asociada es la mutación del gen FLT4, presente hasta en el 75% de los pacientes con enfermedad de Milroy. Dicho gen codifica un receptor tirosinquinasa necesario para el normal desarrollo linfático. También existen casos de linfedema congénito idiopático, que afecta a un único miembro de la familia, y su diagnóstico se efectúa por exclusión.

### **CASOS CLÍNICOS**

Recién nacido varón que presenta al nacimiento edema sin fovea a nivel de dorso de los pies. Como antecedentes prenatales en la ecografía del primer trimestre se objetiva derrame pleural bilateral y edema subcutáneo abdominal. En ecografía de la semana 20 presenta TN>p99, con edema subcutáneo en miembros inferiores, prefrontal y cervical y colección líquida torácica, impresionando de linfedema congénito. Realizado estudio en vellosidades coriales durante la gestación, con CGH array dentro de la normalidad. Se amplió estudio con panel de genes asociado a linfedema sin detectar mutaciones consideradas patogénicas. Al nacimiento se realiza radiografía de tórax, ecografía abdominal y de SNC, sin hallazgos patológicos. En ecografía de pies se objetiva engrosamiento hiperecogénico difuso del tejido subcutáneo de ambos pies compatible con edema. Se solicita linfogammagrafía convencional de extremidades inferiores tras administración subdérmica de dos dosis trazadoras de 99mTc-nanocoloides en primeros espacios interdigitales de pies, objetivándose ausencia drenaje en MMII hacia ganglios inguinales e ilíacos en imágenes tardías, hallazgos compatibles con linfedema congénito primario. Desde entonces está a seguimiento multidisciplinar por Fisioterapeuta, Rehabilitación, Cirugía Pediátrica, sometiéndose a terapia descongestiva consistente en sesiones de drenaje linfático manual y vendajes compresivos, con mejoría del edema.

### **DISCUSIÓN**

La enfermedad de Milroy es una entidad rara que cursa con edema a nivel de MMII desde el nacimiento debido a una agenesia de los vasos linfáticos. Su diagnóstico se basa en la combinación de estudio genético y pruebas de imagen mediante técnicas de medicina nuclear, y su tratamiento se basa en terapias descongestivas.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Domínguez-carrillo LG, Armenta-flores R, Domínguez-gasca LG. Linfedema congénito , enfermedad de Milroy. 2011;(3):149–54.
2. Crespo Cobo MP, Lpez Blanco ME, Gil Hernández MS, De Miguel Benadiba C, Alonso Lvarez B. Primary lymphedema. Rehabilitacion. 2010;44(SUPPL. 1):8–13.
3. Gordon K. Milroy Disease Summary Genetic counseling Diagnosis Suggestive Findings. 2022

## **P-38. TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO: DOS CARAS DE UNA MISMA MONEDA**

Quijada Celis C\*<sup>1</sup>, Barreiro Carballo L<sup>1</sup>, Alvarez Demanuel D<sup>1</sup>, Fernández Eire P<sup>2</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital Alvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>Cirugía Pediátrica, Hospital Alvaro Cunqueiro.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El tumor miofibroblástico inflamatorio es una neoplasia benigna con características de malignidad intermedia que puede comportarse de forma invasiva. Es un tumor de baja incidencia que afecta principalmente al paciente pediátrico o al adulto joven. La localización más frecuente es pulmonar y comúnmente cursa de manera asintomática. Su diagnóstico definitivo es histológico y el tratamiento de primera elección es quirúrgico, siendo curativo en la mayoría de los casos.

### **CASOS CLÍNICOS**

Se presentan los casos de dos pacientes varones de 8 y 11 años que acuden a Urgencias con clínica respiratoria de inicio brusco, estando afebriles sin otra sintomatología asociada. En el primer caso el paciente inicia disnea y dolor de características pleuríticas con respiración superficial e hipoventilación pulmonar en la exploración. Ingresa con diagnóstico de consolidación basal derecha asociada a derrame pleural en radiografía de tórax. Presenta empeoramiento clínico progresivo asociado a aumento del derrame por lo que se realiza toracocentesis y TAC toraco-abdominal con contraste observándose lesión compatible con masa pulmonar en lóbulo inferior derecho y hemotórax hasta lóbulo superior. Ante estabilidad del paciente se realiza lobectomía inferior derecha con exéresis tumoral total, siendo la intervención curativa. En el segundo caso el paciente acude por dolor en hipocondrio derecho, tos y hemoptisis. En la exploración destaca afectación del estado general con palidez cutánea, taquipnea e hipoventilación pulmonar derecha. En la radiografía de tórax presenta aumento de densidad en 2/3 del hemitórax. Se realiza TAC objetivándose una masa pulmonar y signos de sangrado activo. Ante hemotórax masivo e inestabilidad hemodinámica se procede a tratamiento quirúrgico de urgencia con neumonectomía total derecha. En ambos casos se llegó mediante el estudio morfológico e inmunohistoquímico al diagnóstico de tumor miofibroblástico inflamatorio pulmonar.

### **DISCUSIÓN**

El tumor miofibroblástico es una entidad poco frecuente que, a pesar de su naturaleza benigna, puede constituir un cuadro amenazante para la vida. Dada su baja incidencia es una patología infradiagnosticada que se debe conocer y tener presente a la hora de plantear un diagnóstico diferencial. En un paciente con clínica respiratoria de inicio agudo, afebril, sin otra sintomatología de infección respiratoria y marcada afectación del estado general para la clínica que presenta debemos plantearnos realizar otras pruebas de imagen como el TAC con contraste. La condición principal para definir el momento óptimo de la cirugía es el estado hemodinámico del paciente, puesto que el hemotórax masivo o la inestabilidad clínica son indicaciones de cirugía urgente.

## **P-39. SINDROME BASCULE: SABER LO QUE SE BUSCA AYUDA A ENTENDER LO QUE SE ENCUENTRA.**

Amaro Castro R\*<sup>1</sup>, Barreiro Carballo L<sup>1</sup>, Suarez Otero G<sup>1</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El síndrome BASCULE (Bier Anemic Spots, Cianosis with Urticaria-Like Eruption), descrito por primera vez en 2016, se trata de una dermatosis vasomotora benigna que ocurre en contexto de una hipoxia tisular transitoria. Se caracteriza por cambios de coloración, que afectan principalmente a

miembros inferiores en posición ortostática y desaparecen espontáneamente al ceder la bipedestación. Dado lo característico de las lesiones, el diagnóstico es principalmente clínico. La biopsia cutánea muestra hallazgos inespecíficos y no suele ser necesaria para el diagnóstico. Se sugiere una relación con el síndrome POTS (síndrome de taquicardia postural ortostática) con síncope asociados al ejercicio e intolerancia al ortostatismo. Presentamos cuatro pacientes, con un cuadro compatible con este síndrome.

### **CASOS CLÍNICOS**

Se presentan cuatro pacientes adolescentes entre los 11 y los 14 años, todos ellos diagnosticados desde el 2020. Las manifestaciones clínicas ocurren en los primeros minutos tras el paso de sedestación a bipedestación. Se inicia con la aparición de eritrocianosis, seguido de manchas hipocrómicas que posteriormente pasan a máculas y pápulas rojo anaranjadas. En todos hay resolución espontánea del cuadro al recuperar el decúbito. Todos los pacientes presentan afectación de miembros inferiores y solo uno de ellos también lo padece en miembros superiores y flancos. Otros síntomas asociados fueron prurito y edema, así como sensación de mareo con el cambio a posición vertical. El 50% de nuestros pacientes habían padecido infección por SARS-Cov2 en los dos meses previos. En ningún caso se encontraron alteraciones significativas en las pruebas complementarias realizadas. Tras una revisión de la literatura, uno de ellos inició tratamiento con bilastina debido a una clínica mas acusada, sin mejoría significativa. En la actualidad, los cuatro pacientes refieren persistencia de la clínica.

### **DISCUSIÓN**

El acrónimo BASCULE, fue propuesto para describir la presencia de cianosis y aparición de una erupción tipo urticaria caracterizada por máculas y pápulas rojo anaranjadas de origen idiopático. Las hipótesis apuntan a una vasoconstricción exagerada en respuesta a una hipoxia tisular en posición ortostática, por ello se resuelve con el decúbito. La infección por SARS-Cov2 se ha asociado a una gran variedad de exantemas y manifestaciones cutáneas y en nuestros pacientes resaltamos la infección previa al inicio del cuadro. La disfunción endotelial post-COVID podría desencadenar o exacerbar el síndrome BASCULE en personas con hipersensibilidad vascular preexistente. Es interesante reconocerlo por su posible asociación con síncope desencadenados por el ortostatismo e intolerancia al ejercicio. La evolución es impredecible y suele regresar, si bien en nuestros pacientes persiste la clínica aunque no resulta incapacitante.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Berrebi D, Farmer W, Zinn Z. BASCULE syndrome in a child with prior asymptomatic COVID-19 infection. *Pediatr Dermatol.* septiembre de 2021;38(5):1342-4. 2. Bessis D, Pallure V, Jeziorski É. BASCULE syndrome, orthostatic cyanosis and postural orthostatic tachycardia syndrome: time for decanting old wine? *Br J Dermatol.* noviembre de 2016;175(5):1110-1. 3. McGibbon DH. BASCULE syndrome: old wine in new bottles? *Br J Dermatol.* noviembre de 2016;175(5):1109-10. 4. Barbé, J., Escobar, G. and Bursztejn, A., 2021. Bier anemic spots, cyanosis with urticaria-like eruption (BASCULE) syndrome: a simple benign pathology, but probably underdiagnosed. *International Journal of Dermatology*, 60(9), pp.1163-1164. 5. El Nemnom, P., Lauwerys, B., Marot, L., Tennstedt, D. and Dekeuleneer, V., 2020. Bier anemic spots, cyanosis, and urticaria-like eruption (BASCULE) syndrome: Report of two new cases and literature review. *Pediatric Dermatology*, 37(5), pp.864-867.

## **P-40. PSORIASIS ERITRODÉRMICA CON AFECTACIÓN SISTÉMICA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.**

Díaz Vizcaya L<sup>\*1</sup>, Arias García L<sup>1</sup>, Portugués De La Red M<sup>2</sup>, Lemos Bouzas M<sup>1</sup>, Zulaica Garate A<sup>3</sup>, Concheiro Guisán A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Álvaro Cunqueiro.* <sup>2</sup>*Pediatría, Álvaro Cunqueiro.* <sup>3</sup>*Dermatología, Álvaro Cunqueiro.*

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria cutánea de curso crónico mediada por mecanismos inmunológicos. Se estima una prevalencia del 1% en niños. La psoriasis en la infancia presenta un curso diferente con factores diferenciales. El diagnóstico es clínico y la lesión típica es una placa eritematosa y descamativa. Existen diversos tipos de psoriasis; en placas y en gotas son los más frecuentes. Las formas eritrodérmica y pustulosa generalizada son las más graves.

### **CASOS CLÍNICOS**

Paciente mujer de 2 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por presentar exantema generalizado y fiebre elevada de 24 horas de evolución. En la exploración física destaca alteración del estado general e irritabilidad en relación a prurito, eritrodermia morbiliforme con descamación fina en tronco y miembros que asocia queratodermia palmoplantar marronácea y descamación de cuero cabelludo. A nivel de orofaringe se observa hiperemia con exudado amigdalal puntiforme bilateral. En las pruebas complementarias se observa discreta elevación de reactantes de fase aguda (PCR: 31 mg/L, PCT: 0.66 ng/mL). Streptotest: Positivo. PCR para virus SARS-CoV2. Positiva. Serologías: Clamidia neumoniae, virus de Epstein-Barr y parvovirus B19 IgM positivas. Dada la afectación general de la paciente se decide ingreso y tratamiento antibiótico IV. Se plantea el diagnóstico diferencial entre los distintos cuadros que provocan eritrodermia en edad pediátrica como el síndrome de la piel escaldada estafilocócica, la pitiriasis rubra pilaris, el síndrome de Kawasaki, el SIMPEDs o la psoriasis. Ante evolución tórpida pese a la antibioticoterapia, se realiza biopsia cutánea que arroja el diagnóstico de psoriasis eritrodérmica infantil. Tras el tratamiento durante 7 días con clindamicina, cloxacilina y corticoides tópicos presenta franca mejoría clínica, permitiendo el alta y el seguimiento ambulatorio. Evolución satisfactoria de las lesiones y resolución de la eritrodermia con ciclos de corticoides tópicos, emolientes y queratolíticos.

### **DISCUSIÓN**

1. La psoriasis aunque frecuente es un reto diagnóstico en la edad pediátrica por su solapamiento clínico con otras enfermedades eritemato-descamativas y sus distintas formas de inicio. La biopsia en estos casos es fundamental. 2. El tratamiento sistémico de inicio es indispensable en aquellas formas más graves y generalizadas, dado que la piel ya no desempeña su función de barrera y eso implica un riesgo importante de sobreinfección, deshidratación y afectación de los órganos vitales similar a un gran quemado. 3. En el seguimiento a largo plazo no debemos olvidarnos del impacto en la calidad de vida que tienen estas enfermedades visibles.

## **P-41. SÍNDROME DE PHACE(S). ¿QUÉ PODEMOS ENCONTRAR TRAS UN HEMANGIOMA?**

López Villares M<sup>\*1</sup>, Arias García L<sup>1</sup>, Cantero Rey R<sup>1</sup>, Villares Porto-domínguez A<sup>1</sup>, Zulaica Garate A<sup>2</sup>, Portugués De La Red M<sup>1</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.* <sup>2</sup>*Dermatología, Hospital Álvaro Cunqueiro.*

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El hemangioma infantil (HI) es el tumor benigno más frecuente en la población pediátrica, pudiendo presentar en un 2-3% de los casos afectación sistémica, el denominado síndrome de PHACE(S). Este

acrónimo engloba: malformaciones de fosa posterior, hemangioma cérvico-facial, anomalías arteriales, alteraciones cardíacas, oculares y malformación a nivel esternal. Existen unos 300 casos descritos, su patogenia es desconocida y es mas prevalente en mujeres. El hemangioma es la afectación más frecuente. Las anomalías arteriales cervicales e intracraneales son las alteraciones extracutáneas más comunes seguidas de las alteraciones cardíacas. Para su diagnóstico son necesarios la presencia de un hemangioma segmentario > 5cm en región facial, cervical o cuero cabelludo junto con la existencia de 1 criterio mayor o 2 menores.

### **CASOS CLÍNICOS**

Lactante de 5 semanas que desde los 15 días de vida presenta HI cervico-facial superficial de 5 cm de extensión localizado en mandíbula, labio inferior, región superior del cuello, punta de la lengua y suelo de la boca que progresivamente aumenta de tamaño. Como antecedente destaca diagnóstico prenatal en semana 19 de arteria subclavia derecha aberrante retrolaríngea que se confirma en ecocardiograma postnatal. Dadas las características del HI unido a la alteración del arco aórtico, se cumplen criterios del síndrome de PHACE por lo que se ingresa para estudio. Se descartan alteraciones a nivel ocular y esternal y se solicita neuroimagen. En la Angioresonancia magnética cerebral se objetiva una arteria carótida interna derecha de menor calibre respecto a contralateral con bucle vascular en segmento cervical (C1) así como asimetría de tamaño de segmento proximal (M1) de arterias cerebrales medias, siendo de menor calibre el lado derecho, e hipoplasia del segmento A1 de la arteria cerebral anterior derecha. Dado que nuestra paciente presenta un HI cérvico-facial mayor de 5 centímetros y cumple más de un criterio mayor (afectación cerebral vascular y cardiovascular) se confirma el diagnóstico. Se inicia tratamiento con propranolol oral a 1 mg/kg/día con aumento progresivo hasta 2 mg/kg/día que fue bien tolerado con remisión progresiva de lesión vascular. Actualmente nuestra paciente tiene 10 meses está en fase de suspensión de tratamiento, continúa asintomática con desarrollo psicomotor adecuado para su edad.

### **DISCUSIÓN**

Ante un HI de localización segmentaria, extensa, en región cérvico-facial deben realizarse estudios para descartar anomalías cerebrales y cardíacas, buscando un síndrome de PHACE(S). Generalmente estos pacientes son asintomáticos aunque precisan seguimiento, especialmente cuando existe compromiso vascular cerebral (riesgo bajo de presentar ACV). El tratamiento de primera línea es el propranolol, que es seguro y eficaz en dosis fraccionadas.

## **P-42. SÍNDROME DE STEVEN JOHNSON Y NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Otero Barbosa L\*<sup>1</sup>, Rello García A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

Paciente de 2 años y 8 meses que ingresa inicialmente en planta de hospitalización por cuadro de fiebre (máx 42°C axilar) de 24 horas de evolución, asociada a cuadro catarral leve y exantema maculopapuloso eritematoso, inicialmente en mejillas. No medicación habitual ni reciente, salvo antitérmicos en 24 horas previas al ingreso. En piel lesiones ampollosas, algunas erosionadas y con desprendimiento de epidermis, sobre base eritematosa, de predominio en cara, tronco, EESS y área genital. Taquipnea y tiraje subcostal leve. Tos perruna. A las 24 horas del ingreso, es trasladado a UCI de Pediatría por afectación del estado general, empeoramiento franco de las lesiones cutáneas y tendencia a la hipoxemia. Posterior progresión del exantema a las 48-72h, abarcando en el momento del traslado la práctica totalidad de la superficie corporal. Presenta grandes dificultades para la alimentación por vía oral por afectación de la mucosa oral por lo que se coloca sonda nasogástrica.

Mejoría progresiva permitiendo la retirada de la SNG. Seguimiento por Cirugía Plástica realizando curas diarias con apósitos de mepitel, aplicando sulfato de zinc en regiones exudativas; administración de vit E tópica en región escrotal y mucosa oral. Se administra ácido hialurónico y condroitín sulfato vía oral. Ante buena evolución, con reepitelización adecuada de lesiones cutáneas, requiere únicamente lavado con agua y jabón y aplicación de crema emoliente. Valorado por oftalmología que pauta colirios antibióticos y corticoideos, con mejoría progresiva. Debido a buena evolución clínica se decide alta hospitalaria.

### CASOS CLÍNICOS

Se estudiaron los principales aspectos de la enfermedad relevantes para enfermería en este caso, centrándonos en la piel, las vías respiratorias, el cuidado de heridas, el manejo del dolor y el cuidado bucal y genitourinario. Para realizar unos cuidados enfermeros de calidad se desarrolla un plan de cuidados a partir de una valoración completa estableciendo los siguientes diagnósticos de enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales. Disminución de la implicación en actividades recreativas. Riesgo de nivel de glucemia inestable. Deterioro de la eliminación urinaria. Riesgo de síndrome de estrés del traslado. Riesgo de infección. Deterioro de la integridad cutánea. Deterioro de la integridad de la membrana mucosa oral. Riesgo de sangrado. Hipertermia. Disconfort. Dolor agudo. A partir de estos diagnósticos se seleccionaron los NOC y NIC pertinentes.

### DISCUSIÓN

La atención de enfermería es fundamental en estas enfermedades porque el manejo de ellas se centra en la cicatrización de las heridas, en la hidratación, en la nutrición y en la prevención de infecciones y de complicaciones a largo plazo.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Benedetti J. Estructura y funcionamiento de la piel - Trastornos de la piel. Manual MSD versión para público general.
2. Frey N, Jossi J, Bodmer M, Bircher A, Jick SS, Meier CR, et al. The Epidemiology of Stevens Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in the UK. *J Invest Dermatol.* junio de 2017;137(6):1240-7.
3. Shanbhag SS, Rashad R, Chodosh J, Saeed HN. Long-Term Effect of a Treatment Protocol for Acute Ocular Involvement in Stevens-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis. *Am J Ophthalmol.* diciembre de 2019;208:331-41.
4. Hanson LM, Bettencourt AP. Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Guide for Nurses. *AACN Adv Crit Care.* 15 de septiembre de 2020;31(3):281-95.
5. Arantes LB, Reis CS, Novaes AG, Carvalho MR de, Göttems LBD, Novaes MRCG. Stevens Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: epidemiological and clinical outcomes analysis in public hospitals. *An Bras Dermatol.* octubre de 2017;92(5):661-7.
6. Benedetti J. Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y necrólisis epidérmica tóxica (NET) -Trastornos dermatológicos. Manual MSD versión para profesionales.
7. Waldman R, Whitaker-Worth D, Grant-Kels JM. Cutaneous adverse drug reactions: Kids are not just little people. *Clin Dermatol.* noviembre de 2017;35(6):566-82.
8. Figure: (A) Regla de los nueve (para adultos) y (B) Diagrama de Lund-Browder (para niños) para estimar el alcance de las quemaduras. Manual MSD versión para profesionales.
9. McNamara SA, Hirt PA, Weigelt MA, Nanda S, de Bedout V, Kirsner RS, et al. Traditional and advanced therapeutic modalities for wounds in the paediatric population: an evidence-based review. *J Wound Care.* 2 de junio de 2020;29(6):321-34.
10. Brügger M -C., Le ST, Walsh S, Toussi A, Prost N, Ranki A, et al. Supportive care in the acute phase of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: an international, multidisciplinary Delphi-based consensus. *Br J Dermatol.* septiembre de 2021;185(3):616-26.
11. Reinoso-Barbero F, Lahoz Ramón AI, Durán Fuente MP, Campo García G, Castro Parga LE. Escala LLANTO: instrumento español de medición del dolor agudo en la edad preescolar. *An Pediatría.* enero de 2011;74(1):10-4.
12. Fajardo López ZY. Comparación de 2 escalas de dolor: escala facial de dolor vs escala visual análoga en pacientes escolares post operados de apendicectomía. octubre de 2017; Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/709013>.
13. Definiciones y clasificación 2021-2023 de NANDA International. 12a. Elsevier; 2021.
14. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J,

Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7a. Elsevier; 2018. 15. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6a. Elsevier; 2018.

### **P-43. NEVUS SEBÁCEO DE JADASSOHN, CUÁNDO SOSPECHARLO?**

Alonso Gago P<sup>\*1</sup>, Rubinos Galende L<sup>1</sup>, Varela Alonso D<sup>1</sup>, Vázquez López E<sup>2</sup>, Rodríguez De La Riva M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti. <sup>2</sup>Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti.

#### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El nevus sebáceo de Jadassohn (NSJ) es una lesión hamartomatosa congénita propia del cuero cabelludo y cara, caracterizada por hiperplasia de la epidermis, folículos pilosos inmaduros, glándulas sebáceas y apocrinas. Presente en el 0,3% de los neonatos, pudiendo pasar desapercibido hasta que los cambios hormonales durante la pubertad lo hacen crecer en extensión y grosor. No existe predilección por sexo ni raza y suele ser esporádico. Etiología desconocida, aunque existen diferentes teorías que sostienen malformaciones del ectodermo, mutaciones somáticas y transmisión materno fetal del VPH a células del ectodermo. Macroscópicamente consiste en una placa alopecica amarillo-anaranjada, ovalada o lineal y de superficie lisa o levemente verrucosa, que sigue las líneas de Blaschko. Consecuencia directa del influjo hormonal, durante la adultez pueden desarrollarse distintas neoplasias sobre un NSJ en su mayoría benignas; siendo la incidencia de neoplasias malignas como el carcinoma Basocelular menor al 5%. Aunque el tratamiento debe individualizarse se recomienda la exéresis quirúrgica después de la pubertad, pese a que la terapia con láser CO<sub>2</sub> cuando la resección no es posible es otra opción terapéutica. El NSJ puede asociarse a otras anomalías orgánicas: SNC, oftalmológicas, esqueléticas, cardiovasculares o urogenitales, constituyendo el síndrome del nevo epidérmico,

#### **CASOS CLÍNICOS**

Recién nacido a término que nace tras cesárea por no progresión del parto. Riesgo infeccioso por amniorrhexis prolongada con profilaxis antibiótica completa. Hijo de madre a seguimiento en patología cervical por VPH de alto riesgo, con miomas uterinos. Embarazo controlado con ecografías antenatales normoevolutivas. Nace con llanto espontáneo y buena vitalidad, observándose a la exploración lesión cutánea alargada de 5x2 cm localizada sobre cuero cabelludo en región temporal derecha con extensión a zona preauricular, anaranjada y de superficie verrucosa, compatible con nevus sebáceo. Se realiza despistaje de síndrome del nevo epidérmico realizando ecografía transfontanelar, abdominal y estudio oftalmológico, con resultados normales. Actualmente a seguimiento en Dermatología, Cirugía pediátrica, consultas externas de lesiones vasculares y Oftalmología, sin tratamiento y pendiente de incluir en la lista de espera para exéresis quirúrgica. No ha presentado sintomatología sistémica desde el alta hospitalaria, con neurodesarrollo acorde a su edad.

#### **DISCUSIÓN**

- Diagnóstico clínico, realizando diagnóstico diferencial con nevus de Spitz, xantogranuloma juvenil y mastocitosis solitaria.- Descartar el síndrome del nevo congénito con pruebas complementarias.- Tratamiento definitivo quirúrgico, preferiblemente en etapa postpuberal.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Gómez Hernando V, de la Rosa Mordán Y. Nevo sebáceo de Jadassohn, a propósito de un caso. Rev Pediatr Aten Primaria. Supl. 2022;(31)- Toro, A.M., Ávila A., Arredondo M.I et al. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2017; 25 : 4 (octubre - diciembre), 334-338- R. Moreno Alonso de Celada, U.

Floristán Muruzábal, R. de Lucas Laguna. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. Nevó sebáceo de Jadassohn. *Anales de Pediatría* 2009 ;70(4):391

## **P-44. HIPOGLUCEMIA NEONATAL PERSISTENTE, BUSCANDO MÁS ALLÁ DE LOS FACTORES DE RIESGO**

Gonzalez Paz H<sup>1</sup>, Díaz García C<sup>1</sup>, Monner Romero M<sup>1</sup>, Sardina Ríos A<sup>2</sup>, Graña Silva F<sup>2</sup>, González Freiría N<sup>2</sup>, Rodríguez González L<sup>2</sup>, Fernandez Cebrián S<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital de Ourense. <sup>2</sup>Neonatología, Hospital de Ourense. <sup>3</sup>Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Hospital de Ourense.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La hipoglucemia es una entidad frecuente y reversible, aunque con repercusiones graves en el neonato. Existen múltiples causas de hipoglucemia neonatal transitoria como prematuridad, bajo peso, diabetes gestacional, retraso del crecimiento intrauterino (RCIU)... El hiperinsulinismo congénito es una de las causas más frecuentes de hipoglucemia persistente y grave en el neonato. Existen múltiples mutaciones asociadas, siendo más frecuentes las alteraciones de las subunidades de los canales de potasio (genes ABCC8 y KCNJ11). A pesar de ello, solo el 50% de casos asocian defectos genéticos.

### **CASOS CLÍNICOS**

Caso clínico 1: Prematura de 36+6 semanas, peso al nacimiento 2390g , con hipoglucemia grave al ingreso (11mg/dl). Antecedente de RCIU, preeclampsia materna (tratamiento con labetalol) y policitemia. Tendencia a hipoglucemia asintomática a pesar de aumento progresivo de aportes de glucosa hasta 13 mg/kg/min (endovenosos y enterales más dextrinomaltosa). Ante persistencia de hipoglucemia, se inicia hidrocortisona al quinto día, a dosis crecientes, sin permitir disminuir aportes de glucosa. Se completa estudio, destacando niveles anormalmente elevados de insulina (8,3 uUI/ml). Con sospecha de hiperinsulinismo congénito, comienza tratamiento con diazóxido (5 mg/kg/día), con adecuada respuesta, permitiendo retirar tratamiento corticoideo y dextrinomaltosa. El estudio genético extraído determinó mutación autosómico dominante por deficiencia Kir 6.2. Actualmente continúa tratamiento con diazóxido, con controles de glucemia normales. Caso clínico 2: Prematuro de 35 semanas, peso al nacimiento 1580g, RCIU tipo 1. Tendencia a hipoglucemia los primeros días, corregida con aportes endovenosos y enterales. A los 11 días, reaparición de hipoglucemias, que precisan aumento de aportes de glucosa hasta 13,8 mg/kg/min (nutrición enteral, dextrinomaltosa y glucosa intravenosa). En analítica realizada en hipoglucemia (14 días de vida), insulina de 4.8 uUi/dL, relación Insulina/glucosa 0,17. Ante la sospecha de hiperinsulinismo, se inicia tratamiento con diazóxido (7,5 mg/kg/día), con excelente respuesta. Continúa seguimiento ambulatorio con glucemias normales. Pendiente resultado de estudio genético de hiperinsulinismo.

### **DISCUSIÓN**

- La hipoglucemia es una entidad muy frecuente en el periodo neonatal, resultando fundamental su diagnóstico rápido para prevenir posibles secuelas asociadas. - En la mayoría de los casos es transitoria y secundaria a determinados factores de riesgo. La persistencia de la misma obliga a ampliar los estudios complementarios, incluido panel genético de hiperinsulinismo si los hallazgos de laboratorio así lo orientan. - En hipoglucemia persistente, se recomienda inicio precoz de tratamientos específicos una vez extraído estudio.

## **P-45. DIABETES NEONATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Mato Amado B<sup>\*1</sup>, Maroño García L<sup>1</sup>, Castro Sesto P<sup>1</sup>, Prado Carro A<sup>1</sup>, Fernández Trisac J<sup>1</sup>, Fernandez Gonzalez S<sup>2</sup>, Pardo Vazquez J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRIA, CHUAC. <sup>2</sup>PEDIATRÍA, CHUAC.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La diabetes neonatal se define por la aparición de hiperglucemia que precisa tratamiento insulínico durante, al menos, dos semanas, debutando dentro de los primeros 6 meses de vida. Podemos encontrarnos con una diabetes transitoria, con un inicio más precoz y resolución espontánea dentro de las primeras semanas de vida, o permanente. Suele presentarse de forma insidiosa con poliuria, polidipsia o retraso en el crecimiento, de forma aguda con cetoacidosis o alteración de la conciencia o incidentalmente asintomática.

### **CASOS CLÍNICOS**

Describimos el caso de un recién nacido pretérmino de 36+2 semanas con antecedentes de CIR tipo 1, hijo de madre con hipotiroidismo y diabetes gestacional controlada con dieta, con peso al nacimiento de 1700 gramos ( $p < 1$ ). En la exploración física destaca escaso panículo adiposo y macroglosia. Alimentado con lactancia materna, con controles glucémicos inicialmente normales, presentando desde las 12 horas de vida hiperglucemia de difícil control asociada a poliuria osmótica precisando perfusión continua de insulina con dosis hasta 0,04 UI/kg/h. Se realiza analítica en la que destaca péptido C bajo, insulina normal (con tratamiento), función renal adecuada y cetonuria negativa. Se completa estudio con ecografía de SNC y abdominal normales, y estudio cardiológico, con mínima CIV en ápex de VD, sin repercusión clínica. Durante su estancia recibe alimentación con lactancia materna fortificada cada 3 horas, con buena progresión ponderal, precisando ajustes de insulina según necesidades. A los 35 días de vida se realiza transferencia a insulina subcutánea con colocación de bomba (Minimed 780G y guardian sensor 4, en modo manual) con insulina lispro en dilución U10. Inicialmente regular control glucémico, con tendencia a hiperglucemia de predominio nocturno, modificándose pauta basal en función de franjas horarias, alcanzando estabilidad previa al alta, presentando un 89% de tiempo en rango, sin hiper o hipoglucemias significativas. Se realiza estudio genético que muestra pérdida completa de la metilación en el locus PLAGL1 confirmándose diabetes neonatal transitoria. A seguimiento ambulatorio en Endocrinología Infantil, con evolución favorable, suspendiéndose insulino terapia a los 3 meses de edad y manteniéndose asintomático, con adecuado control glucémico.

### **DISCUSIÓN**

Es importante diferenciar los casos de hiperglucemia neonatal de la diabetes, la cual suele tener un origen monogénico. Es fundamental realizar estudio genético precozmente para guiar el tratamiento y conocer el pronóstico ya que el 20% de los casos se resuelven espontáneamente antes de los 18 meses de edad y en los restantes es permanente y requerirán medicación de por vida.

## **P-46. EL PELIGRO DE LA HIPOGLUCEMIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO**

Bustelo Fernández M<sup>\*1</sup>, Quintana Cepedal I<sup>1</sup>, Tejera R<sup>1</sup>, Afonso Carrasco I<sup>1</sup>, Pérez A<sup>1</sup>, García I<sup>1</sup>, Rujido S<sup>2</sup>, Magán C<sup>2</sup>, Rodríguez-nuñez A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CHUS. <sup>2</sup>UCI pediátrica, CHUS.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La diabetes tipo 1 es una enfermedad crónica habitualmente diagnosticada en la edad pediátrica. En los últimos años se ha avanzado mucho en su tratamiento y control pero no deja de ser esencial el correcto entrenamiento del niño, la familia y de los sanitarios para evitar las posibles complicaciones.

## CASOS CLÍNICOS

Se trata de un paciente de 12 años, procedente de Francia, con diagnóstico de diabetes desde los 6 años, con aparente buen control con insulina. Presenta de madrugada episodio de movimientos tónico-clónicos por lo que se activan los servicios de emergencia constatándose a su llegada hipoglucemia de 27 mg /dl, y se administra glucagón, glucosa y midazolam. A su llegada a la UCI pediátrica presenta Glasgow 3 por lo que se intuba y se inicia ventilación mecánica. Se administran bolo de glucosa y perfusión de suero glucosado e insulina lográndose la estabilización de las cifras de glucemia. Se realizan TAC con contraste, donde se objetiva edema generalizado en relación con encefalopatía hipoglucémica, y un electroencefalograma que muestra un trazado globalmente aplanado. Se inician además empíricamente medidas antiedema con SSH y dexametasona. A pesar de recuperación de las glucemias el paciente se mantiene en coma arreactivo y a partir del segundo día de ingreso presenta movimientos tónico-clónicos y espasmos que se correlacionan con actividad epileptiforme en el EEG iniciándose tratamiento antiepiléptico con midazolam y levetiracetam. El paciente permanece con bajo nivel de consciencia durante los siguientes días, pero mostrando mejoría en los trazados EEG, apareciendo de forma progresiva movimientos de miembros, y respiraciones espontáneas. Se realiza extubación programada al 5º día de ingreso y en los días sucesivos se objetiva ligera mejoría del estado neurológico, con aparición de movimientos propositivos ocasionales, y respuesta ocasional a órdenes sencillas, aunque con persistencia de baja puntuación en la escala de Glasgow (máximo 8-9 puntos). Dada la situación estacionaria del paciente se traslada a su país de origen para continuación de cuidados, sin presentar mejoría clínica en el momento actual.

## DISCUSIÓN

El adecuado manejo de las glucemias en los pacientes diabéticos pediátricos es clave para evitar la mortalidad y morbilidad secundaria a situaciones como la que se exponen en este caso. La regla del 15-15 salva vidas, siendo esencial, ante datos clínicos de hipoglucemia, la administración de glucosa

## P-47. VÓMITOS, ¿SIEMPRE SECUNDARIOS A GASTROENTERITIS?

Martínez Cano L<sup>\*1</sup>, Dorado López P<sup>2</sup>, García Fernández R<sup>1</sup>, Afonso Carrasco I<sup>1</sup>, García Zuazola I<sup>1</sup>, López Vázquez A<sup>2</sup>, Urisarri Ruiz De Cortázar A<sup>2</sup>, Cabanas Rodríguez P<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, CHUS. <sup>2</sup>Pediatría, CHUS.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los vómitos son una consulta frecuente en los Servicios de Urgencias de Pediatría, siendo la causa más habitual de los mismos las infecciones víricas, sin suponer cuadros graves en la mayoría de los casos. A pesar de ello, siempre debemos sospechar otras posibilidades y realizar pruebas complementarias cuando, tras realizar una anamnesis y exploración física detalladas, encontramos datos que sugieran otras causas.

## CASOS CLÍNICOS

Presentamos el caso de una niña de 14 años, con antecedente de pilomatrixoma extirpado, que acude a urgencias por cuadro emético de 4 días de evolución. Además, en los meses previos asocia episodios de cefalea intermitente y astenia progresiva. En la exploración física únicamente destacan signos de deshidratación leve (regular estado general y mucosas secas). Ante la sospecha inicial de gastroenteritis aguda, se realiza gasometría capilar, destacando calcio iónico de 1.94 mmol/L. Se realiza control analítico con confirmación de hipercalcemia (15.6 mg/dL), además de hipofosfatemia (1.8 mg/dL). Resto de analítica y pruebas complementarias de urgencia (ECG, radiografía de tórax y ecografía abdominal) resultaron normales. Ante hipercalcemia severa, se inicia hiperhidratación y

furosemida en pauta para descenso del mismo. A las 24 horas persiste hipercalcemia moderada, por lo que se inicia calcitonina subcutánea, presentando cuadro agudo de náuseas y dolor abdominal. Ante posible reacción adversa, se suspende este último tratamiento y se pasa a 3er escalón para corrección de hipercalcemia: dosis única de bifosfonato intravenoso. Asocia cuadro pseudogripal autolimitado, con evolución posterior favorable y descenso progresivo de calcemia hasta su normalización. Durante el ingreso, ante sospecha de hiperparatiroidismo primario, se realizan estudios complementarios que apoyan la misma (analítica y orina recogidas antes de iniciar el tratamiento): PTH elevada (370 pg/mL), hipercalcemia con hipercalciuria (cociente calcio/creatinina 0.5 mg/mg), hipofosfatemia con hiperfosfaturia (reabsorción tubular de fósforo baja: RTP 78%). Además, se realizaron estudios de imagen (ecografía cervical y gammagrafía de paratiroides) compatibles con adenoma paratiroideo inferior derecho. Actualmente pendiente de extirpación de la lesión para establecer diagnóstico definitivo, junto con el estudio genético ya extraído para descartar causas familiares (MEN1, MEN2A...).

## DISCUSIÓN

La hipercalcemia es una circunstancia infrecuente en Pediatría, siendo el hiperparatiroidismo primario la causa más habitual. La presentación clínica es variada, pudiéndose confundir con otras patologías. Ante detección de calcio elevado, se debe iniciar tratamiento específico para descenso del mismo, con especial importancia en hipercalcemia grave que puede cursar con fallo renal y alteración del nivel de consciencia. Además, habrá que realizar un estudio etiológico, siendo la PTH el punto de partida.

## P-48. CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

García Gómez S<sup>1</sup>, Arosa Sineiro C<sup>\*1</sup>, González Cabaleiro I<sup>1</sup>, Rey Cordo L<sup>2</sup>, Chamorro Martín J<sup>2</sup>, Concheiro Guisán A<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>Endocrinología Pediátrica, Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>3</sup>Jefa de Servicio, Hospital Álvaro Cunqueiro.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cáncer de tiroides (CT) en la edad pediátrica presenta una prevalencia <1%. Dentro de sus variantes histológicas, la papilar (CPT) representa el 90% de estas neoplasias. Entre los factores predisponentes para padecerlo, destaca en primer lugar el antecedente de tratamiento radioterápico. También se asocia a algunos síndromes genéticos, tiroiditis autoinmune, deficiencia de yodo o antecedente familiar de CT. La forma de presentación habitual del cáncer de tiroides en los niños es el hallazgo de un nódulo tiroideo (NT) en un paciente eutiroideo sin otra clínica asociada.

## CASOS CLÍNICOS

Se presentan 3 casos clínicos de CPT en mujeres sanas cuya edad media al diagnóstico fue de 9 años (rango 7 a 11). Dentro de los antecedentes familiares: la madre de una de las pacientes había sido diagnosticada de carcinoma papilar de tiroides. Otra de las pacientes presentaba una tiroiditis autoinmune. El síntoma guía en todos los casos fue la aparición de un NT, asociando bocio y adenopatías adyacentes en dos de estos. El estudio de función tiroidea (T4L y TSH) fue normal. Inicialmente, se realizó valoración del NT mediante ecografía cervical y citología por punción aspiración con aguja fina. En todos los casos se realizó tiroidectomía total (TT) y vaciamiento del compartimento ganglionar cervical central (CGCC) seguido de tratamiento ablativo con I131 postquirúrgico y rastreo gammagráfico de enfermedad residual. Respecto al compartimento lateral (CGCL) solo se realizó vaciamiento bilateral en uno de los casos. Evolutivamente: una paciente resultó curada. Otra, precisó dos nuevas dosis de I131 por persistencia de enfermedad a nivel locorregional. La tercera de ellas se encuentra en seguimiento por afectación metastásica pulmonar y ganglionar.

## DISCUSIÓN

El CPT presenta ciertas características distintivas en la edad pediátrica, tratándose de tumores más agresivos al diagnóstico. La ecografía constituye el método de elección para la valoración inicial del NT, pues permite valorar signos sospechosos de malignidad y de afectación metastásica local. El tratamiento de elección es la TT asociando siempre vaciamiento del CGCC, seguida de tratamiento ablativo con I131. Respecto al vaciamiento del CGCL debe hacerse si se sospecha enfermedad metastásica a este nivel. En el seguimiento se realiza control periódico de niveles de tiroglobulina ajustando el tratamiento con levotiroxina en función de TSH objetivo según la estadificación de riesgo, siguiendo las guías ATA.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Prieto-Matos, P., Martín-Hernández, D., Martín-Alonso, M. ., Bajo-Delgado, A. F. ., Riesco-Riesco, S., & Prieto-Matos, C. . (2021). Cáncer de tiroides en pediatría. *Revista ORL*, 12(4), 303–312. <https://doi.org/10.14201/orl.25061>
2. Francis GL, Waguespack SG, Bauer AJ, Angelos P, Benvenga S, Cerutti JM, Dinauer CA, Hamilton J, Hay ID, Luster M, Parisi MT, Rachmiel M, Thompson GB, Yamashita S; American Thyroid Association Guidelines Task Force. Management Guidelines for Children with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2015 Jul;25(7):716-59. doi: 10.1089/thy.2014.0460. PMID: 25900731; PMCID: PMC4854274.
3. Orois A, Mora M, Halperin I, Oriola J. Familial non medullary thyroid carcinoma: Beyond the syndromic forms. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 2021 Apr;68(4):260-269. English, Spanish. doi: 10.1016/j.endinu.2020.08.002. Epub 2020 Nov 13. PMID: 33191196.
4. Katty Manrique Franco, Roberto Domínguez Fernández, José Ignacio Lara Capellán, Guadalupe Renedo Pascual, Adela Rovira Loscos, Carcinoma papilar de tiroides, variante esclerosante difusa, *Endocrinología y Nutrición*, Volume 57, Issue 10, 2010, Pages 500-502, ISSN 1575-0922, <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2010.06.007>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575092210001713>)

## P-49. RAQUITISMO CARENCIAL POR DIETAS RESTRICTIVAS ASOCIADAS A HÁBITOS CULTURALES

Castro Velado A\*<sup>1</sup>, Espinosa Pereiro C<sup>1</sup>, Rey Cordo C<sup>1</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Servicio de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.*

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El raquitismo es la deficiencia en la mineralización de la placa de crecimiento óseo y desorganización de su estructura. Según el tipo de déficit, podemos clasificarlo en fosfopénico o calcipénico, siendo este último el más frecuente, ocasionado principalmente por déficit de vitamina D que habitualmente se debe a una alimentación inadecuada. (1-3)

### CASOS CLÍNICOS

Presentamos dos casos clínicos de pacientes con raquitismo carencial- CASO 1: Mujer de 9 años de origen pakistaní que acude por dolor y debilidad en miembros inferiores de 2-3 meses de evolución. No traumatismo ni infección. Dieta poco variada. Exploración física: marcha atáxica, disminución de fuerza en miembros inferiores. Análítica: hipocalcemia e hipofosforemia; parathormona y fosfatasa alcalina muy elevadas, niveles de 25-hidroxi-vitamina D indetectables. Se solicita valoración por parte de neuropediatría para descartar patología neurológica y se inicia suplementación con hierro, calcio y vitamina D. Posteriormente presenta mejoría clínica y analítica. Se programa seguimiento ambulatorio, encontrándose asintomática en la actualidad.- CASO 2: Mujer de 12 años de origen pakistaní derivada desde Atención Primaria por hipocalcemia detectada en analítica realizada por clínica de dolor en piernas con calambres musculares de meses de evolución, en la cual encontramos niveles muy bajos de 25-hidroxi-vitamina D y aumentados de parathormona y fosfatasa alcalina.

Historiando a la paciente encontramos una dieta poco variada con escaso consumo de productos lácteos. Se inicia suplementación de calcio y vitamina D con rápida mejoría clínica y adecuada corrección de los parámetros analíticos.

## DISCUSIÓN

1. La causa más frecuente de raquitismo carencial es el déficit de vitamina D. Su origen es multifactorial, siendo sus principales causas la alimentación inadecuada y la escasa exposición solar. (1) 2. Ante un paciente con clínica compatible y presencia de factores de riesgo se debe confirmar el diagnóstico mediante estudio analítico del metabolismo fosforocálcico. (2,3) 3. El tratamiento se basa en la suplementación con vitamina D y calcio, siendo fundamental una correcta educación dietética para conservar niveles adecuados a largo plazo. (2)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gentile C, Chiarelli F. Rickets in Children: An Update. *Biomedicines*. 2021 Jun 27;9(7):738. 2. Munns CF, Shaw N, Kiely M, Specker BL, Thacher TD, Ozono K, et al. Global Consensus Recommendations on Prevention and Management of Nutritional Rickets. 2016; Available from: <https://academic.oup.com/jcem/article/101/2/394/28102923>. 3. Creo AL, Thacher TD, Pettifor JM, Strand MA, Fischer PR. Nutritional rickets around the world: an update. Vol. 37, *Paediatrics and International Child Health*. Taylor and Francis Ltd.; 2017. p. 84–98.

## P-50. SÍNDROME DE VAN WYK-GRUMBACH, UNA ENTIDAD INFRECUENTE

Tejera Pérez R<sup>\*1</sup>, Cabanas Rodríguez P<sup>1</sup>, Castro Feijó L<sup>2</sup>, Martínez Soto M<sup>3</sup>, Fernández Seara M<sup>4</sup>, Barreiro Conde J<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Endocrinología Pediátrica. Dpto de Pediatría., Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. IDIS.. <sup>2</sup>Unidad de Endocrinología Pediátrica. Dpto de Pediatría. , Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. IDIS.. <sup>3</sup>Unidad de Cardiología Pediátrica. Dpto de Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. . <sup>4</sup>Servicio de Neonatología., Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.. <sup>5</sup>Unidad de Endocrinología Pediátrica. Dpto de Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. IDIS..

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome de Van Wyk-Grumbach se caracteriza por hipotiroidismo de larga duración y pubertad precoz, con edad ósea retrasada.

## CASOS CLÍNICOS

Niña de 7 años y 4 meses derivada a la consulta de Endocrinología Pediátrica por sospecha de pubertad precoz y disminución de la velocidad de crecimiento. Antecedentes personales. Embarazo gemelar monocorial biamniótico, parto eutócico a las 28+1 semanas, peso 990g (-0.42 SDS), longitud 34 cm (- 2.41 SDS), cribado metabólico normal. Antecedentes familiares. Madre 173cm, hipotiroidismo, vitíligo, menarquia 15 años; padre 173 cm; talla diana 166,5cm. Varios familiares por rama materna con DM tipo I. Exploración física. Peso 22kg (-0.86 SDS), talla 110,8cm (-2.84 SDS), facies levemente edematosa, piel fría, labios gruesos, botón mamario bilateral, no galactorrea, no vello púbico, no hipertrofia de clítoris, vello terminal en miembros y espalda. Auscultación cardíaca con bradicardia leve y sin soplos. Auscultación pulmonar normal. Leve aumento de lóbulo tiroideo derecho. Abdomen globuloso, sin masas. Pruebas complementarias. Hemograma normal, bioquímica: GOT 96 UI/L, GGT 114 UI/L y GGT 45 UI/L, colesterol 539 mg/dl, LDL 432 mg/dl, triglicéridos 71 mg/dl, resto normal. TSH > 750 mUI/L, T4L 0.22 ng/dl, T3L 1,23 pg/ml, AcTPO 1391,2 U/L. Test de GnRH: FSH basal 3,7 UI/L, pico 4,5 UI/L; LH basal <0,1 UI/L, pico 0,3 UI/L. Estradiol 38,1 pg/mL. Maduración ósea (G&P): 5 años y 10 meses. Ecografía tiroidea: parénquima heterogéneo ligeramente aumentado de tamaño. Ecografía abdominal: ovarios aumentados de tamaño con

múltiples folículos y útero puberal. Valoración cardiológica: tendencia a bradicardia sinusal con ligero derrame pericárdico, separación de hojas pericárdicas de 4mm. Comentario. Ante hipotiroidismo primario y pubertad precoz sin estirón de talla se sospecha un síndrome de Van-Wyk-Grumbach. Se inicia tratamiento sustitutivo con levotiroxina (3.4mcg/kg/día), observándose mejoría clínica, normalización analítica y desaparición de los signos de pubertad precoz. Al año del diagnóstico debuta con DM I. A su hermana gemela se le realiza despistaje de hipotiroidismo siendo positivo (TSH > 400 mUI/L), sin pubertad precoz asociada, a tratamiento con levotiroxina y buena evolución.

## DISCUSIÓN

El síndrome de Van Wyk-Grumbach es una entidad rara que se caracteriza por hipotiroidismo y pubertad precoz sin maduración ósea adelantada. Conocer esta entidad es importante porque el tratamiento con levotiroxina revierte los síntomas del hipotiroidismo y los signos de desarrollo puberal.

## BIBLIOGRAFÍA

Baranowski E, Högler W. An unusual presentation of acquired hypothyroidism: the Van Wyk-Grumbach syndrome. *Eur J Endocrinol.* 2012 Mar;166(3):537-42.

## P-51. PUBERTAD PRECOZ PERIFÉRICA DE RÁPIDA INSTAURACIÓN. 3 CASOS CLÍNICOS EN ÉPOCA POSTPANDEMIA.

Díaz Fernández F<sup>\*1</sup>, Varela Ferreiro N<sup>1</sup>, Prado Carro A<sup>1</sup>, Pardo Vázquez J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Hospital Teresa Herrera .*

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La pubertad precoz (PP) se define como la aparición de caracteres sexuales secundarios a una edad <2,5DE de la media para una población determinada (antes de los 8 años en niñas y de los 9 años en niños). El principal signo de inicio de la pubertad en niñas es la telarquia, y en niños el aumento de tamaño testicular = 4mL. La pubertad precoz puede ser central (dependiente del eje hipotálamohipofisario, la más frecuente), o periférica (por aumento en la producción de esteroides sexuales a nivel gonadal o suprarrenal). Para su diagnóstico resulta útil realizar determinación de LH basal, test de estímulo con RHLH, edad ósea, ecografía abdominal, RMN de SNC... acompañado de una exploración física exhaustiva, con especial importancia del área genital. La PP periférica puede ser de origen genético o adquirido. Dentro de las causas adquiridas, en niñas debemos descartar tumores ováricos o a nivel suprarrenal secretores de estrógenos, así como la presencia de quistes ováricos funcionales benignos.

### CASOS CLÍNICOS

Presentamos 3 casos clínicos de pacientes que han presentado clínica compatible con pubertad precoz periférica con regresión espontánea. El primero es una niña de 6 años que presentó metrorragia y telarquia precoz con edad ósea y ecografía pélvica sin alteraciones, presentando resolución espontánea posterior. La segunda es una niña de 6 años que inició telarquia precoz aislada con elevación de estradiol hasta 315pg/mL y con hallazgos en ecografía pélvica de quiste anexial izquierdo, así como edad ósea adelantada. Presentó regresión progresiva de la telarquia con descenso del estradiol y reducción del quiste ovárico en controles ecográficos. La tercera es una niña de 3 años que inicia clínica de telarquia, vello púbico y metrorragia. En las pruebas complementarias presenta elevación de estradiol sanguíneo hasta 75pg/mL y en ecografía pélvica se objetiva quiste ovárico izquierdo. Presentó resolución progresiva del cuadro, con disminución del tamaño del quiste ovárico y descenso de estradiol hasta su normalidad. Ninguna de ellas presentaba patologías previas ni antecedentes familiares relacionados, aunque destacaba que todas ellas compartían el antecedente de inicio de la clínica tras haber recibido la vacuna frente a COVID-19 o haber pasado la infección recientemente.

## DISCUSIÓN

Existen publicaciones acerca del aumento de la incidencia de pubertad precoz en la época postpandemia con respecto a prepandemia, especialmente en niñas, así como artículos en relación a alteraciones en el ciclo menstrual de mujeres adultas, pero habría que realizar más estudios para establecer conclusiones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Científica C. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ' s public news and information . 2020;(January):2020–3. 2. Martínez-Aedo O. MJ, Godoy M. E. Pubertad precoz y variantes de la normalidad. *Protoc diagn ter pediatr* [Internet]. 2019;1:239–52. Available from: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/15\\_pubertadp.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/15_pubertadp.pdf)3. Carp-Veliscu A, Mehedintu C, Frincu F, Bratila E, Rasu S, Iordache I, et al. The Effects of SARS-CoV-2 Infection on Female Fertility: A Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(2). Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/2/9844>. Soriano Guillén L, Argente J. Pubertad precoz periférica: Fundamentos clínicos y diagnóstico-terapéuticos. *An Pediatr*. 2012;76(4). 5. Lebar V, Laganà AS, Chiantera V, Kunic T, Lukanovic D. The Effect of COVID-19 on the Menstrual Cycle: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2022;11(13). 6. Rodríguez Quejada L, Toro Wills MF, Martínez-Ávila MC, Patiño-Aldana AF. Menstrual cycle disturbances after COVID-19 vaccination. *Women's Heal*. 2022;18.

## P-52. LA RELEVANCIA CLÍNICA DE LOS COFACTORES EN LA SENSIBILIZACIÓN A LTP

Sena Herrero L<sup>\*1</sup>, González Paz H<sup>1</sup>, Ortiz López I<sup>1</sup>, Álvarez Ferrín I<sup>1</sup>, Berrocal Castañeda M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La proteína de transferencia de lípidos (LTP) es una causa frecuente de alergia alimentaria en el área mediterránea presentando una amplia variabilidad de su expresión clínica, que varía desde el síndrome de alergia oral hasta formas graves como la anafilaxia, requiriendo en muchos casos la presencia de un cofactor para su expresión.

### CASOS CLÍNICOS

Mujer de 13 años remitida a nuestra consulta tras haber presentado un episodio agudo de eritema y prurito generalizado, angioedema y disnea mientras realizaba ejercicio físico habitual. Refiere un episodio de urticaria y angioedema al año de edad con la primera ingesta de melocotón que retiró de la dieta, y síntomas similares de menor intensidad con la inhalación de harina de trigo o tras salidas al campo después de la merienda. Presenta además síntomas de rinoconjuntivitis durante la primavera y al contacto con polvo. Exámenes complementarios. Prick test: histamina 8mm, farinae 4mm, pteronyssinus 4mm, lepidoglyphus 4mm, bétula 3mm, corylus 5mm, alnus 4mm, phramytes 4 mm, profilina 5mm, melocotón 7mm, manzana 9mm, kiwi 5mm, naranja 6mm, almendra 9mm, avellana 16mm, nuez 8mm, pistacho 7mm, cacahuete 11mm, soja 7mm, harina de trigo 8mm, maíz 5mm, avena 6mm. IgE total 73 kU/L; IgE específica melocotón 23,3 kU/L, rTri a 14 trigo 4,55 kU/L, rJug r 3 nuez 4,74 kU/L, rCor a 8 avellana 6,73 kU/L, f427 rAra h 9 cacahuete 24,8 kU/L, f256 nuez de nogal 9,90 kU/L, f33 naranja 0,85 kU/L, f8 maíz 1,95 kU/L.

## DISCUSIÓN

La LTP presenta una importante distribución en el reino vegetal y una amplia variabilidad clínica precisando en algunos casos, como ocurre en la sensibilización a LTP de trigo, la presencia de un cofactor para su expresión siendo por tanto necesaria su consideración en la evaluación del paciente con hipersensibilidad a alimentos.

## BIBLIOGRAFÍA

Warren CM, Jiang J, Gupta RS. Epidemiology and Burden of Food Allergy. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2020;20:6. Skypala IJ, Bartra J, Ebo DG, Antje Faber M, Fernández-Rivas M, Gómez F, et al. The diagnosis and management of allergic reactions in patients sensitized to non-specific lipid transfer proteins. *Allergy.* 2021;76:2433-46. Skypala IJ, Asero R, Barber D, Cecchi I, Díaz Perales A, Hoffmann-Sommergruber K, et al. Non-specific lipid-transfer proteins: Allergen structure and function, cross-reactivity, sensitization, and epidemiology. *Clin Transl Allergy.* 2021 18;11:e12010.

## P-53. ANAFILAXIA: ¿ UN DIAGNÓSTICO SENCILLO?

Alvarez Diaz M<sup>1</sup>, Diaz González L<sup>2</sup>, Muñiz Lorenzo M<sup>3</sup>, Rivas Arribas L<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>2</sup>Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>3</sup>Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra .

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La anafilaxia es la presentación más severa de las reacciones alérgicas agudas con afectación multisistémica. Una vez desencadenada, su evolución es impredecible pero potencialmente muy grave, por lo que su abordaje con la administración temprana de adrenalina IM es fundamental. Pese a ser una entidad ampliamente conocida entre pediatras, su diagnóstico no siempre es fácil, como sucedió en los casos que presentamos a continuación.

## CASOS CLÍNICOS

CASO 1 Varón de 13 años con antecedentes de asma, rinitis en tratamiento con ITE, sensibilización al melocotón y gamba, dermatitis atópica, TDAH y retraso madurativo. Refieren episodio súbito de prurito generalizado, sudoración facial, hipotonía con pérdida de conciencia y del control de esfínteres de 15 minutos de duración aproximada tras la ingesta de manzana. A la llegada de la asistencia sanitaria, dada la sospecha de síncope vs convulsión, se canaliza vía periférica y se administra un bolo de suero salino fisiológico con recuperación del nivel de conciencia. Acude traído por el 061 al servicio de urgencias pediátricas. Glasgow 15, constantes y exploración normal salvo exantema eritematoso generalizado (imagen 1). Se administra dexclorfeniramina e hidrocortisona ev con mejoría clínica y se decide ingreso para observación y ampliar estudio. Se realiza EEG con resultado normal y analítica sanguínea que confirma el diagnóstico de episodio de anafilaxia con elevación de triptasa (hasta 49.2 µg/l) y normalización posterior. CASO 2: Mujer de 3 años con antecedentes de retraso de lenguaje y talla baja. Consulta por episodio de angioedema y sialorrea tras la ingesta de frutos secos previamente bien tolerados. A su llegada a urgencias, dada la sospecha de anafilaxia y el riesgo de compromiso de vía aérea, se decide administrar adrenalina IM con discreta mejoría y completar pauta con metilprednisolona y dexclorfeniramina ev. Se mantiene hemodinámicamente estable y sin otros hallazgos en la exploración. Ingresada para observación y realización de pruebas complementarias, con determinación de triptasa sérica máxima de 3,6 µg/l y RAST a alimentos negativo, haciendo poco probable el diagnóstico de anafilaxia

## DISCUSIÓN

CONCLUSIONES:-La anafilaxia es una reacción potencialmente grave que requiere una rápida actuación médica.-Su diagnóstico no siempre es sencillo. Las guías de práctica clínica recomiendan la administración temprana de adrenalina IM ante la sospecha clínica, superando el beneficio los

potenciales riesgos de su administración en caso de no confirmarse el diagnóstico con posterioridad.- Toda sospecha de anafilaxia debe ser remitido a consultas de alergología.

## BIBLIOGRAFÍA

1.García Nardiz, C., Álvarez Rojas, E., & Menéndez Suso, J. (2018). Shock. En Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría (pp. 30–31). Madrid: Médica Panamericana, S.A. Madrid: Médica Panamericana, S.A. 2.Fustiñana AL, Rino PB, Kohn-Loncarica GA. Detection and management of Anaphylaxis in children. Rev Chil Pediatr. 2019;90(1):44-51. English, Spanish. doi: 10.32641/rchped.v90i1.839. Epub 2019 Jan 2. PMID: 31095218.3.Juliá Benito JC, Sánchez Salguero C, Álvarez Caro F, Álvaro Izquierdo MI, Arroabarren Alemán E, Ca-pataz Ledesma M, et al. (Grupo de trabajo ana-filaxia SEICAP). Manual de anafilaxia pediátrica (MAP) [en línea] [consultado el 23/07/2019]. Disponible en: [http://www.seicap.es/manual-ana-filaxia-pedi%C3%A1trica-map-2017\\_47422.pdf](http://www.seicap.es/manual-ana-filaxia-pedi%C3%A1trica-map-2017_47422.pdf) 4.Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Bock SA, Schmitt C, Bass R, Chowdhury BA, et al. Symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report. J Allergy Clin Immunol. 2005 Mar;115(3):584-91.

## P-54. USO DE BIOLÓGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ALERGIA ALIMENTARIA EN PEDIATRÍA

González Paz H<sup>\*1</sup>, Sena Herrero L<sup>1</sup>, Ortiz López I<sup>1</sup>, Álvarez Ferrín I<sup>2</sup>, Berrocal Castañeda M<sup>2</sup>, Fernández Cebrían<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>2</sup>Neumología y alergia pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>3</sup>Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La alergia alimentaria afecta a la calidad de vida de los pacientes y a su entorno por lo que encontrar un tratamiento eficaz es fundamental. La clínica de la alergia IgE mediada varía desde cuadros cutáneomucosos, digestivos y respiratorios a formas más graves como la anafilaxia. Las dietas de exclusión son uno de los principales tratamientos pero existe un alto riesgo de exposición accidental. Por ello, el desarrollo de la inmunoterapia con alimentos es fundamental porque aumenta la tolerancia al alérgeno implicado y disminuye el riesgo de reacciones adversas por contacto incidental. La desensibilización se consigue en la mayoría de los pacientes pero en un pequeño porcentaje es necesario emplear tratamientos adyuvante con anticuerpos antiIgE (omalizumab) que ha demostrado aumentar el umbral de tolerancia.

### CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1: Escolar de 7 años con alergia a proteínas de huevo. Desde periodo lactante refieren exantema cutáneo y edema tras la ingesta y contacto directo con huevo (cocinado y crudo). Tras intentos repetidos de provocación y desensibilización sin éxito (inicialmente con clara liofilizada y después con huevo cocinado presenta en las dos primeras horas vómitos repetidos y clínica respiratoria) se inicia tratamiento con omalizumab, permitiendo, tras la tercera dosis, la tolerancia progresiva y completa al huevo cocinado. Actualmente recibe dosis decrecientes de omalizumab  
Caso clínico 2: Preescolar de 5 años alérgico a proteínas de leche de vaca que presentó dos reacciones anafilácticas al contacto. Se inicia inmunoterapia oral sin conseguir adecuada tolerancia por lo que se administra omalizumab cada 15 días. A la quinta dosis de omalizumab se inicia provocación oral con leche sin incidencias hasta conseguir tolerancia y espaciar dosis de omalizumab. Desde la suspensión de omalizumab no ha presentado reacciones adversas a la ingesta de leche y productos con trazas.

## DISCUSIÓN

La alergia alimentaria afecta de forma importante a la calidad de vida de los niños y a su entorno. Los síntomas de alergia alimentaria van desde reacciones leves hasta el shock anafiláctico por lo que un tratamiento definitivo es fundamental. La inmunoterapia oral con alimentos es un tratamiento curativo que se consigue en la mayoría de pacientes pero en un porcentaje de niños es necesario el empleo de coadyuvantes. El omalizumab consigue aumentar el umbral de tolerancia a ciertos alimentos facilitando la calidad de vida y disminuyendo el riesgo de reacciones adversas por contacto accidental.

## P-55. ANGIOEDEMA TESTICULAR: UNA MANIFESTACIÓN INFRECUENTE DEL SARS-COV-2

Otero González A\*<sup>1</sup>, Maroño García L<sup>1</sup>, Castro Aguiar S<sup>2</sup>, Pardo Vázquez J<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Teresa Herrera. <sup>2</sup>Unidad de Escolares, Hospital Teresa Herrera. <sup>3</sup>Jefe de Servicio Pediatría, Hospital Teresa Herrera.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El angioedema aislado en la infancia es una afección frecuente, y difícil de filiar, que constituye un motivo de alarma y en ocasiones puede ser recurrente. Una de las principales etiologías, por delante de la alérgica, es la infecciosa. Dada la situación actual, la infección por SARS-CoV-2 cobra especial importancia en el diagnóstico diferencial.

### CASOS CLÍNICOS

Niño de 10 años derivado a Urgencias por edema testicular y uvular de 12 horas de evolución, habiendo presentado dos episodios de angioedema palpebral unilateral en las dos semanas previas, para los cuales recibió tratamiento corticoideo. No antecedentes personales ni familiares de interés, salvo infección por SARS-CoV-2 paucisintomática (prurito faríngeo) una semana antes del inicio de la clínica. En la exploración física destaca edema testicular a tensión y leve edema palpebral y uvular, sin dificultad respiratoria. Se realiza analítica sanguínea y de orina, con leve hiponatremia (sodio 131 mEq/L) e hipoosmolaridad, con sodio urinario dentro de la normalidad. Se decide ingreso para completar estudio. Se realiza ecografía testicular, con marcado engrosamiento del tejido celular subcutáneo, túnica albugínea del pene y de las bolsas escrotales, sugestivo de celulitis subcutánea y discreto compromiso vascular. Se inicia tratamiento con corticoides, antihistamínicos y antibioterapia (amoxicilina-clavulánico) intravenosos. Se completa estudio con analíticas sanguíneas, incluyendo estudio hormonal (TSH, cortisol y ACTH), estudio de inmunidad y autoinmunidad, dentro de la normalidad, serologías víricas, destacando únicamente IgG positiva para SARS-CoV-2. Presenta evolución muy favorable, con disminución progresiva del edema escrotal hasta su completa resolución al tercer día de ingreso, sin asociar nueva sintomatología, siendo dado de alta hospitalaria con seguimiento en Alergología Infantil. Asocia dos episodios similares posteriormente, recibiendo tratamiento antihistamínico prolongado y corticoides durante los episodios, con adecuada respuesta.

### DISCUSIÓN

La etiología infecciosa, tras la idiopática, es la causa más frecuente de angioedema en la infancia. Si bien la patogénesis exacta es todavía incierta, se han descrito numerosos casos secundarios a la infección por SARS-CoV-2. En el contexto de pandemia, esto nos obliga a considerarlo dentro del diagnóstico diferencial, especialmente en niños asintomáticos, sin antecedentes de angioedema hereditario ni de exposición a alérgenos.

### BIBLIOGRAFÍA

Zipursky JS, Croitoru D. Urticaria and angioedema associated with SARS-CoV-2 infection. CMAJ [Internet]. 2021;193(35):E1390. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.211087> Abuelgasim E,

Dona ACM, Sondh RS, Harky A. Management of urticaria in COVID-19 patients: A systematic review. *Dermatol Ther* [Internet]. 2021;34(1):e14328. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/dth.14328>  
Larenas-Linnemann D, Luna-Pech J, Navarrete-Rodríguez EM, Rodríguez-Pérez N, Arias-Cruz A, Blandón-Vijil MV, et al. Cutaneous manifestations related to COVID-19 immune dysregulation in the pediatric age group. *Curr Allergy Asthma Rep* [Internet]. 2021;21(2):13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11882-020-00986-6>  
Fernández-Lázaro D, Garrosa M. Identification, mechanism, and treatment of skin lesions in COVID-19: A review. *Viruses* [Internet]. 2021;13(10):1916. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/v13101916>  
Yu X. Caution of the etiology of testicular swelling in the context of COVID-19 pandemic—it may not be testicular torsion. *Pediatr Emerg Care* [Internet]. 2021;37(8):e499–e499. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/pec.0000000000002497>

## P-56. ANAFILAXIA INDUCIDA POR CLORHEXIDINA

González Paz H<sup>1</sup>, Romero Pérez N<sup>2</sup>, Sena Herrero L<sup>1</sup>, Álvarez Ferrín I<sup>3</sup>, Fernández Cebrián S<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>2</sup>Centro de Saude de Teis. <sup>3</sup>Neumología y alergia pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>4</sup>Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La anafilaxia es la reacción alérgica más grave que puede producirse, se instaura rápidamente tras la exposición a un alérgeno caracterizada por afectación multiorgánica y puede ser mortal. El diagnóstico es fundamentalmente clínico aunque algunas determinaciones de laboratorio como la triptasa sérica pueden ser útiles, si bien el resultado no está disponible en el momento agudo y no modifican la actitud. El tratamiento de elección es la adrenalina intramuscular administrada lo más precozmente posible en la parte lateral del muslo. Medidas de soporte como oxígeno, expansión de volumen, corticoides, antihistamínicos o broncodilatadores pueden ser necesarios. La clorhexidina es un antiséptico con amplio espectro antibacteriano de uso extendido en el ámbito sanitario y en la vida cotidiana, en forma de soluciones, cremas o jabones. Habitualmente es bien tolerada pero están descritas reacciones alérgicas e incluso casos de anafilaxia. Más de 50 casos de reacción alérgica grave con el uso de clorhexidina han sido reportados por la FDA.

### CASOS CLÍNICOS

Varón de 14 años sin alergias ni antecedentes de interés, salvo exéresis de quiste en frenillo peneano 6 meses antes, que presenta cuadro súbito de dificultad respiratoria, exantema habonoso generalizado e hiperemia conjuntival bilateral, inmediatamente después aplicarse en ambas rodillas gluconato de clorhexidina tras jugar un partido de voleibol. En la exploración física presenta afectación del estado general, tremulación, hipoxemia (SatO<sub>2</sub> 95%), hipotensión arterial (85/50 mmHg) y taquicardia, con hipoventilación bilateral. Se administran adrenalina intramuscular, antihistamínico y corticoide oral con mejoría clínica y normalización de las constantes vitales. El paciente se mantiene en observación hospitalaria durante 24 horas con resolución completa del episodio. Al ingreso se detecta una triptasa sérica de 27 mcg/L que desciende hasta 6.1 mcg/L en el control previo al alta. Es seguido periódicamente en consultas de Alergología Infantil presentado un RAST IgE positivo a clorhexidina.

### DISCUSIÓN

La alergia a gluconato de clorhexidina es poco frecuente, pero su prevalencia está aumentado dada la extensión de su uso en el contexto epidemiológico actual. Cofactores como fármacos o el ejercicio físico aumentan la reactividad a un alérgeno, pudiendo inducir una anafilaxia. La adrenalina intramuscular lo más precoz posible es el tratamiento de elección. Su retraso empeora el pronóstico. No existen contraindicaciones en su uso en el niño con anafilaxia.

## P-57. TELORRAGIA EN EL LACTANTE

Granja Martínez M<sup>\*1</sup>, Oliván López P<sup>1</sup>, Portugues De La Red M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Vithas Vigo.*

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El sangrado por el pezón o telorragia aunque es infrecuente en la infancia, genera gran angustia y preocupación en las familias por su asociación con el carcinoma de mama en pacientes adultos. En la edad pediátrica el sangrado a través del pezón suele ser secundario a patología benigna siendo la ectasia ductal mamaria la más frecuente de estas.

### CASOS CLÍNICOS

Presentamos un caso clínico de un lactante mujer de 12 meses que presenta salida de material hemático de forma intermitente por pezón derecho sin acompañarse de otra clínica. La exploración física es anodina, a excepción de salida de sangre tras presión de mama derecha. Se realizan estudios mínimamente invasivos (analítica, ecografía, AP) siendo diagnosticada por el estudio citológico de ectasia ductal mamaria.

### DISCUSIÓN

La ectasia ductal mamaria es la causa más frecuente de telorragia en la edad pediátrica, aunque deberemos realizar diagnóstico diferencial con mastitis, masa mamaria o trastornos hormonales. Debemos recordar que la mayoría de enfermedades que producen telorragia en el paciente pediátrico tiene buen pronóstico, por lo que es de suma importancia explicar y tranquilizar a la familia evitando realizar pruebas diagnósticas invasivas innecesarias.

### BIBLIOGRAFÍA

Telorragia en el lactante por ectasia ductal. Consideraciones acerca de dos casos. PN Affranchino, JP Oglietti, D Amoedo, M Nasti. Arch Argen pediatr 2013;11(6):e152-e155 Telorragia en la lactancia, ¿motivo de alarma? Martínez Blanco J, Lombraña Alvarez E. Boletín de la sociedad de pediatría de Asturias, cantabria castilla León. Vol ped 2012; 52:175-178 Sangrado por el pezón en un lactante. S. Fernández Fernández, I. Pinto Fuentes, M. Vázquez López, M. Guijarro Rojas, A. Arregui Sierra. Anales de pediatría Vol. 64. Issue 1. pages 109-110 (01 January 2006)

## P-58. ALTERACIÓN DE LA MARCHA Y DOLOR CERVICAL EN EL SÍNDROME DE DOWN

Rivas Vazquez M<sup>\*1</sup>, Formoso Leal L<sup>1</sup>, Monteagudo Vilavedra E<sup>1</sup>, Manso Gómez M<sup>1</sup>, Lendoiro Fuentes M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, CHUF.*

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Introducción El síndrome de Down (SD) o trisomía 21 es la anomalía cromosómica más común entre los recién nacidos vivos. Entre el 10-20% de los pacientes con SD presenta un exceso de movilidad entre la articulación del atlas y el axis, a esto se ha denominado inestabilidad atlantoaxoidea. La mayoría permanecen asintomáticos, pero aproximadamente un 2% presenta síntomas de mielopatía compresiva de evolución crónica. El diagnóstico se realiza mediante radiografías cervicales en pacientes con sospecha clínica. El tratamiento inicialmente consiste en la inmovilización cervical mediante collarín y posteriormente se intervendrá quirúrgicamente. El objetivo de la presentación de este caso clínico es dar a conocer las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de esta enfermedad. Resumen del caso Niña de 7 años de edad, originaria de Colombia, con diagnóstico prenatal de síndrome de Down. Al nacimiento es diagnosticada de una comunicación interauricular

intervenida al año de vida y de hipotiroidismo congénito a tratamiento con Levotiroxina. La paciente, tras realizar un vuelo transoceánico desde su país de origen, acude a nuestro centro por incapacidad para la marcha y somnolencia de 48 horas de evolución, asociando retención urinaria en las últimas 10 horas. La madre refiere dolor cervical intermitente en los meses previos y cefalea y disminución progresiva de la fuerza y movilidad en las semanas previas. En la exploración física se constata disminución de la fuerza generalizada, hiperreflexia y clonus, sin atrofia muscular ni fasciculaciones.

### **CASOS CLÍNICOS**

Presenta clínica compatible con inestabilidad atlantoaxoidea, entidad frecuente en los pacientes con SD, se realizan pruebas complementarias urgentes (analítica, radiografía cervical, TC cerebral y análisis del líquido cefalorraquídeo) que inicialmente no son sugestivas de patología. Ante persistencia de la clínica y sospecha diagnóstica, se decide realizar RMN y TC cervical confirmándose el diagnóstico de inestabilidad atlantoaxoidea constatando en las imágenes subluxación atlantoaxoidea vertical superior y anteroposterior y una mielopatía compresiva a la altura de C1-C2. Ante la confirmación del diagnóstico se realiza inmovilización cervical, limitación de la actividad motora y derivación a centro especialista en neurocirugía. Posteriormente, comotratamiento se coloca un halo de tracción para intentar reducir la subluxación y tras conseguirlo se realiza una artrodesis C1-C2 con autoinjerto de cresta iliaca.

### **DISCUSIÓN**

La inestabilidad atlantoaxoidea es una patología poco prevalente pero que tenemos que tener en cuenta en nuestros pacientes con síndrome de Down debido a su complejo diagnóstico diferencial. El tratamiento debe realizarse en un centro especializado en neurocirugía pediátrica por su complejidad y posibles secuelas.

## **P-59. TORTICOLIS Y PSEUDOSUBLUXACION C2-C3, ¿ES NECESARIO UN TAC?**

Granja Martínez M<sup>\*1</sup>, Oliván López P<sup>2</sup>, Portugues De La Reded M<sup>1</sup>, Rodríguez Martín C<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Vithas Vigo. <sup>2</sup>Pediatría, Vithas Vigo. <sup>3</sup>Radiología, Vithas Vigo.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La columna cervical en la edad pediátrica presenta numerosas variantes de la normalidad que pueden ser interpretados como patológicas realizando pruebas complementarias innecesarias. Nuestro objetivo es presentar la variante fisiológica más frecuente, la subluxación C2-C3

### **CASOS CLÍNICOS**

Adolescente de 14 años que desde esta mañana al levantarse presenta dolor in crescendo en región posterior del cuello. No refiere trauma previo. Administrado antiinflamatorios en domicilio con empeoramiento de la clínica motivo por el que consultan. A la exploración física destaca intenso dolor a nivel de apófisis espinosas cervicales con flexión anterior del cuello e imposibilidad de movilización activa/pasiva. No focalidad neurológica. En la Rx cervical lateral se objetiva desplazamiento del cuerpo vertebral C2 sobre C3. Dada la clínica y la imagen se decide ingreso para analgesia. Se realiza TC cervical en donde no se objetiva compromiso de canal. A las 24 horas tras administración de antiinflamatorios y collarín blando el paciente se encuentra asintomático.

### **DISCUSIÓN**

La subluxación de C2-C3 es la variante de la normalidad mas frecuente en los estudios radiológicos cervicales, pudiendo existir un desplazamiento de hasta 4-5 mm de un cuerpo vertebral sobre otro. Para ello es necesario una interpretación adecuada de la rx simple cervical (espacio prevertebral

normal y línea de Swischuk alineada) para poder diferenciarla de una posible espondilolistesis. Es fundamental una detallada anamnesis, un riguroso examen físico y el conocimiento de estas variantes para evitar diagnósticos erróneos y realización de pruebas complementarias invasivas.

### **BIBLIOGRAFÍA**

Pseudoluxación C2-C3: un hallazgo radiológico frecuente en la infancia. V pellicer García, J. Baeza Oliete, L Miranda Casas, T bas, P Bas. Revista española de cirugía osteoarticular N 239 Vol 46 Julio-Septiembre 2009. Pseudoluxación C2-C3 en la infancia: un error frecuente de diagnóstico clínico radiológico. Goni Orayen C, Perez martínez A, Martín martínez C, An Esp Pediatr 1992;36:390-2. Pseudoluxación C2-C3. C rodríguez Vivas, S mangas Ramirez, FJ cañadas Espinosa, AM Ortega Sanchez, C Rodríguez Peña. Anales de Pediatría 2010.05.002. Management challenges of traumatic spondylolisthesis of Axis an unusual C2-C3 posterior subluxacion in a paediatric patient: case report and literature review. K Ibebuike, M Rousso, J Watt, R Dunn. African Health Sciences vol 18 Issue 2, June 2018

## **P-60. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA CONSULTA DE TRIAJE DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO**

Castro Pérez M<sup>\*1</sup>, Liz Domínguez M<sup>1</sup>, Alonso Crespo C<sup>1</sup>

<sup>1</sup>URGENCIAS PEDIÁTRICAS, HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO-VIGO.

### **OBJETIVOS**

OBJETIVO PRINCIPAL: Evaluar la satisfacción de los usuarios de la consulta de triaje de urgencias pediátricas del Hospital Álvaro Cunqueiro. OBJETIVOS SECUNDARIOS: Valorar el grado de conocimiento sobre la consulta de triaje de urgencias pediátricas del Hospital Álvaro Cunqueiro y medir la percepción de los usuarios sobre el funcionamiento, accesibilidad y atención del personal de la consulta de triaje.

### **MÉTODOS**

Estudio observacional y descriptivo. La población a estudio ha sido los acompañantes de los niños que accedieron a la consulta de triaje durante el periodo comprendido entre el 24 de junio y el 7 de agosto del 2022, que dieron su consentimiento verbal. Para ello se utilizó una encuesta autocumplimentada y anónima, que el usuario depositaba una vez cubierta en un buzón diseñado para tal fin.

### **RESULTADOS**

Se realizaron 1005 encuestas. El perfil demográfico de los acompañantes es mujer con una edad media de 39 años (en el 72% era la madre), con estudios medios/universitarios y en situación laboral activa. Los acompañantes reconocen que tienen conocimiento de qué es la consulta de triaje en un 85%, con una definición correcta en un 77%. Y el grado de satisfacción de la asistencia recibida en la consulta de triaje fue de excelente o muy buena en un 68%.

### **CONCLUSIONES**

A la vista de los resultados obtenidos en este estudio, se demuestra una elevada satisfacción por parte de los acompañantes, con respecto a la asistencia, trato, tiempo dedicado e instalaciones de la consulta de triaje, así como se aprecia un alto conocimiento de lo que es la consulta de triaje y de que profesional lo realiza. También observamos que los tiempos de espera percibidos por los acompañantes están en concordancia con el tiempo real de espera desde que llegan al servicio de urgencias hasta que se les llama a la consulta de triaje.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Landaluce A. "Triaje de urgencias de pediatría". *Protc diagn ter pediatr.* 2020;1:1-132. F.J. Rodríguez Borbolla; M.L. Sánchez Herrera; E. Ortiz Angulo; P. Pulido Pérez. "Implementación del Sistema de Clasificación en la Unidad de Urgencias Pediátricas del Hospital Marqués de Valdecilla". *Nuberos.* Vol2 nº9 Marzo-Junio 2013, pags 26-313. L. Pérez Tirado; M. Hernández Blanco; M.D. Nogales Cortés; M.J. Sánchez Sánchez. "Evaluación de la satisfacción de los familiares en las urgencias pediátricas". *Rev. Calidad asistencial* 2010;25(2):58-634. P. Fernández Rojas; S. Mora Acosta; F. Araya Cruz. "Satisfacción en triaje de urgencias de un Hospital comarcal". *Agora de enfermería.* Vol 20,nº4 2016, pags 161-1655. A. Fontova Almató; D. Juvinyá Canal; R. Suñer. "Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de pacientes y acompañantes". DOI:10.1016/j.cali.2014.12.0096. V. Ruíz Romero; J. Fajardo Molina; J.L. García Garmendía; F. Cruz Villalón; R. Rodríguez Ortiz; F.J. Varela Ruíz. "Satisfacción de los pacientes en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios de Aljarafe". *Rev Calid Asist.* Vol 26, Issue 2, Marzo-Abril 2011, pags 111-1227. "Encuesta de satisfacción Urgencias Pediátricas". Hospital Universitario Virgen del Rocío8. Sánchez Bermejo R. "Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los Servicios de Urgencias hospitalarios". *Emergencias.* 2015;27:p.103-79. C. Parra Cotanda; A. Vergés Castells; N. Carreras Blesa; V. Trenchs Sainz de la Maza; C. Luaces Cubells. "Experiencia del paciente en Urgencias: ¿ qué opinan los niños y los adolescentes?". *An Pediatr (Barc).* 2017;86(2):61-66

## P-61. NO TODO ESTRIDOR EN URGENCIAS ES LARINGITIS

Oliván López P\*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Hospital Vithas Fatima.*

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El hemangioma infantil (HI) es el tumor benigno más frecuente de la infancia. La mayoría no precisan tratamiento y remiten espontáneamente, si bien, en algún caso puede comprometer la vida del paciente como son los que se localizan en vía aérea. El síntoma guía de sospecha de HI de vía aérea es el estridor persistente en lactantes. El tratamiento de elección es el propranolol. Los objetivos de este trabajo son: dar a conocer una patología poco frecuente y grave de lactantes, identificar los síntomas cardinales de HI subglótico y el uso de Propranolol como gold estándar de tratamiento efectivo y seguro.

### CASOS CLÍNICOS

Lactante de 3 meses que acude a SUP por estridor inspiratorio y disfonía sin fiebre con diagnóstico inicial de laringitis aguda. Recibe tratamiento inicial con AINES, corticoides orales sin mejoría. A las 72 horas presenta exacerbación de síntomas, por lo que fue valorado por ORL. Se realiza fibrolaringoscopia apreciando una lesión vascular rojo-violáceo subglótica posterior a cuerda vocal derecha, compatible con hemangioma infantil de vía aérea. Se inicia tratamiento con propranolol oral a 1 mg/kg/día con aumento progresivo hasta 2 mg/kg/día, según el Consenso Español sobre Hemangioma Infantil, con cese estridor y a los 10 días. Recibió terapia durante 12 meses y actualmente está asintomático.

### DISCUSIÓN

El hemangioma de vía aérea entra dentro del diagnóstico diferencial de estridor persistente o recidivante del lactante pequeño. Es importante un diagnóstico precoz, ya que el comportamiento del HI es hacia un rápido crecimiento las primeras semanas de vida, pudiendo llegar a comprometer la vida de paciente. La prueba diagnóstica de elección la fibrolaringoscopia directa y/o pruebas de imagen: Angio-TAC, Angio-RM. El tratamiento de primera línea es el propranolol a dosis crecientes,

que es seguro y muy eficaz. Debemos estar alerta en las Urgencias Pediátricas, ya que no todo estridor es laringitis.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Baselga Torres y col. Consenso Español sobre Hemangioma Infantil Anales de Pediatr (Barc) 2016; 85(5): 256-265 Lauté- Labrece C, Dumas de la Roque E, Hubiche T. A propranolol for severe hemangiomas of infancy N Engl J Med 2008; 358: 2649-51 Lauté-Labreze C; Hoeger P; et al. A randomized , controlled trial of oral propranolol in infantile hemangioma. N Engl J Med 2015; 372: 735-46 Claudio Krstulovic et al. Respuesta rápida de hemangiomas subglóticos a propranolol Anales de Pediatr (Barc) 2016; 85(4): 210-214

## **P-62. SEDOANALGESIA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**

González Perez M<sup>\*1</sup>, Chamadoira Puente L<sup>1</sup>, Rodríguez Alejandro N<sup>1</sup>

<sup>1</sup>URXENCIAS PEDIÁTRICAS., HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO. VIGO.

### **OBJETIVOS**

**OBJETIVO GENERAL:** Confirmar los beneficios de la utilización de la sedoanalgesia en determinadas técnicas y procedimientos que se realizan en las unidades de urgencias pediátricas. **OBJETIVO ESPECÍFICO:** Implementar en nuestra unidad (urgencias pediátricas), una guía de cuidados de enfermería del paciente tratado con sedoanalgesia .

### **MÉTODOS**

Mediante búsqueda bibliográfica se hizo una revisión de diversos procedimientos en sedoanalgesia farmacológica y no farmacológica, considerando variables en función del nivel de dolor, la sedoanalgesia que se quiere conseguir y la edad.

### **RESULTADOS**

Elaboración de una guía de cuidados de enfermería en la que se especifican las estrategias farmacológicas y no farmacológicas en sedoanalgesia, los cuidados de enfermería y la vía de administración y dilución de los fármacos utilizados.

### **CONCLUSIONES**

Las unidades de urgencias pediátricas son sitios donde los niños con frecuencia experimentan estrés disfuncional por una combinación de miedo, dolor y ansiedad. Estas reacciones se deben a que son entornos que pueden parecer hostiles y los pequeños tienen miedo a un dolor potencial por sus experiencias previas en el hospital o por temor a lo desconocido. Así tenemos el deber de tratar el dolor, ya sea el causado por la propia enfermedad, como el provocado por los procedimientos invasivos, independientemente de la edad, madurez o gravedad de la enfermedad. Una correcta prevención del dolor y de la ansiedad procedimental, mediante la sedoanalgesia, en los procedimientos diagnósticos-terapéuticos, es un marcador de calidad de los servicios de urgencias pediátricas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

“Enfermera en el dolor del paciente pediátrico”. Revista electrónica “Portales Médicos .com”. Natalia Sánchez Gallego (Graduada en Enfermería Universidad de Zaragoza). Año 2019. “Protocolo de sedoanalgesia en urgencias pediátricas”. Grupo de Analgesia y Sedación SEUP. Septiembre 2020. “Analgesia y sedación en urgencias pediátricas”. Alfredo Jordán García - Mario Gómez de la Fuente. Abril 2016. “Protocolo de sedoanalgesia en urgencias pediátricas”. Hospital

General Universitario Gregorio Marañón. "Manual clínico de urgencias de pediatría". Hospital Virgen del Rocío año 2022.

## **P-63. IDEACIÓN AUTOLÍTICA EN PEDIATRÍA: PLAN DE CUIDADOS**

Santomé T<sup>\*1</sup>, Leiras Fernández M<sup>1</sup>, García Vázquez M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospitalización pediátrica, Hospital Álvaro Cunqueiro.

### **OBJETIVOS**

Crear un protocolo de acogida para estos pacientes y su familia. Proponer un plan de cuidados para pacientes con diagnóstico "ideación autolítica" en nuestra unidad de hospitalización pediátrica.

### **MÉTODOS**

Revisión bibliográfica de los artículos seleccionados de los últimos cuatro años. Patrones de Marjory Gordon empleados para realizar el plan de cuidados en GACELA (programa informático de registro de cuidados empleados en el Hospital Álvaro Cunqueiro) NANDA, NIC y NOC de 2021-2023.

### **RESULTADOS**

Creación de un plan de cuidados para pacientes ingresados con diagnóstico "ideación autolítica" con el fin de emplear una metodología enfermera que nos ayuda a organizar y estructurar el trabajo diario y que garantiza unos cuidados de calidad. Puesta en marcha de una guía de acogida para los pacientes y sus familias con una adecuación del entorno.

### **CONCLUSIONES**

Ante la alta incidencia de ingresos de adolescentes diagnosticados de ideación autolítica estos dos últimos años, nos encontramos con el desafío de buscar y proporcionar los mejores cuidados durante el ingreso de estos pacientes en su fase aguda, lo cual engloba inherentemente el apoyo a sus padres y/o tutores. Consideramos fundamental emplear una metodología enfermera que ayude a organizar y estructurar el trabajo, constituyendo un elemento fundamental en la toma de decisiones. Además de la utilización de las escalas de riesgo autolítico debemos adaptar las condiciones ambientales de nuestra planta de hospitalización pediátrica a estos pacientes, así como una reestructuración de las normas para evitar situaciones de estrés añadido a la situación del paciente y de la propia familia.

### **BIBLIOGRAFÍA**

<https://www.savethechildren.es/actualidad/suicidios-adolescentes-espana-factores-riesgo-datos>[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0214-](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0214-78232020000200106)

78232020000200106 Planificación de cuidados para el paciente agresivo en Itaka Francisco J. Lozano Olea NANDA NIC NOC 2021-2023

## **P-64. EL SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO DEL NERVIOS CUTÁNEO ANTERIOR, UNA PATOLOGÍA A TENER EN CUENTA EN EL DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE**

Suárez Camacho R<sup>1</sup>, Navarro Gonzalo C<sup>\*1</sup>, López-franco M<sup>2</sup>, Rey S<sup>2</sup>, Carreira Sande N<sup>3</sup>, Marinón Torres N<sup>4</sup>, Crujeiras Martínez V<sup>3</sup>, Solar Boga A<sup>5</sup>, Leis Trabazo R<sup>3</sup>, García Zuazola I<sup>6</sup>, Álvarez Rodríguez I<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, CHUS. <sup>2</sup>S. de Hospitalización Pediátrica. , CHUS. <sup>3</sup>S. de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. , CHUS. <sup>4</sup>S. de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica., CHUS. <sup>5</sup>S. de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. , CHUAC. <sup>6</sup>Pediatría, CHUS.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior (ACNES) es una causa de dolor abdominal recurrente debida a que las ramas terminales de los nervios intercostales T8-T12 se quedan atrapadas en los músculos abdominales, produciendo un dolor neuropático crónico. La distensión del abdomen, cicatrices o suturas pueden traccionar o atrapar el nervio cutáneo abdominal y ser causantes de este síndrome. Su incidencia es 1:1800 pacientes, suponiendo el 13% de los casos de dolor abdominal crónico en pediatría, especialmente en mujeres jóvenes. Su diagnóstico se realiza mediante la exploración física, a través del signo de Carnett positivo. La respuesta favorable a la infiltración o bloqueo anestésico en el punto de dolor es también diagnóstica y terapéutica, quedando reservada la neurectomía anterior para los casos con mala respuesta.

### **CASOS CLÍNICOS**

Paciente mujer de 12 años, diagnosticada de celiaquía a los 2 años y con adecuada adherencia a la dieta sin gluten, que consulta por dolor abdominal de tipo cólico localizado en flanco izquierdo, de tres meses de evolución. El cuadro imposibilita sus actividades diarias, incluyendo la asistencia al centro escolar, y ha condicionado varias atenciones en Urgencias e ingresos hospitalarios. Se descartaron patologías abdominales agudas mediante estudios de laboratorio y de imagen (radiografía, ecografía, TAC) e interconsulta ginecológica. Asimismo se realizó una valoración psicológica que no reveló factores estresores o emocionales de relevancia. En la exploración física presentaba molestias en hemiabdomen izquierdo con un dolor a punta de dedo en zona paraumbilical izquierda. Se practicó la maniobra de Carnett (con el paciente en decúbito supino se presiona con el dedo el punto doloroso, al mismo tiempo que se le indica que contraiga los músculos del abdomen, al mandarle levantar la cabeza y el tronco de la camilla, sin apoyarse en las manos) y el dolor se intensificó de forma llamativa. Con la sospecha clínica de dolor originado en la pared abdominal por ACNES se realizó infiltración diagnóstica-terapéutica del punto doloroso con bupivacaína, presentando una respuesta favorable con desaparición completa del dolor y manteniéndose asintomática a los 3 meses del procedimiento.

### **DISCUSIÓN**

El dolor abdominal originado por ACNES no es bien reconocido. Los pacientes no suelen presentar otros síntomas asociados, ni alteraciones en las pruebas complementarias realizadas habitualmente, por lo que puede confundirse con un dolor de causa psicósomática. El cuadro cursa con un signo de Carnett positivo, maniobra que debe tenerse presente en la exploración de un paciente con dolor abdominal recurrente de etiología no filiada, y se confirma, como en el caso presentado, con la respuesta favorable a la infiltración o bloqueo anestésico en el punto gatillo.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Pedersen KF, Roumen R, Scheltinga M, Bisgaard T. Anterior cutaneous nerve entrapment syndrome. *Ugeskr Laeger*. 2020;181(10):2-6. 2. Tolmos-Estefanía MT, Fernández-Rodríguez T, Bernard-de Casco Z, Grande-Díez C, Rodríguez-Lorenzo Á. Dolor abdominal recurrente. Síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo abdominal a propósito de tres casos. *Med Fam Semer*. 2018;44(4):290-2. 3. García-Carmona JA, Sánchez-Lucas J. Role of Carnett's maneuver in the diagnosis of an anterior cutaneous nerve syndrome confused with a somatic symptom disorder: A

case report. *Neurología*. 2021;36(2):179-80. 4. Oliván-Gonzalvo G, Ruiz-Serrano J, Uclés-Moreno P, Fernández-Sanz A, Oliván-Gonzalvo G, Ruiz-Serrano J, et al. Síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior: una causa de dolor abdominal crónico en niños frecuentemente pasada por alto. *An Sist Sanit Navar*. 2021;44(2):303-7.

## **P-65. CUANDO UN POSIBLE COVID PERSISTENTE ENMASCARA UNA ENFERMEDAD AÚN MENOS FRECUENTE**

García Fernández R<sup>\*1</sup>, Quintana Cepedal I<sup>1</sup>, Pisón Marcos I<sup>1</sup>, Afonso Carrasco I<sup>1</sup>, Martínón Torres N<sup>2</sup>, Crujeiras Martínez V<sup>2</sup>, Carreira Sande N<sup>2</sup>, Leis Trabazo R<sup>2</sup>

<sup>1</sup>, *Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela*. <sup>2</sup>*Unidad de Gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela*.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La acalasia es un trastorno primario raro de la motilidad esofágica, que se caracteriza por la ausencia de peristaltismo esofágico y el aumento de la presión en reposo del esfínter esofágico inferior (EEI). En dicho trastorno, el EEI no se relaja por completo en respuesta a la deglución por falta o degeneración de células ganglionares en la capa muscular de Auerbach. Puede tener un inicio insidioso, con muchas características subclínicas que preceden al diagnóstico definitivo, especialmente en la edad pediátrica, en donde se describe una incidencia de 0,18/100.000 por año y una demora diagnóstica de unos 2 años. Dentro de la presentación clínica más habitual encontramos: tos crónica, vómitos, pérdida de peso, disfagia, dolor torácico e incluso infecciones respiratorias secundarias a aspiración. Dado el contexto epidemiológico actual, esta clínica con afectación multiorgánica, puede verse superpuesta con un posible COVID persistente (Long-COVID).

### **CASOS CLÍNICOS**

Presentamos a un adolescente varón de 12 años sin antecedentes de interés salvo infección por SARS CoV2 hacía 4-5 meses. Desde entonces relata tos diaria que condiciona vómitos y disfagia para sólidos y líquidos, asociados puntualmente a dolor centrotorácico, con pérdida ponderal de hasta 11 kg. No refieren fiebre ni sudoración nocturna. Exploración física sin hallazgos. Recibió pauta con acetilcisteína, azitromicina y omeprazol, sin mejoría. Se realizaron diferentes estudios (Rx de tórax, PPD, analítica sanguínea y de heces) sin alteraciones, salvo espirometría y oscilometría con leve patrón obstructivo, que mejoraron con tratamiento broncodilatador. Ante clínica respiratoria y antecedente de infección por SARS CoV2, la sospecha inicial fue un Long-COVID. No obstante, ante la persistencia de vómitos y pérdida de peso, se completó el estudio con una endoscopia digestiva alta, donde se evidenciaron restos de alimentos en esófago distal, así como resistencia al paso del esofagoscopio, hallazgos compatibles con acalasia. El tránsito baritado y la manometría esofágica confirmaron posteriormente el diagnóstico de acalasia tipo 1.

### **DISCUSIÓN**

A pesar de vernos influenciados en nuestra vida diaria por la pandemia de Covid y sus múltiples efectos, no podemos olvidar el resto de patología pediátrica, incluso la menos prevalente. El caso que presentamos es un claro ejemplo de ello, porque a pesar de que cumplía prácticamente todos los criterios de Long-COVID, la búsqueda de otras posibles etiologías nos permitió confirmar el diagnóstico de una acalasia tipo 1 de forma precoz.

### **BIBLIOGRAFÍA**

Tashiro J, Petrosyan M, Kane TD. Current management of pediatric achalasia. *Transl Gastroenterol Hepatol*. 2021 Jul 25;6:33. doi: 10.21037/tgh-20-215. PMID: 34423154; PMCID: PMC8343414. Jarzebicka D, Czubkowski P, Sieczkowska-Golub J, Kierkus J, Kowalski A, Stefanowicz M, Oracz G. Achalasia in Children-Clinical Presentation, Diagnosis, Long-Term Treatment Outcomes,

and Quality of Life. J Clin Med. 2021 Aug 30;10(17):3917. doi: 10.3390/jcm10173917. PMID: 34501361; PMCID: PMC8432175. Guía Clínica de atención al Long COVID / COVID persistente. [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/guia\\_clinica\\_covid\\_persistent\\_20210501\\_version\\_final.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/guia_clinica_covid_persistent_20210501_version_final.pdf) drissa S, Oumarou A, Mahmoudi A, Elmadi A, Khattala K, Bouabdallah Y. Diagnosis and surgical management of children with oesophageal achalasia: A 10-year single-centre experience in Morocco. Afr J Paediatr Surg. 2021 Jul-Sep;18(3):155-159. doi: 10.4103/ajps.AJPS\_46\_20. PMID: 34341200; PMCID: PMC8362917.

## **P-66. ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: UNA IMPACTACIÓN JURÁSICA**

Varela Alonso D<sup>\*1</sup>, Juberías Alzueta C<sup>1</sup>, Rubinos Galende L<sup>1</sup>, Alonso Gago P<sup>1</sup>, Gallego Vázquez S<sup>1</sup>, Gonzalo Costales P<sup>1</sup>, Rumbo Vidal A<sup>1</sup>, Álvaro Sardina P<sup>1</sup>, Rodríguez De La Riva P<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti.*

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La esofagitis eosinofílica es una inflamación esofágica crónica inmunomediada, caracterizada clínicamente por síntomas de disfunción esofágica con impactación y dolor esofágico, e histológicamente por inflamación predominantemente por eosinófilos. Es más frecuente en varones, y la atopia es el factor de riesgo más importante, seguido de la alergia alimentaria IgE mediada.

### **CASOS CLÍNICOS**

Acude a urgencias niño de 8 años por dolor retroesternal intenso súbito y náuseas, sin sialorrea ni signos de dificultad respiratoria. Antecedentes personales de dermatitis atópica y asma. Un ingreso previo a los 5 años de edad por impactación con trozo de manzana, realizándose gastroscopia con resultado compatible con esofagitis eosinofílica. Posteriormente inició seguimiento en consultas externas de gastroenterología pediátrica, donde le recomendaron dieta de exclusión de 4 elementos. Abandonó el seguimiento y la dieta por decisión familiar. Se realiza radiografía de tórax donde se visualiza cuerpo extraño a nivel de esófago compatible con dinosaurio de juguete. Se realiza gastroscopia donde se detecta cuerpo extraño enclavado en esófago cervical (dinosaurio de metal de 35 mm.). Además se visualiza el esófago anillado con surcos longitudinales y escasa distensibilidad compatible con esofagitis eosinofílica. Tras la extracción del juguete se reinicia dieta libre de huevo, soja, leche y trigo, y se añade tratamiento con omeprazol y fluticasona oral

### **DISCUSIÓN**

1. Se ha observado un espectacular aumento de la incidencia y prevalencia de la esofagitis eosinofílica, siendo la causa más frecuente de impactación en escolares y adolescentes, y la segunda causa más frecuente de esofagitis. 2. El tratamiento se basa en cambios dietéticos, IBPs y/o corticoides orales deglutidos. En caso de remisión clínica e histológica objetivada mediante endoscopia, se debe continuar con esa línea de tratamiento a la menor dosis posible. 3. La dieta de exclusión de 4 elementos presenta una alta eficacia potencial sin efectos secundarios, si bien su correcta aplicación es compleja. 4. En caso de anomalía fibroestenóticas que condicionen disfagia o impactaciones pese a los tratamientos previamente descritos, se realizará dilatación endoscópica.

## P-67. ENFERMEDAD DE CROHN METASTÁSICA: UNA ENTIDAD RARA Y DE MANEJO \\\'DESCONOCIDO\\\'

García Fernández R<sup>\*1</sup>, Martínez Cano L<sup>1</sup>, Crujeiras Martínez V<sup>2</sup>, Martín Torres <sup>2</sup>, Carreira Sande N<sup>2</sup>, Leis Trabazo R<sup>2</sup>

<sup>1</sup>, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Unidad de Gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad de Crohn es un subtipo de enfermedad inflamatoria intestinal crónica que puede afectar a todo el tubo digestivo, desde la boca hasta el ano, de forma segmentaria, siendo su característica histológica la afectación transmural de la mucosa y la presencia de granulomas no caseificantes. Las manifestaciones extradi digestivas están presentes hasta en un 30% de los casos, especialmente las cutáneas, si bien el Crohn metastásico es una forma de afectación dermatológica muy infrecuente en niños.

### CASOS CLÍNICOS

Presentamos un paciente de 12 años que debuta con enfermedad de Crohn ileocolónica con un cuadro de dolor abdominal, fiebre y reactantes de fase aguda elevados. Precisó iniciar tratamiento biológico con anti-TNF (adalimumab subcutáneo) para mantener en remisión, tras haber recibido inducción con nutrición enteral exclusiva y budesonida oral. Durante los siguientes dos años se mantiene en remisión clínica con adalimumab a dosis estándar (40 mg/2 semanas), pero ante la presencia de calprotectina fecal persistentemente elevada se intensifica el fármaco (80 mg/2 semanas). Coincidiendo con la subida de dosis empieza a presentar engrosamiento progresivo de la zona perianal, fisuras anales, hipertrofia gingival, queilitis, irritación perinasal y lesiones eritematosas en nalgas que mejoran con la aplicación de corticoide tópico. Ante la posibilidad de que se trate de un efecto secundario de adalimumab se disminuye a la dosis previa, sin observarse respuesta. Se completa el estudio con biopsia de la zona perianal y de las lesiones en glúteos, encontrándose hallazgos inflamatorios compatibles con una enfermedad de Crohn metastásica. Por este motivo se decide iniciar tratamiento con otro anti-TNF, infliximab (intensificado a 10 mg/kg cada 4-5 semanas), con el que se consigue la remisión clínica del paciente, tanto a nivel intestinal como cutáneo.

### DISCUSIÓN

La enfermedad de Crohn metastásica es una entidad dermatológica de diagnóstico histológico, poco común, en la que las lesiones cutáneas, a menudo persistentes, causan una morbilidad significativa en el paciente. Cabe destacar que en el caso presentado se consiguió la remisión de las lesiones con el uso de infliximab, a pesar de haber fallado previamente el uso de otro anti-TNF, por lo que no fue necesario el cambio de la diana terapéutica. Las escasas publicaciones en niños describen diferentes modalidades de tratamiento con respuestas interindividuales muy variadas, pero faltan estudios controlados aleatorizados acerca de su manejo terapéutico.

### BIBLIOGRAFÍA

Ickrath, F., Stoevesandt, J., Schulmeyer, L., Glatzel, C., Goebeler, M. and Kerstan, A. (2021), Metastatic Crohn's disease: an underestimated entity. JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 19: 973-982. <https://doi.org/10.1111/ddg.14447> Schneider SL, Foster K, Patel D, Shwayder T. Cutaneous manifestations of metastatic Crohn's disease. *Pediatr Dermatol*. 2018 Sep;35(5):566-574. doi: 10.1111/pde.13565. Epub 2018 Jun 28. PMID: 29952016. Blasco Alonso J, Girón Fernández-Crehuet F, Lendínez Ramírez MA, Gallego Gutiérrez S, Luque Pérez S, Serrano Nieto J, Navas López VM, Sierra Salinas C. Metastatic Crohn's disease in pediatrics. *Rev Esp Enferm Dig*. 2016 Sep;108(9):598-603. doi: 10.17235/reed.2016.3948/2015. PMID: 26856545. Diaconescu S, Strat S, Balan GG, Anton C, Stefanescu G, Ioniuc I, Stanescu AMA. Dermatological Manifestations in Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Medicina (Kaunas)*. 2020 Aug 23;56(9):425. doi: 10.3390/medicina56090425. PMID: 32842528; PMCID: PMC7559248.

## **P-68. LA GASTROENTERITIS QUE NO ES. EL FPIES, CRÓNICO?**

Rivas Vazquez M<sup>\*1</sup>, Monteagudo Vilavedra E<sup>1</sup>, Formoso Leal L<sup>1</sup>, Manso Gómez M<sup>1</sup>, García Fernández M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, CHUF.*

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

Lactante de un mes y 18 días con antecedentes personales de peso elevado para la edad gestacional, litiasis biliar a tratamiento con ácido ursodeoxicólico e hipertirotrópinemia a tratamiento con levotiroxina. Ingresó por deshidratación aguda y rechazo de ingesta en contexto de cuadro de deposiciones diarreicas de 1 semana de evolución, disminución de ingesta, febrícula y 1 episodio de vómito. Recibía LA, 7-8 tomas de 120 ml. Pérdida ponderal del 8-9%. Exploración física normal salvo signos de deshidratación. Constantes normales. PC al ingreso: - Gasometría venosa: pH 7.05; pCO<sub>2</sub> 43; HCO<sub>3</sub> 12.1; EB -18.3; metahemoglobina 4.1% (N <1%) - PCR 52.79 mg/L - Coprocultivo negativo. - Urocultivo (sondaje): 100.000 UFC/ml de *E. faecalis* y *E. coli*.

### **CASOS CLÍNICOS**

Tratamiento: Expansión con SSF y Bicarbonato 1/6. Fluidoterapia de mantenimiento con SGS + Bicarbonato 1M para corrección del déficit hídrico y la acidosis. Amoxicilina vo. Fórmula hidrolizada. Evolución favorable, con corrección progresiva de la acidosis y normalización de las deposiciones. Alta a los 9 días del ingreso con amoxicilina hasta completar 7 días de tratamiento y fórmula hidrolizada. A los 3 días del alta acuden de nuevo al servicio de urgencias por presentar a las 2 horas de administrar una toma de fórmula estándar tipo 1 (por haberseles acabado la fórmula hidrolizada) cuadro de 3 vómitos, palidez e hipoactividad, y 3 deposiciones semilíquidas. Constantes y gasometría normales.

### **DISCUSIÓN**

Aunque la impresión diagnóstica inicial fue de una gastroenteritis infecciosa/ITU con buena evolución al tratamiento habitual, la posterior exposición a proteínas de leche de vaca provocó una sintomatología muy característica de FPIES agudo, sugiriendo que se trataba en realidad de un FPIES crónico, con reagudización tras una nueva exposición, diagnóstico también apoyado por la existencia de metahemoglobinemia.

## **P-69. TRATAMIENTO CON GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR EN HEPATITIS C CRÓNICA PEDIÁTRICA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.**

Fernández Cebrián S<sup>1</sup>, Bouza Romero A<sup>\*2</sup>, Vilanova Gantes L<sup>2</sup>, Monner Romero M<sup>2</sup>, Rendo Vázquez A<sup>2</sup>, Perez Lopez C<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Hospital Universitario de Ourense.* <sup>2</sup>*Pediatría, Hospital Universitario de Ourense.*

<sup>3</sup>*Radiología, Hospital Universitario de Ourense.*

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La hepatitis C afecta a 3,6 millones de niños en todo el mundo, siendo la transmisión perinatal la responsable de la mayoría de las infecciones (60%) en pediatría. Los pacientes infectados presentan escasos síntomas, variación en las cifras de transaminasas con progresión a lo largo de la vida hacia daño hepático, desde esteatosis hasta riesgo aumentado de cirrosis y hepatocarcinoma. El tratamiento ha cambiado significativamente desde el desarrollo de antivirales orales de acción directa, con pautas de seguridad y efectividad probadas, autorizadas recientemente en pacientes desde los 3 años (Estudio DORA 1-2).

## CASOS CLÍNICOS

- Paciente de 13 años, asintomática, hipertransaminasemia en los últimos 4 meses sin antecedentes de interés salvo madre con VHC tratada. Exploración física sin alteraciones. GOT 43 U/L, GPT 72 U/L; GGT: 68 U/L. Fosfatasa alcalina 156 U/L, resto bioquímica normal. Hemograma, coagulación, estudio cobre (cobre sérico, urinario, ceruloplasmina), metabolismo férrico, lipídico, perfil tiroideo, alfa1 antitripsina, inmunoglobulinas (GAME), AATG y autoanticuerpos normales. Serologías: VHB, VHA, toxoplasma, VEB, CMV, herpes negativos. VHC: Ac positivos para VHC. ARN VHC (PCR) 50,4 UI/ml (4,70 Log). Resto serologías negativas. Ampliado genotipo VHC, tipo 3. Ecografía abdominal y fibroscan normal. Tratamiento con Mavyret® (glecaprevir + pibrentasvir) 300 mg/120 mg, 8 semanas. Controles a las 2, 4 y 8 semanas sin efectos secundarios y a los 3 meses y a los 12 meses con carga viral negativa, así como normalización analítica. - Paciente de 1 año, adopción internacional (China) con antecedente de madre positiva para VHC. Asintomático con alteración leve en transaminasas, serología VHC positiva con PCR 5.270.000 copias, resto negativas. Genotipo 3b. Ecografía abdominal normal. A los 2 años se realiza de nuevo estudio hepático persistiendo PCR positiva y se remite a centro de referencia. Debido a que solo estaban autorizadas terapias con interferón y ribavirina a esa edad, se decide actitud conservadora hasta poder valorar uso con antivirales directos. Durante el seguimiento persiste alteración en cifras de transaminasas y esteatosis hepática ecográfica, manteniéndose asintomático. A los 6 años de edad, inicia tratamiento con Maviret® (glecaprevir + pibrentasvir) 200 mg/80 mg durante 8 semanas sin presentar reacciones adversas, con carga viral negativa a los 3 meses, normalización analítica y resolución de esteatosis hepática, pendiente control con carga viral al año.

## DISCUSIÓN

Aunque la hepatitis C crónica en pediatría es poco frecuente y entre el 25-40% de los recién nacidos infectados eliminan el virus espontáneamente en los dos primeros años, es importante implantar mecanismos de cribado, dada su prevalencia en adultos, para evitar complicaciones a largo plazo. Con el desarrollo de los nuevos fármacos antivirales, altamente efectivos y bien tolerados, han mejorado de forma significativa los índices de curación, siendo el tratamiento coste efectivo en población pediátrica a partir de los 3 años.

## P-70. HEPATITIS C ANTI-LKM POSITIVO: ¿ES EL AUTOANTICUERPO UN EPIFENÓMENO O TIENE UN PAPEL EN LA PATOGENIA?

Ramil Mendez M<sup>\*1</sup>, Veiga Fachal C<sup>1</sup>, Fernandez Lorenzo A<sup>2</sup>, Romero Rey H<sup>2</sup>, Moreno Alvarez A<sup>2</sup>, Solar Boga A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA, HMI TERESA HERRERA. AREA SANITARIA A CORUÑA-CEE. <sup>2</sup>UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA INFANTIL. SERVICIO DE PEDIATRÍA, HMI TERESA HERRERA. AREA SANITARIA A CORUÑA-CEE.

## OBJETIVOS

La coexistencia de antiLKM con VHC se describe en un 5-6% de niños con hepatitis C. La teoría más aceptada es que antiLKM es un fenómeno de reactividad cruzada por similitud molecular de VHC con el citocromo. Sin embargo, en algunos niños se ha demostrado que anti-LKM reconoce un antígeno distinto del citocromo, que estaría implicado en la hepatitis autoinmune tipo II. Por otra parte, el HLA clase II de niños con VHC + antiLKM es semejante al de niños con hepatitis autoinmune. Se describe más fibrosis en niños LKM y VHC que en niños con VHC aislado, por lo que la posibilidad de un epifenómeno autoinmune disparado por VHC no puede ser descartado. El objetivo del estudio es revisar los casos presentados de hepatitis crónica C con anticuerpos anti-LKM positivos.

## MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de casos presentados entre Enero de 2012 y Diciembre de 2021. Criterios de inclusión: pacientes en edad pediátrica (<15 años) con hepatitis crónica C en los que se detecta positividad para autoanticuerpo anti-IkM. Padres aceptan participar en el estudio y firman consentimiento informado.

## RESULTADOS

El primer caso se trata de una niña diagnosticada al nacimiento (VHC genotipo 1), con transmisión vertical (madre VIH y VHC positiva). Transaminasas discretamente elevadas, con carga viral entre 5-7 log Ui/ml desde el diagnóstico. Posibilidad de anticuerpos anti LKM, con normalidad de resto de estudio complementarios. Fibroscan con ausencia de fibrosis. Es tratada con ledipasvir y sofosbuvir a los 9 años, con negativización de la carga viral y normalización de la función hepática, manteniéndose la posibilidad para antiLKM sin otros datos sugestivos de hepatopatía. El segundo caso se trata de una niña, remitida a los 6 años de edad ante diagnóstico materno, detectándose VHC positivo genotipo I de posible transmisión vertical. Transaminasas discretamente elevadas, con carga viral entre 5-7 log Ui/ml desde el diagnóstico y asociando posibilidad anti LKM, sin datos de fibrosis significativa en la elastografía de transición. Es tratada con ledipasvir y sofosbuvir con respuesta viral sostenida. Persistencia de antiLKM. Tercer caso de una niña diagnosticada en relación a estudio materno. Presenta posibilidad para VHC genotipo 1 y asocia anti LKM positivo. Pendiente de iniciar tratamiento con sofosbuvir ledipasvir.

## CONCLUSIONES

La hepatitis C anti LKM positiva presenta una frecuencia más elevada en la población pediátrica. En nuestra serie, el tratamiento de dos de las pacientes con antiretrovirales consiguió una respuesta viral sostenida permaneciendo únicamente con posibilidad de autoanticuerpos sin otros datos asociados que sugieran hepatopatía crónica autoinmune.

## P-71. HEPATITIS AUTOINMUNE POR SARS-COV2, A PROPÓSITO DE UN CASO

Anegón García M<sup>1</sup>, Mourelle Vázquez N<sup>1</sup>, Monner Romero M<sup>1</sup>, Rendo Vázquez A<sup>1</sup>, Fernández Cebrián S<sup>1</sup>, Sena Herrero L\*<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hepatitis autoinmune (HAI) en la edad pediátrica representa una enfermedad de mecanismo incierto. La hipótesis principal sugiere que se iniciaría tras un desencadenante ambiental, en un paciente genéticamente predispuesto, provocando una respuesta inmune disregulada. Se han descrito diversos virus como desencadenantes de la enfermedad, entre ellos el SARS-CoV2.

## CASOS CLÍNICOS

Escolar de 12 años remitido desde Atención Primaria por severa anemia microcítica e hipertransaminasemia en control analítico realizado por astenia. Refiere epistaxis semanales durante meses sin otros antecedentes personales ni familiares de interés. No consumo de tóxicos ni fármacos. PCR para SARS-CoV2 por protocolo de ingreso positiva. Hemograma: Hemoglobina 4.9 g/dL, VCM 61.4 fL; Bioquímica: GOT 1420 U/L, GPT 1132 U/L, GGT 95 U/L, FA 260 U/L y Coagulación: TP 18.20 seg, INR 1.52. En analíticas de control, serie roja corregida con concentrado de hematíes y hierro endovenoso. Mejoría parcial del INR y Tiempo de Protrombina con vitamina K (TP 17.20 seg; INR 1.44). Albúmina 3.6 g/dL; BR total 3.6 mg/dL; BR directa 1.8 mg/dL; GOT 1436 U/L; GPT 1774 U/L; GGT 104 U/L; FA 167 U/L, factores de coagulación en rango de normalidad, Ig G 3976 mg/dL, ANA positivo (título 1/320) y Anticuerpos Antiánfgeno Sm 1.7 U/mL. Serologías de virus hepatotropos (VHA, VHB, VHC, VHE, CMV, VEB) negativas; ceruloplasmina, cobre en suero, cobre en orina de 24

horas y alfa 1-antitripsina con niveles en rango de normalidad. En la ColangioRMN no se observa dilatación de la vía biliar ni datos de coledocolitiasis. La biopsia hepática muestra una lesión inflamatoria severa y difusa con infiltrado linfoplasmocitario en los espacios portales, hepatocitos apoptóticos, formaciones rosetoides y emperipolesis linfocitaria. Se cumplen criterios ESPGHAN para el diagnóstico de Hepatitis Autoinmune tipo I. Inicio de prednisona con normalización de transaminasas, niveles de IgG, y títulos muy bajos de autoanticuerpos. Reducción progresiva del corticoide e introducción de azatioprina como terapia de mantenimiento.

## DISCUSIÓN

Aunque limitados, existen casos que sugieren la implicación del SARS-CoV2 como desencadenante de la HAI. El diagnóstico se basa en una combinación de hallazgos clínicos, bioquímicos, inmunológicos e histológicos característicos, y la exclusión de otras causas conocidas de enfermedad hepática, siendo necesaria una biopsia de confirmación y evaluación del daño hepático. El tratamiento puede iniciarse con corticoides. La azatioprina se añadiría ante el fracaso o efectos secundarios de los mismos, o como adyuvante, desde el inicio del tratamiento, o a las pocas semanas.

## BIBLIOGRAFÍA

Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica - 3a edición (3.a ed.). Ergon. Tratamiento en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica - 5a edición (5.a ed.). Ergon. Deneau M, Book LS, Guthery SL, Jensen MK. Outcome after discontinuation of immunosuppression in children with autoimmune hepatitis: a population-based study. *J Pediatr*. 2014; 164: 714-9. Gregorio GV, Portmann B, Karani J, Harrison P, Donaldson PT, Vergani D, et al. Autoimmune hepatitis/sclerosing cholangitis overlap syndrome in childhood: a 16-year prospective study. *Hepatology*. 2001; 33: 544-53. Liberal R, Vergani D, Mieli-Vergani G. Update on autoimmune hepatitis. *J Clin Transl Hepatol*. 2015; 3: 42-52.

## P-72. CASO DE ABSCESO PERIAMIGDALINO COMO COMPLICACIÓN DE MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

García Iglesias F\*<sup>1</sup>, Gómez Vieites M<sup>1</sup>, García Zuazola I<sup>1</sup>, Rey García S<sup>1</sup>, López Franco M<sup>1</sup>, Cabanas Rodríguez E<sup>2</sup>, Arango Díaz A<sup>3</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO. <sup>2</sup>OTORRINOLARINGOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO. <sup>3</sup>RADIOLOGÍA, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La mononucleosis infecciosa por el virus de Epstein-Barr es una enfermedad con una clínica muy variable, que generalmente se resuelve de forma autolimitada en el tiempo, entre 1-4 semanas. Sin embargo, aunque infrecuentemente, puede acabar desarrollando una serie de complicaciones agudas, subagudas o crónicas, que pueden ser de especial gravedad e incluso amenazar la vida del paciente, como son las otorrinolaringológicas como el absceso periamigdalino bacteriano.

## CASOS CLÍNICOS

Paciente mujer de 14 años que acude a Urgencias por un cuadro febril de 8 días de evolución con temperatura de 39,7°C, odinofagia importante y otalgia izquierda, sumado a un cuadro de pérdida ponderal de 5 Kg y astenia de 1 mes de evolución. Fue diagnosticada de Mononucleosis infecciosa 72 horas antes, por lo que se administró corticoide intravenoso con mejoría parcial durante 24 horas y empeoramiento posterior. A la exploración física destacaba orofaringe hiperémica, abombamiento del pilar izquierdo, conducto auditivo izquierdo levemente edematoso y adenopatías látero-cervicales blandas, móviles y rodaderas. Tras interconsulta al Servicio de Otorrinolaringología, se visualiza hipertrofia adenoidea de aspecto purulento con secreción amarillenta, amigdalitis pultácea y flemón

periamigdalino izquierdo, sobre el que se realiza punción diagnóstico-terapéutica con mejoría del estado de la paciente. Se detectaron en cultivos de pus estreptococos orales no neumococos, que precisaron dos drenajes del absceso, antibioterapia durante 10 días y corticoterapia intravenosa durante 72 horas, con evolución clínica favorable.

## DISCUSIÓN

Aunque la Mononucleosis es una entidad generalmente benigna, no debemos omitir una exhaustiva exploración de la vía aérea y realizar las pruebas complementarias e interconsultas oportunas ante la mínima sospecha de complicación otorrinolaringológica grave, como es la presencia de un absceso, que termine en sepsis o una obstrucción de la vía aérea.

## BIBLIOGRAFÍA

Cohen JI. Infecciones causadas por el virus de Epstein-Barr, incluida la mononucleosis infecciosa. In: Loscalzo J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson JL, editors. Harrison. Principios de Medicina Interna, 21e New York, NY: McGraw-Hill Education; 2022. J. Guerreo-Fdez, A. Cartón Sánchez, A. Barreda Bonis, J. Menéndez Suso, J. Ruiz Domínguez. Libro verde de la Paz. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 6ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017. Gary R Fleisher, MD, Andrew M Fine, MD, MPH. Evaluation of sore throat in children. UpToDate: George A Woodward, MD, Jan E Drutz, MD, James F Wiley, II, MD, MPH. [Internet]. [Revisado Jul 2022; Consultado 16 Sep 2012]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-sore-throat-in-children?search=evaluation%20of%20sore%20throat&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-sore-throat-in-children?search=evaluation%20of%20sore%20throat&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2) Ellen R Wald, MD. Peritonsillar cellulitis and abscess. UpToDate: Morven S Edwards, MD, Glenn C Isaacson, MD, FAAP, Stephen J Teach, MD, MPH, Stephen B Calderwood, MD, James F Wiley, II, MD, MPH. [Internet]. [Revisado Jul 2022; Consultado 16 Sep 2012]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/peritonsillar-cellulitis-and-abscess?search=abscess%20periamigdal&source=search\\_result&selectedTitle=1~49&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/peritonsillar-cellulitis-and-abscess?search=abscess%20periamigdal&source=search_result&selectedTitle=1~49&usage_type=default&display_rank=1) Piñeiro Pérez R, Hijano Bandera F, Álvez González F, Fernández Landaluce A, Silva Rico JC, Pérez Cánovas C, et al. Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc)* 2011 /11/01;75(5):342.e1-342.e13. Piñeiro Pérez R, Álvez González F, Baquero-Artigao F, Cruz Cañete M, de la Flor i Bru, Josep, Fernández Landaluce A, et al. Actualización del documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. *An Pediatr (Barc)* 2020 /09/01;93(3):206.e1-206.e8.

## P-73. LESIONES CUTÁNEAS EN PACIENTE CON TUBERCULOSIS, UN DIAGNÓSTICO COMPLEJO.

Bustelo Fernández M<sup>1</sup>, Suárez R<sup>1</sup>, López-franco M<sup>2</sup>, Rivero Calle I<sup>2</sup>, Caamaño Viña F<sup>2</sup>, García Sanchez N<sup>1</sup>, Albertos Castro J<sup>3</sup>, Martín-torres F<sup>4</sup>, Dacosta Urbiet A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>, CHUS. <sup>2</sup>Infectología pediátrica, CHUS. <sup>3</sup>Cirugía Maxilofacial, CHUS. <sup>4</sup>Infectología pediátrica. Jefe de Servicio., CHUS.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las lesiones cutáneas suponen un reto para el pediatra pues diferentes patologías pueden producir lesiones similares. Además, la patología infecciosa de larga evolución como la tuberculosis puede pasar desapercibida, y, por su baja incidencia no ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales

## CASOS CLÍNICOS

Paciente de 8 años procedente de Venezuela, residente en España desde hace 5 meses. Vacunada según el calendario venezolano que incluye BCG. Acude al servicio de Urgencias por fístula odontogénica de 7 meses de evolución sin mejoría a pesar de tratamiento antibiótico oral y tópico. Fue valorada por un dermatólogo privado siendo diagnosticada de lesión granulomatosa. A la exploración física destaca lesión cutánea eritematosa indurada en mandíbula derecha, sin adenopatías asociadas, y múltiples caries. El estudio analítico básico fue normal, sin elevación de reactantes. Se realizó un TC de mandíbula con contraste en el que se observa en pieza 85 caries evolucionada con trayecto fistuloso que alcanza superficie cutánea. Dada la cronicidad del proceso, su escasa respuesta a tratamiento antibiótico y la presencia de lesiones poco habituales; es remitida a consultas externas de Infectología Pediátrica y Cirugía Maxilofacial. Se solicita estudio de inmunidad, serologías, IGRA, esputos y radiografía torácica. El IGRA fue positivo, con estudio de esputo negativo y radiografía de tórax normal. Ante la sospecha de tuberculosis cutánea se programa biopsia y exéresis de trayecto fistuloso de la lesión, que es informado como inflamación crónica no granulomatosa. A la vista del resultado de anatomía patológica, la paciente fue diagnosticada de fístula odontogénica crónica y tuberculosis latente, descartándose la tuberculosis cutánea. Actualmente la paciente recibe tratamiento con isoniazida, no ha presentado nuevas lesiones y está pendiente de nueva valoración por cirugía para mejorar el aspecto estético de la lesión residual.

## DISCUSIÓN

El diagnóstico de las formas extrapulmonares de tuberculosis es complejo, precisando en ocasiones exploraciones invasivas para la obtención de muestras para anatomía patológica. Es importante incluir la tuberculosis dentro del diagnóstico de lesiones cutáneas de evolución tórpida, especialmente en aquellos pacientes que provengan de países de elevada incidencia. Finalmente, incidir en la importancia de los programas de salud bucodental y como las dificultades para el acceso a los mismos en otros países pueden tener importantes consecuencias en la salud de los pacientes.

## P-74. SINUSITIS COMPLICADA: LO EXCEPCIONAL DENTRO DE UNA PATOLOGÍA BENIGNA

Díaz Vizcaya L<sup>\*1</sup>, Arosa Sineiro C<sup>2</sup>, Espinosa Pereiro C<sup>1</sup>, Lemos Bouzas M<sup>2</sup>, Concheiro Guisán A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Álvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>Pediatría, Álvaro Cunqueiro.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La sinusitis es la inflamación/infección de la membrana mucosa de los senos paranasales que se produce habitualmente en el contexto de un proceso catarral. Es una entidad infradiagnosticada en Pediatría debido a la inespecificidad de sus síntomas. La introducción de la vacuna antineumocócica ha disminuido el número de las que presentan complicaciones, si bien, estas pueden alcanzar hasta el 5% de los casos. Mayoritariamente se producen por contigüidad hacia la órbita, hueso y/o sistema nervioso central y hay determinados agentes como el *Streptococcus intermedius* y otros anaerobios que favorecen el desarrollo de estas complicaciones.

## CASOS CLÍNICOS

Presentamos 3 casos clínicos de pacientes con sinusitis complicadas en nuestro centro entre 2021 y 2022. Caso 1: niño de 14 años que consulta por fiebre, cefalea y edema palpebral derecho. Durante su estancia en urgencia presenta crisis comicial realizándose TAC craneal en el que se objetiva sinusopatía con abscesos subperiósticos. A las 48 horas empeora clínicamente. Se repite TAC visualizándose colección subdural parafalciana derecha por lo que se realiza craneotomía descompresiva urgente además de cirugía orbitaria y nasosinusal. En cultivo crece *Streptococcus intermedius*. A las 2 semanas presenta nueva convulsión, con aumento del empiema por lo que se reinterviene. Evolución posterior satisfactoria tras completar 6 semanas de antibioterapia. Caso 2:

niña de 11 años que consulta por cefalea frontal y febrícula de 15 días de evolución, asociando tumoración frontal en las últimas 24 horas. Se realiza TC objetivándose absceso frontal con osteomielitis y sinusitis frontoetmoidal, compatible con tumor de Pott. Se realiza drenaje precoz del absceso y cirugía endoscópica nasosinusal. Recibe antibioterapia durante 6 semanas con buena evolución. En el cultivo se aíslan anaerobios como Prevotella además de Streptococcus pneumoniae. Caso 3: niña de 13 años con cefalea y edema palpebral de 1 semana de evolución que no mejora tras antibioterapia oral. Se realiza TAC donde se observa pansinusitis y osteomielitis de la pared lateral de la órbita con absceso subperióstico asociado y cambios inflamatorios de la grasa periorbitaria. Se realiza cirugía endoscópica nasosinusal y antibioterapia durante 21 días con buena evolución. Se aísla en el cultivo Streptococcus intermedius.

## DISCUSIÓN

1.Las complicaciones de las sinusitis bacterianas, aunque infrecuentes, pueden ser graves.2.Es vital una alta sospecha clínica para identificarlas, ya que en muchos casos no existe un diagnóstico previo de sinusitis.3.Especialmente graves son las complicaciones debidas a Streptococcus intermedius por su tendencia a ocasionar complicaciones intracraneales.

## P-75. TÍTULO: CELULITIS PRESEPTAL, UNA PATOLOGÍA FRECUENTE Y POTENCIALMENTE GRAVE.

García Zuazola I<sup>\*1</sup>, Alvarez Rodriguez I<sup>1</sup>, Rey García S<sup>1</sup>, López Franco M<sup>1</sup>, García Iglesias F<sup>1</sup>, Navarro Gonzalo C<sup>1</sup>, Gomez Vieites M<sup>1</sup>, Suarez Camacho R<sup>1</sup>, Calviño Costas C<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatría Hospitalización, CHUS. <sup>2</sup>Pediatría Hospitalización, HULA.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La celulitis preseptal es una infección de la porción anterior del párpado. Es frecuente en menores de 2 años. Se sospecha ante hinchazón y eritema palpebral unilateral con antecedentes de sinusitis reciente, picadura de insecto o trauma local cercano. Habitualmente cursa sin graves complicaciones (1) y responde a tratamiento antibiótico. Es preciso distinguirla de la celulitis orbitaria, más severa y con diferentes (2,3,4) implicaciones.

## CASOS CLÍNICOS

Paciente mujer de 10 años que acude a Urgencias por edema y eritema en región palpebral superior izquierdo, tres días tras la picadura de insecto. Se diagnostica de celulitis preseptal y se comienza tratamiento oral con Amoxicilina- Clavulánico. Ante empeoramiento clínico se decide ingreso con antibioterapia y corticoterapia endovenosa. Tras 5 días de tratamiento, aparece dolor en región supraorbitaria por lo que se realiza tomografía computarizada (TC) evidenciando absceso preseptal izquierdo con extensión intraorbitaria, sinusitis frontal y maxilar izquierda y parcial maxilar y de celdillas etmoidales derechas. Se pauta tratamiento antibiótico empírico con Cefotaxima + Clindamicina IV y se realiza drenaje quirúrgico. En TC de control persiste ocupación de senos con aparición de absceso epidural en polo frontal izquierdo, y se decide traslado a hospital terciario manteniendo tratamiento con Metronidazol + Ceftriaxona + Vancomicina durante 20 días, ante crecimiento en cultivo de pus de Enterobacter Cloacae. La evolución clínica ha sido favorable, con TC de control con cambios lítico-erosivos en seno frontal izquierdo (único doloroso a la palpación) y mejoría del absceso orbitario.

## DISCUSIÓN

La celulitis preseptal se considera una entidad leve, pero ocasionalmente puede extenderse originando una celulitis orbitaria, más grave y con complicaciones que pueden desarrollarse rápidamente, como son la aparición de abscesos, incluso con extensión intracraneal dando lugar a

absceso epidural. Los pacientes con celulitis preseptal que no muestran signos de mejoría en 24-48 horas con antibioterapia apropiada, deben someterse a una TC para descartar la aparición de complicaciones graves e iniciar antibioterapia parenteral de amplio espectro (1), con cobertura para anaerobios si existe extensión intracraneal (2). Si la clínica no mejora en 24-48 h se deben repetir las imágenes y en ciertos casos valorar cirugía conjuntamente con Otorrinolaringología, Oftalmología o Neurocirugía (2,3).

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1- Gappy c, Archer SM. Preseptal cellulitis. UpToDate 2- Gappy c, Archer SM. Orbital cellulitis. UpToDate 3- Gimeno Sanchez I, Rojo Conejo P. Celulitis preseptal y orbitaria. An Pediatr Contin. 2014; 12(6): 284-84- Daudud Pérez Z, Lupiani Castellanos MP, Ramos Amador JT. Celulitis orbitaria y periorbitaria (v.2/2020). Guía ABE.

### **P-76. REVISIÓN DE LOS CASOS DE CELULITIS ORBITARIA EN NUESTRO CENTRO DURANTE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS.**

Álvarez Rodríguez I\*<sup>1</sup>, García Zuazola I<sup>1</sup>, Gómez Vieites M<sup>1</sup>, López Franco M<sup>1</sup>, Rey García S<sup>1</sup>, Rivero Calle I<sup>1</sup>, Dacosta Urbieto A<sup>1</sup>, Caamaño Viña F<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, CHUS.*

#### **OBJETIVOS**

Revisión de la epidemiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico, microorganismos causales, complicaciones y tratamiento de la celulitis orbitaria en niños menores de 15 años ingresados por esta patología en nuestro centro en los últimos 2 años.

#### **MÉTODOS**

Revisión de los casos pediátricos ingresados por celulitis orbitaria desde enero del 2020 hasta octubre del 2022 en el Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).

#### **RESULTADOS**

Durante este período ingresaron un total de 6 paciente, 66% mujeres y 33% varones. La media de edad fue de 9 años. Todos ellos presentaron sinusitis asociada (detectada en TC) con afectación etmoidal, frontal y maxilar simultánea en un total de 5 casos (83%). Tan solo uno de los casos presentó puerta previa de entrada (picadura de insecto) y otro de los casos asoció conjuntivitis bacteriana. La mayoría (4/6) describían cuadro catarral de vías altas los días previos. Los patógenos aislados fueron S.Aureus, S.Epidermidis, S.Anginosus, S.pneumoniae, S. Pyogenes, Fusobacterium Necrophorum, Haemophilus influenzae... con crecimiento de un solo germen o varios de ellos. Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico intravenoso en politerapia: la cobertura empírica más empleada fue de Cefotaxima+Clindamicina (100% casos) asociando otros antibióticos en función de los resultados de los cultivos y la evolución. Se administraron corticoides sistémicos a 4 de los 6 pacientes y tratamiento quirúrgico local a 5 de 6. Las complicaciones asociadas descritas fueron: absceso subperióstico (5), absceso orbitario (4), así como un caso de absceso epidural frontal. La duración media de estancia hospitalaria fue de 22 días. Todos los casos tuvieron una evolución favorable.

#### **CONCLUSIONES**

La celulitis orbitaria es un proceso potencialmente grave. En nuestro medio afectó preferentemente a mujeres mayores de 10 años con sinusitis extensa asociada. Todos los casos requieren ingreso hospitalario para recibir antibioterapia intravenosa y observación periódica con el objetivo de realizar una detección precoz de sus complicaciones. La prueba de imagen solicitada fue la tomografía computarizada. Muchos de los casos presentaron complicaciones asociadas y precisaron

intervención quirúrgica, con un abordaje multidisciplinar por parte de los Servicios de Pediatría, Oftalmología y Otorrinolaringología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Oftalmología Clínica un Enfoque sistemático (9ª edición), Kanski.2. Daoud Pérez Z, Lupiani Castellanos MP, Ramos Amador JT. Celulitis orbitaria y periorbitaria (v.2.0/2020). Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]3. Díez del Corral Belda JM. Oftalmología pediátrica para todos los días. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 491-502.4. Christopher Gappy, MD Steven M Archer, MD (2021) Orbital Cellulitis. UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/orbital-cellulitis?search=orbital%20cellulitis&source=search\\_result&selectedTitle=1~27&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/orbital-cellulitis?search=orbital%20cellulitis&source=search_result&selectedTitle=1~27&usage_type=default&display_rank=1)

## P-77. CAMBIOS EN EL PATRÓN Y LA ESTACIONALIDAD DE LA INFECCIÓN POR VRS TRAS LA IRRUPCIÓN DEL VIRUS SARS-COV2-2.

Díaz Vizcaya L<sup>\*1</sup>, Castro Velado A<sup>1</sup>, Barreiro Carballo L<sup>1</sup>, Villares Porto-domínguez A<sup>1</sup>, Lemos Bouzas M<sup>1</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.

### OBJETIVOS

Las infecciones respiratorias constituyen la principal causa de hospitalización en menores de dos años. El principal agente etiológico, previamente a la pandemia por el virus SARS-CoV-2, era el Virus Respiratorio Sincitial (VRS), que clásicamente solía presentar un patrón estacional característico con máxima incidencia durante los meses de invierno. El objetivo de este estudio es analizar el patrón de distribución de los virus respiratorios entre los niños hospitalizados, evaluando las posibles modificaciones en la incidencia de la infección por VRS, su evolución clínica y patrón estacional tras la irrupción del virus SARS-COV2.

### MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes menores de dos años ingresados en un hospital de tercer nivel con diagnóstico de infección respiratoria entre julio de 2021 y julio de 2022.

### RESULTADOS

Se incluyeron 161 pacientes. La edad media al ingreso fue 6 meses, siendo el 58% varones. La estancia media fue de 5 días, necesitando el 22,8% estancias superiores a una semana. 93 pacientes (57,8%) necesitaron soporte respiratorio: oxigenoterapia simple (57%), oxigenoterapia de alto flujo (32,3%), ventilación mecánica no invasiva (8,6%) y ventilación mecánica invasiva (2,9%). 102 pacientes (65,3%) tuvieron una PCR positiva para VRS como único aislamiento o en coinfección. En este subgrupo se observó mayor estancia hospitalaria, el 40,2 % superior a 7 días, así como mayores necesidades de oxigenoterapia (65,7%). El mayor número de ingresos de causa respiratoria se produjo en julio de 2021, siendo el VRS el principal agente etiológico. Posteriormente observamos un nuevo pico de ingresos por esta causa entre octubre y noviembre de 2021, siendo VRS y Rhinovirus los agentes más frecuentes. Se observó un descenso atípico en el número de ingresos con respecto a la incidencia habitual (en torno a los 300 casos anuales) durante los meses de invierno.

### CONCLUSIONES

Pese a un descenso estimado del 50% en la tasa de ingreso por infección respiratoria en menores de 2 años con respecto al período pre-pandemia, el VRS sigue siendo el principal agente implicado,

independientemente de la variación detectada en su patrón estacional. También es más relacionado con las infecciones más graves. Los cambios estacionales observados podrían explicarse tanto por la evolución/relajación de las medidas de prevención de la COVID-19 como por la interferencia viral que puede cambiar el patrón y la dinámica de las infecciones. El conocimiento de estos cambios es importante para planificar campañas de prevención como la profilaxis de VRS, la campaña de vacunación antigripal y/o la indicación de pruebas diagnósticas previamente establecidas en años anteriores.

## **P-78. SALUD BUCODENTAL EN NIÑOS PORTADORES DE GASTROSTOMÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS.**

García Sánchez M<sup>\*1</sup>, Martínez Florez A<sup>2</sup>, Del Villar Guerra P<sup>2</sup>, Cano Garcinuño A<sup>2</sup>, Viñas Hernández M<sup>3</sup>, Rodríguez Carbonell M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital Provincial de Pontevedra. <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos., Hospital Universitario Río Hortega. <sup>3</sup>Universidad de Valladolid, Hospital Virgen del Puerto.

### **OBJETIVOS**

La gastrostomía está indicado en aquellos pacientes con dificultad para la alimentación oral, situación común en los niños con atención paliativa cuya nutrición está frecuentemente comprometida. Las guías clínicas recomiendan mantener los cuidados de la cavidad oral en esta población, aunque no se alimenten por boca. Los objetivos de nuestro estudio fueron: 1. Analizar los cuidados y problemas bucales de niños portadores de gastrostomía en cuidados paliativos pediátricos. 2. Describir la relación entre la prevalencia de problemas bucales con la frecuencia de cuidados de la cavidad oral.

### **MÉTODOS**

Estudio transversal mediante una encuesta a los cuidadores de los pacientes menores de 20 años portadores de gastrostomía en una unidad de cuidados paliativos pediátricos. Se recogieron los datos clínicos, la frecuencia con que realizaban el lavado de boca, así como si habían tenido problemas bucodentales y visitas al dentista en los últimos 12 meses.

### **RESULTADOS**

Se han incluido 19 pacientes (9 varones, 47%), de edad media 8,2 años (DE 6,1 años, rango 0,6-19,7 años), a los que se realizó la gastrostomía a una edad media de 2,5 años (DE 5,4 años, rango 0,5-16,4 años). El 89,2% de los pacientes recibían, al menos, un lavado bucal al día. El 42,6% habían tenido problemas odontológicos. No había diferencias entre los niños con y sin antecedentes de problemas odontológicos en la frecuencia de lavados bucales diarios (1,50 [DE 1,12] vs. 1,64 [DE 0,76],  $p=0,728$ ), ni en la frecuencia con la que hicieron revisiones por el dentista (37,5% vs. 36,4%,  $p=1,000$ )

### **CONCLUSIONES**

En nuestra muestra no se ha podido identificar una asociación entre los cuidados dentales y el riesgo de problemas bucales. Las revisiones de salud bucodental tampoco parecen relacionarse claramente con la existencia de problemas orales. La interpretación de nuestros resultados está limitada por el carácter transversal del estudio, así como por el tamaño de la muestra.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Gómez López L, Pedrón Giner C, Martínez Costa C. Guía para la administración y los cuidados de la nutrición enteral a través de sonda o botón de gastrostomía [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.seghnp.org/documentos/guia-para-administracion-cuidados-de-nutricion-enteral-traves-de-sonda-boton-de>2. Frigal-Ruiz AB, González-Castillo S, Lucendo AJ. Gastrostomía endoscópica

percutánea: una actualización sobre indicaciones, técnica y cuidados de enfermería. *Enfermería Clínica*. 2011;21: 302.

## **P-79. CUIDADOS PALIATIVOS: LO QUE NUESTROS PEDIATRAS SABEN Y LO QUE DESEARÍAN APRENDER.**

Lores Gonzalez O\*<sup>1</sup>, Koukoulis Lorenzo N<sup>1</sup>, Balado Insunza N<sup>1</sup>, Concheiro Guisan A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PEDIATRIA, HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO.

### **OBJETIVOS**

Los cuidados paliativos son un campo frecuentemente olvidado en el ámbito de la pediatría. Sin embargo, tienen marcada importancia ya que logran un manejo integral y más personalizado de los niños subsidiarios de los mismos, lo cual permite mejorar su calidad de vida, así como proporcionarles una muerte digna en caso de que esta se produzca. El objetivo de este estudio es valorar los conocimientos que tienen los pediatras de Atención Primaria y los de consultas externas de Atención Hospitalaria sobre los cuidados paliativos pediátricos, así como su grado de implicación en los mismos.

### **MÉTODOS**

Se lleva a cabo un estudio descriptivo y transversal mediante una encuesta autocumplimentada y anónima realizada a pediatras de nuestra área sanitaria entre los meses de mayo a julio del 2022.

### **RESULTADOS**

En torno al 63% de los pediatras participantes realiza seguimiento de pacientes subsidiarios de cuidados paliativos. El 96% considera que se beneficiaría del apoyo de un equipo de soporte específico de cuidados paliativos pediátricos. El 77% realiza un seguimiento a las familias durante el periodo de duelo tras la muerte de un hijo/a. Tan solo una cuarta parte considera tener formación suficiente para atender a estos pacientes y al 96% le gustaría ampliar sus conocimientos en cuidados paliativos pediátricos, siendo la atención integral y el control de los síntomas y el dolor los temas de mayor interés.

### **CONCLUSIONES**

La cantidad de niños en edad pediátrica en nuestra área sanitaria subsidiarios de cuidados paliativos supone una cifra no desdeñable. Los niños tienen derecho a recibir unos cuidados paliativos de calidad y, por ello, los profesionales debemos implicarnos en recibir la formación necesaria para actuar de manera correcta en este ámbito. La sanidad pública debería implicarse en mayor medida para mejorar la formación en cuidados paliativos pediátricos de nuestros profesionales teniendo en cuenta que la mayoría desean ampliar sus conocimientos, con el objetivo de poder proporcionar una asistencia de mayor calidad.

## P-80. ACIDOSIS LÁCTICA CONGÉNITA: DILEMAS ÉTICO-CLÍNICOS

García Fernández R<sup>\*1</sup>, Gómez Silva G<sup>2</sup>, Rujido Freire S<sup>2</sup>, Rodríguez Núñez A<sup>2</sup>, Sánchez Pintos P<sup>3</sup>, De Castro López M<sup>3</sup>, Couce Pico M<sup>4</sup>

<sup>1</sup>, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>3</sup>Unidad de enfermedades metabólicas congénitas, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. <sup>4</sup>Jefa de sección de Neonatología y Unidad de enfermedades metabólicas congénitas, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los errores congénitos del metabolismo son enfermedades raras basadas en una alteración de una proteína o enzima que hace que un proceso metabólico quede bloqueado. Pueden presentar clínica muy variada como: retraso del neurodesarrollo, alteraciones bioquímicas, rasgos dismórficos, megalias... En el proceso previo al diagnóstico de confirmación, el manejo terapéutico puede resultar complicado, al desconocerse el pronóstico de estas.

### CASOS CLÍNICOS

Lactante de 3 meses con antecedentes de depresión perinatal con acidosis metabólica e hiperlactacidemia graves sin causa aclarada. Realizaba seguimiento fallo de medro, por el que se habían realizado varios cambios de fórmula, sin mejoría. Asociaba molestias abdominales y vómitos ocasionales. Los padres referían que, desde el periodo neonatal, siempre había presentado taquipnea. Ingresó en nuestra unidad con clínica de rechazo de la ingesta y decaimiento de 5 días de evolución. Presentaba mal estado general, perfusión alargada, taquipnea grave, somnolencia e hipotonía. Destacaba además ictericia, hematomas y distensión abdominal con hepatomegalia masiva. En control analítico al ingreso se evidenciaba una acidosis metabólica grave descompensada y hallazgos compatibles con fallo hepático, instaurándose soporte transfusional agresivo. Ante la sospecha diagnóstica de acidosis láctica congénita, se instauraron tratamientos específicos con tiamina, biotina, L-carnitina, Riboflavina, Hidroxicoalamina, glicina y dicloroacetato sódico, con mínima mejoría inicial y empeorando a partir de las 36 horas de ingreso. Evolutivamente, presenta ausencia de respuesta al tratamiento de la acidosis y la hepatopatía, condicionando secundariamente fallo multiorgánico. Se solicitó resonancia craneal, dada la sospecha diagnóstica, que evidenció hallazgos compatibles con Síndrome de Leigh. Ante la evolución clínica y hallazgos en prueba de imagen, concordantes con enfermedad mitocondrial del tipo Enfermedad de Leigh, dado el pronóstico infausto de la misma y la refractariedad al tratamiento, se adecuaron las medidas terapéuticas intensificando el confort del paciente, siendo éxitus en nuestra UCI-P. Una semana posterior al fallecimiento, se recibió el resultado del exoma, que confirmó el diagnóstico de sospecha, con mutación en homocigosis en el gen TRMU, heredada de ambos padres.

### DISCUSIÓN

Las mutaciones en el gen TRMU se asocian a enfermedad hepática mitocondrial infantil, con aislados casos descritos en la literatura, todos con pronóstico infausto. El difícil manejo del caso, además de la refractariedad al tratamiento con consecuente fallecimiento por fallo multiorgánico, se vio marcado por la dificultad en la toma de decisiones, teniendo en cuenta que el diagnóstico era una sospecha a espera del resultado confirmatorio por el exoma.

### BIBLIOGRAFÍA

Gil-Margolis M, Mozer-Glassberg Y, Tobar A, Ashkenazi S, Zeharia A, Marom D. [TRMU MUTATIONS - REVERSIBLE INFANTILE LIVER FAILURE OR MULTISYSTEM DISORDER?]. Harefuah. 2018 Jan;157(1):52-57. Hebrew. PMID: 29374875. Qin Z, Yang Q, Yi S, Huang L, Shen Y, Luo J. Whole-exome sequencing identified novel compound heterozygous variants in a Chinese neonate with liver failure and review of literature. Mol Genet Genomic Med. 2020 Dec;8(12):e1515. doi: 10.1002/mgg3.1515. Epub 2020 Nov 18. PMID: 33205917; PMCID: PMC7767550. Zeharia A, Shaag

A, Pappo O, Mager-Heckel AM, Saada A, Beinat M, Karicheva O, Mandel H, Ofek N, Segel R, Marom D, Rötig A, Tarassov I, Elpeleg O. Acute infantile liver failure due to mutations in the TRMU gene. *Am J Hum Genet.* 2009 Sep;85(3):401-7. doi: 10.1016/j.ajhg.2009.08.004. Erratum in: *Am J Hum Genet.* 2010 Feb;86(2):295. PMID: 19732863; PMCID: PMC2771591.

## **P-81. CRISIS HEMOLÍTICA TRAS TATUAJE DE HENNA: ¿QUÉ HAY DETRÁS?**

Quijada Celis C<sup>\*1</sup>, Mazaira Schreck <sup>1</sup>, Cueto Díaz M<sup>1</sup>, Suárez Otero G<sup>1</sup>, Concheiro Guisán A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría, Hospital Alvaro Cunqueiro.*

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PDH) es un trastorno enzimático con patrón de herencia ligada al cromosoma X que causa un aumento de la vulnerabilidad de los eritrocitos ante estrés oxidativo, provocando crisis de anemia hemolítica en contexto de infecciones, exposición a fármacos o ingesta de habas (favismo). Es una patología poco frecuente en nuestro medio siendo su incidencia mayor en personas de raza negra y de la cuenca mediterránea. Los pacientes suelen permanecer asintomáticos, pudiendo presentar crisis de anemia hemolítica o anemia crónica. El tratamiento es de soporte.

### **CASOS CLÍNICOS**

Lactante de 8 meses procedente de Marruecos, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por presentar tinte icterico de piel y mucosas de 24 horas de evolución. Asocia vómitos y diarrea sin presentar otra sintomatología. El padre de la paciente refiere padecer anemia crónica con episodios de aumento de bilirrubina. En la exploración física se observa ictericia mucocutánea generalizada y tatuajes de henna en uñas de pies y manos. Además, destaca hepatomegalia blanda no dolorosa a la palpación. Se extrae analítica sanguínea en la que se aprecia hemoglobina de 8,5 g/dL, reticulocitosis e hiperbilirrubinemia de 5,46 mg/dl a expensas de la bilirrubina indirecta. Ante cuadro de anemia hemolítica se decide ingreso para completar estudios. Presenta resolución de la clínica gastrointestinal y de la ictericia tras 24 horas de ingreso con mejoría progresiva de las cifras de hemoglobina, resultando el estudio de heces positivo para Rotavirus. Dada la sospecha clínica y analítica de crisis de anemia hemolítica por déficit de G6PDH desencadenada por contacto con tinte de henna la paciente es derivada a la consulta de oncohematología infantil. Se solicitan niveles totales de G6PDH y medición de actividad de la enzima confirmándose el diagnóstico con valores inferiores a la normalidad.

### **DISCUSIÓN**

El déficit de G6PDH es una patología poco frecuente en nuestro medio; dado que además suele cursar de manera asintomática se cree que probablemente esté infradiagnosticada. En los últimos años la incidencia ha ido aumentando a causa de los movimientos migratorios de nuestro entorno. Debemos sospechar esta patología ante pacientes con episodios inexplicables de anemia hemolítica, ictericia o coluria. La principal sustancia activa de la henna es la lawsona, un potente oxidante de células deficientes en G6PDH. Se han descrito numerosos casos de pacientes pediátricos con crisis hemolíticas desencadenadas por este producto por lo que se desaconseja el empleo de esta sustancia en niños.

## P-82. SÍNDROME DIENCEFÁLICO EN UN PACIENTE CON DESNUTRICIÓN

Mourelle Vázquez N<sup>\*1</sup>, Junco Plana A<sup>1</sup>, Martín Andrés L<sup>1</sup>, Vilanova Gantes L<sup>1</sup>, López Fernández A<sup>1</sup>, Fernández Cebrían S<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>2</sup>Gastroenterología pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome diencefálico es una causa de desnutrición casi exclusiva de la infancia, asociado a tumores de la región hipotalámico-quiasmática, predominantemente gliomas de bajo grado, caracterizado por pérdida de peso progresiva, conservando el apetito y la ingesta, y apariencia de alerta e hiperactividad. La longitud y el perímetro cefálico suelen ser normales. La clínica neurológica es tardía, siendo más frecuentes los síntomas oftalmológicos.

### CASOS CLÍNICOS

Presentamos el caso de una lactante de 12 meses con fallo de medro. Desde los 9 meses se objetiva estancamiento ponderal. Como antecedentes, recién nacida pretérmino tardía con bajo peso para edad gestacional (p5), RCIU1. Cribado metabólico y auditivo normales. Realizadas ecografías trasfontanelar y abdominal al nacimiento, sin alteraciones. No vómitos ni regurgitaciones; deposiciones diarias, sin productos patológicos. Alimentación acorde a su edad, adecuada ingesta. Referían niña activa e inquieta. Percibían movimientos anómalos en ojo derecho intermitentes. Valores antropométricos al ingreso: peso 6.520 kg (p<1, -3.6 DS), Longitud 72.5 cm (p16), IMC 12.4 kg/m<sup>2</sup> (p<1, -3,34 DS), PC 46 cm (p55). En exploración física destaca, aspecto distrófico, ausencia de panículo adiposo, nalgas en tabacalera. Ausencia de dentición. Abdomen excavado. Fontanela anterior normotensa. Configuración craneal normal. Desarrollo neuromadurativo acorde a edad. Nistagmo horizontal en PPM de ojo derecho, más acentuado en versiones externas horizontales. Análiticamente destacaba neutropenia, ferropenia sin anemia, leve elevación de VSG, LDH y FA. Evaluación hematológica, función renal, hepática y tiroidea normal. Inmunoglobulinas, ANA, anticuerpos antitransglutaminasa negativos, descartándose causas malabsortivas, estudio de materia fecal normal. Gasometrías y orina normal. En ecografía trasfontanelar, probable lesión supraselar, completándose estudio con RM craneal/espinal, observándose masa supraselar sólida, homogénea, en región hipotálamo-quiasmática, con focos realzados perimedulares sugestivos de diseminación leptomeníngea. Se realiza craneotomía y exéresis parcial, no pudiendo realizar una exéresis total debido al compromiso de la vía óptica. En biopsia postquirúrgica, proliferación neoplásica glial, compatible con astrocitoma pilocítico óptico-hipotalámico, grado I.

### DISCUSIÓN

El estancamiento ponderal constituye una consulta frecuente. El reconocimiento precoz de una enfermedad de base es fundamental para instaurar lo antes posible un tratamiento específico y adecuado. El síndrome diencefálico es una causa rara de desnutrición crónica, debiendo considerarla en pacientes con fallo de medro importante con ingesta conservada y función absorbente intestinal normal. El diagnóstico temprano es difícil por la normalidad en las pruebas de laboratorio, la conservación del apetito y la clínica neurológica tardía. En el momento del diagnóstico, el tumor suele estar diseminado. Por tanto, la sospecha clínica constituye la clave para el diagnóstico.

### BIBLIOGRAFÍA

-Moreno Villares JM, Fernández Carrión F, Gallego Fernández ME et al. Síndrome diencefálico: una causa poco común de malnutrición. *An Esp Pediatr* 2002; 56: 466-471) -Palmieri F, Núñez I, Falcón MV et al. Síndrome diencefálico en un niño con desnutrición crónica e hiperactividad. *Arch Argent Pediatr* 2018;116(5):e667-e670-Ertem D, Acar Y, Alper G et al. An uncommon and often overlooked cause of failure to thrive: Diencephalic syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 30: 453-457-Chung L,PhDWan-Yee T. Clinical manifestations and diagnosis of central nervous system tumors in children. *UpToDate* 08/2022

## **P-83. HIPO INTRATABLE, UN SÍNTOMA QUE PUEDE ENMASCARAR TRASTORNOS GRAVES.**

Navarro Gonzalo C<sup>\*1</sup>, Suárez Camacho R<sup>2</sup>, Carreira Sande N<sup>2</sup>, López Franco M<sup>1</sup>, Rey García S<sup>1</sup>, Gómez Silva G<sup>1</sup>, Regueiro A<sup>1</sup>, Illade L<sup>1</sup>, Fernandez Sanmartín M<sup>1</sup>, Oiz Urriza I<sup>1</sup>, García Zuazola I<sup>1</sup>, Álvarez Rodríguez I<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Pediatría y áreas específicas, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.* <sup>2</sup>*Pediatría y áreas específicas., Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.*

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El hipo se define como contracciones espasmódicas e intermitentes del diafragma y los músculos accesorios de la inspiración finalizando con el cierre de la glotis. El nervio vago tiene un papel fundamental en el arco reflejo que se establece como mecanismo de producción del hipo. Se habla de hipo agudo cuando tiene una duración menor de 48 horas, hipo persistente cuando lleva presenta más de 48 horas pero menos de 1 mes e hipo intratable cuando el paciente lo presenta desde hace más de un mes. El hipo intratable es una entidad rara que puede llegar a ser debilitante e indicar la presencia de un trastorno grave.

### **CASOS CLÍNICOS**

Paciente varón de 13 años, sin antecedentes de interés, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de hipo de dos meses de evolución que asocia astenia, anorexia, pérdida de peso así como decaimiento general. Describe episodios de hipo que se desencadenan con las comidas acompañándose de dolor retroesternal e irradiación a zona escapular llegando a interrumpirle la ingesta. Refiere pérdida ponderal de 2 kg. Su pediatra le indicó tratamiento con IBP que recibió durante dos semanas, sin observar ninguna mejoría clínica. Refiere aumento de los episodios llegando a presentar unos 7-8 diarios de aproximadamente 5 minutos de duración. No episodios durante el sueño. En el Servicio de Urgencias se realiza analítica de sangre y radiografía de tórax que no revelan alteraciones por lo que se decide ingreso hospitalario para ampliar estudio. Inicialmente, se realizan pruebas complementarias que descartan patología gastrointestinal (ecografía abdominal, endoscopia digestiva alta(EDA)). Durante la realización de la EDA, bajo sedación con propofol, sufre un episodio de hipo, descartándose razonablemente el posible origen psicógeno del trastorno. Ante la ausencia de patología digestiva, se decide estudio del SNC mediante la realización de RMN cerebral en la que se visualiza tumor bulbar con afectación leptomeníngea difusa. Ante la sospecha de patología tumoral primaria se completa estudio con análisis de LCR (que no revela infiltración) y biopsia de lesión bulbar estableciéndose el diagnóstico de meduloblastoma.

### **DISCUSIÓN**

La presencia de hipo persistente o intratable puede ser el síntoma de alerta de un trastorno subyacente grave. Es importante realizar un estudio sistemático en el que se descarten las causas más frecuentes de hipo persistente. Ante la ausencia de patología gastrointestinal que justifique el hipo (hernia de hiato, esofagitis, RGE...), debe descartarse enfermedad del SNC.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Martínez Rey C, Villamil Cajoto I. Hiccup.Review of 24 cases. Rev Méd Chile 2007; 135: 1132-1138.
2. Leung A. K. C, Leung A. A. M, Wong A. H. C, Hon K. L, Hiccups: A non- Systematic Review, Current Pediatric Reviews, 2020; 16: 277-284.
3. Felemovicius I, Halabe J. Hipo persistente: causas, diagnóstico y tratamiento [Persistent hiccup: causes, diagnosis and treatment]. Gac Med Mex. 1990; 126(1):55-61.

## **P-84. ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS ONCOHEMATOLÓGICOS CON MUCOSITIS: REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

Mouriño García R<sup>\*1</sup>, Seijo Lobo M<sup>1</sup>, Portela Rodal A<sup>1</sup>, Calderón Cruz B<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. <sup>2</sup>Unidad de Metodología y Estadística, Instituto Investigaciones Sanitarias Galicia Sur.

### **OBJETIVOS**

La mucositis es un efecto secundario muy frecuente en los procesos oncohematológicos, al que se debe prestar atención por el riesgo de infecciones locales y sistémicas graves, así como por el aumento de la estancia hospitalaria y del gasto terapéutico. El objetivo de esta revisión es identificar, a través de una búsqueda bibliográfica rigurosa, las estrategias e intervenciones que mejoran la calidad de vida de los niños oncohematológicos con mucositis oral, proponer una escala de valoración y evaluación de la mucositis y desarrollar sugerencias que permitan elaborar una guía de manejo de la mucositis en el paciente pediátrico con quimioterapia para el servicio de pediatría del Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo (HAC).

### **MÉTODOS**

Realizamos una búsqueda bibliográfica de artículos científicos publicados desde 01/01/2012 hasta 01/01/2022 en castellano, inglés y portugués, en las bases de datos OVID INDEX, MEDLINE, PUBMED, SCIELO, DIALNET y CUIDEN, utilizando los términos MeSH, mucositis, prevention, control, pediatric oncology, quality of life con los operadores booleanos AND y OR. Después del cribado, nos quedamos con 38 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión.

### **RESULTADOS**

La tasa de incidencia de mucositis, en niños y adolescentes, varía entre 50% y 54%. Para el diagnóstico y tratamiento se utilizan escalas de valoración del grado de afectación, según la gravedad de los signos y síntomas del paciente, siendo la más empleada y reconocida a nivel científico la escala de Clasificación de la Mucositis Oral de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, existe consenso en la literatura científica, respecto a que, la correcta higiene oral rutinaria es extremadamente importante para la prevención y reducción de la gravedad, así como el empleo de la crioterapia para disminuir la inflamación y el láser de baja intensidad para acelerar la cicatrización.

### **CONCLUSIONES**

Lo más importante para mejorar la calidad de vida del paciente con mucositis es la prevención, el diagnóstico precoz y una intervención temprana. Por las características del servicio de pediatría del HAC, recomendamos la implantación de la escala de Clasificación de la Mucositis Oral de la OMS para la valoración, evaluación y registro del grado de mucositis, así como la elaboración de una guía de cuidados enfermeros orientados a la población pediátrica con mucositis del HAC.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Mesquita Araújo SN, Barros Araújo MH, Freitas Silva GR, Leite Rangel EM, Cunha Nunes LC, Oliveira Moura R. Paciente oncológico con mucositis oral: desafíos para el cuidado de enfermería. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Mar 2015;23(2):267-74 DOI: 10.1590/0104-1169.0090.2551 www.eerp.usp.br/rlae2. Ávila Sanchez C, Purizaca Bazán JP, Félix Bermúdez G, Ellis Irigoyen MA, Vega Vega ML, Escamilla Asiaín G. Impacto de un protocolo de prevención y atención de mucositis oral en pacientes con diagnóstico oncológico pediátrico. Gac Mex Oncol. 2017;16(2):100-106.3. Jacobo M, Ochoa Vigo K. Influencia de una intervención educativa en el conocimiento sobre la prevención de la mucositis oral en pacientes sometidos a quimioterapia. Rev Med Hered. 2013; 24:281-286.4. Palomo Colli MA, Soltero Becerril DC, Juárez Villegas LE, Cicero Oneto C, Gaytán Morales JF, Castrorena Villa I et al. Mucositis oral en niños con cáncer y su relación con limitación de actividades. Gac Mex Oncol. 2018;17:87-92.5. Solera Higón N, Romero Nieva A, Bonías López J.

Mucositis oral: Revisión sistemática sobre su prevención en pacientes oncológicos. *Enf Dermatol [Internet]*. 2021;15(44). DOI: 10.5281/zenodo.5805282. Disponible en: <http://enfermeriadermatologica.org/index.php/anedidic6>. Herrero Fernández M, Molina Villaverde R, Álvarez-Mon Soto M. Protocolo de manejo de la mucositis en el paciente oncológico. *Medicine*. 2017;12(32):1929-33.7. Bartolomé Alonso A, Pardal Refoyo JL, Revisión sobre la prevención y tratamiento de la mucositis oral en cáncer de cabeza y cuello. *Rev. ORL*, 2019, 10, 4, 269-277.8. Borges Alves LD, Sampaio Cerqueira I, Arsati F, Pinho Valente Pires AL, Souza Freitas V. Toxicidades orais da terapia oncológica em crianças e adolescentes: um estudo descritivo. *Rev.CES Odont* 2021;34(2): 30-45.<https://doi.org/10.21615/cesodon.5889>. Gutiérrez-Vargas R, Velasco-Rojano E, Villasís-Keever A, Portilla Robertson J, Gutiérrez-Rodelo A, Flores Navarro S et al. Validación de un instrumento para medir la calidad de vida en niños con mucositis orofaríngea en tratamiento por cáncer. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2019;76:35-43.10. Oroviogoicoechea C., Carvajal A., Soteras M.A., Beortegui E., Hera C. de la, Aznárez M.A. Validez y fiabilidad de la versión española de la guía de evaluación oral (OAG) en pacientes con cáncer. *Anales Sis San Navarra [Internet]*. 2015 Ago [citado 2022 May 11];38(2): 225-233. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272015000200006&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000200006&lng=en). <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-6627201500020000611>. Peña Molinero C, Manso Melgosa AB, González Casado R, Santillán García A, Febrero Ortiz de Quintana A, Ortega Barriuso R. Cuidados de enfermería en la mucositis del paciente oncológico: revisión de evidencias. *Ene. [Internet]*. 2017 [citado 2022 May 28] ;11(2). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2017000200007&lng=es12](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000200007&lng=es12). He M, Zhang B, Shen N, Wu N, Sun J. A systematic review and meta-analysis of the effect of low-level laser therapy (LLLT) on chemotherapy-induced oral mucositis in pediatric and young patients. *Eur J Pediatr*. enero de 2018;177(1):7-17.13. Castellanos-Toledo, A, Gutierrez-Vargas, R.I, Portilla-Roberston, J, Lopez-Carrera, Y.I, Ascensión-Montiel, I, Martinez-Avalos, A. Factores de riesgo para lesiones orales en niños con leucemia aguda linfoblástica en quimioterapia. *Gac Mex Oncol*. marzo de 2014;13(2):97-105.14. Attiná G, Romano A, Maurizi P, D'Amuri S, Mastrangelo S, Capozza MA, et al. Management of Oral Mucositis in Children With Malignant Solid Tumors. *Front Oncol*. 2021;11:599243.15. Berger Velten D, Zandonade E, Monteiro de Barros Miotto MH. Prevalence of oral manifestations in children and adolescents with cancer submitted to chemotherapy. *BMC Oral Health*. diciembre de 2016;16(1):107.16. Hurrell L, Burgoyne L, Logan R, Revesz T, Gue S. The Management of Pediatric Oncology Inpatients With Oral Mucositis. *J Pediatr Hematol Oncol*. noviembre de 2019;41(8):510-6.17. Allen G, Logan R, Revesz T, Keefe D, Gue S. The Prevalence and Investigation of Risk Factors of Oral Mucositis in a Pediatric Oncology Inpatient Population; a Prospective Study. *J Pediatr Hematol Oncol*. enero de 2018;40(1):15-21.18. Hong CHL, Gueiros LA, Fulton JS, et al. Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. *Support Care Cancer*. 2019;27(10):3949-3967. doi:10.1007/s00520-019-04848-419. Claudia Delgado Riffo, Adela Orellana - Yáñez. Cuidados de enfermería en prevención de mucositis oral secundaria al tratamiento oncológico: una revisión integrativa. *Evidentia*, 2019; v16: e1117520. Anschau F, Webster J, Capra MEZ, Stein AT. Efficacy of low - level laser for treatment of cancer oral mucositis: a systematic review and meta - analysis. *Lasers Med Sci*. 2019;1-10.21. Marin Conde F, Castellanos Cosano L, Pachón Ibañez J, Serrera Figallo MA, Gutiérrez Pérez JL, Torres Lagares D. Photobiomodulation with low level laser therapy reduces oral mucositis caused by head and neck radio - chemotherapy: prospective randomized controlled trial. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2019;48(7):917- 23.22. Carvalho CG, Medeiros - Filho JB, Ferreira MC. Guide for health professionals addressing oral care for individuals in oncological treatment based on scientific evidence. *Supportive Care in Cancer*. 2018; 26(8): 2651-61.23. Ferreira B, da Motta Silveira FM, de Orange FA. Low - level laser therapy prevents severe oral mucositis in patients submitted to hematopoietic stem cell transplation: a randomized clinical trial. *Supportive Care in cancer*. 2016;24(3):1035-42.24. dos Reis PED, Ciol MA, de Melo NS, Figueiredo PT de S, Leite AF, Manzi N de M. Chamomile infusion cryotherapy: a pilot study. *Supportive Care in Cancer*. 2016;24(10):4393-8.25. Curra M, Soares Junior L.A.V., Martins M.D., et al. Chemotherapy protocols and incidence of oral mucositis. An integrative review. *Einstein ( Sao Paulo, Brazil )*. 2018 ;16(1) Páginas eRW4007. DOI: 10.1590/s1679-45082018rw4007 PMID: 29694618 Disponible en: <https://ovidsp.ovid.com/...>26. Sousa Sá OD, Soares G and de Vasconcelos Brito,

Josuila do Socorro. Repercussao do ciclo quimioterápico no estado nutricional de crianças e adolescentes em Teresina-PI. Revista interdisciplinar. 2018;11(3):67- 68. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es27>. Busanello J, Pinto DM, Schons ES, Baumgart D, Poll MA. Cuidado de enfermería al paciente: prevención de lesiones mucocutáneas y seguridad del paciente. Rev Enferm UFSM [Internet]. 21 de diciembre de 2015 [citado 5 de septiembre de 2022];5(4):597-606. Disponible en: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16310>

## **P-85. ANGIOSARCOMA CARDÍACO PRIMARIO: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO**

Otero González A\*<sup>1</sup>, Las Hayas Rodríguez A<sup>1</sup>, Castro Sesto P<sup>1</sup>, Varela Ferreiro N<sup>1</sup>, Buyo Sánchez P<sup>2</sup>, Alas Barbeito A<sup>2</sup>, Muñoz García G<sup>2</sup>, Pardo Vázquez J<sup>3</sup>

<sup>1</sup>, *Hospital Teresa Herrera*. <sup>2</sup>*Oncohematología Infantil, Hospital Teresa Herrera*. <sup>3</sup>*Jefe de Servicio Pediatría, Hospital Teresa Herrera*.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

Los tumores cardíacos primarios son una entidad poco frecuente. Destaca dentro de éstos el angiosarcoma.

### **CASOS CLÍNICOS**

Describimos el caso de una niña de 14 años con angiosarcoma cardíaco primario con metástasis pulmonares y cerebrales. Como antecedentes personales, presentó a los 6 años quemadura de segundo y tercer grado del 45% de la superficie corporal. Inició disnea con los esfuerzos, dolor torácico, tos y hemoptisis. Se realizó radiografía de tórax con infiltrados alveolares bilaterales, dado el contexto epidemiológico del momento se sospechó como primera posibilidad infección por Sars-CoV-2. Presentó evolución desfavorable con aumento del trabajo respiratorio y empeoramiento radiológico, se solicitó TC torácico mostrando nódulos pulmonares sugestivos de metástasis y masa en mediastino anterior de 11,3 x 5,3 x 5,6 cm. Se realizó RMN torácica en la que se visualizaba masa infiltrante cardíaca que afecta a pericardio, aurícula y ventrículo derecho, cava superior y seno atrioventricular y metástasis pulmonares. En el ecocardiograma se objetivaba compresión extrínseca en vena cava superior, aurícula derecha, surco auriculoventricular y ventrículo derecho, con limitación del llenado ventricular y variabilidad respiratoria. Se realizó PET TC sin captación patológica en otras localizaciones, estudio de médula ósea sin alteraciones y biopsia pulmonar compatible con angiosarcoma epiteliode. Se realizó estudio molecular sin hallazgos relevantes. Inició tratamiento con Ifosfamida-Doxorrubicina. Tras el primer ciclo se realizó ecocardiograma y TC con aumento del tamaño de la masa y de las adenopatías hiliares bilaterales y mediastínicas. Posteriormente inició clínica de vómitos, cefalea y hemiparesia izquierda. En TC craneal se objetivaban lesiones nodulares hiperdensas en ambos hemisferios cerebrales y en hemisferio cerebeloso izquierdo. Recibió radioterapia holocraneal y ciclos de quimioterapia con gemcitabina, docetaxel y bevacizumab presentando estabilidad clínica y radiológica durante 8 meses. Posteriormente presentó crisis comiciales, cefalea y parestesias en miembro superior izquierdo; apreciándose en PET TC aumento de las lesiones intracraneales. Recibió de nuevo radioterapia holocraneal paliativa. Presentó empeoramiento progresivo con aumento del trabajo respiratorio, cambiándose tratamiento a paclitaxel sin mejoría. Finalmente falleció 9 meses tras el diagnóstico, en contexto de estatus epiléptico secundario a las metástasis cerebrales.

### **DISCUSIÓN**

El angiosarcoma es un tumor de origen endotelial de comportamiento agresivo. El diagnóstico precoz supone un reto, dado el bajo índice de sospecha derivado de la rareza del tumor. Su tratamiento es desalentador, con una supervivencia media de 9 meses tras el diagnóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

Linfeng Q, Xingjie X, Henry D, Zhedong W, Hongfei X, Haige Z. Cardiac angiosarcoma: A case report and review of current treatment. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2019;98(49):e18193. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000018193> Guo S, Guo Q. Primary cardiac angiosarcoma: A case report and review of the literature. *Int Heart J* [Internet]. 2021;62(2):458–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1536/ihj.20-581> Yu J-F, Cui H, Ji G-M, Li S-Q, Huang Y, Wang R-N, et al. Clinical and imaging manifestations of primary cardiac angiosarcoma. *BMC Med Imaging* [Internet]. 2019;19(1):16. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12880-019-0318-4> Wang C, Shi M, Yang C, Ma T, Jiang J, Liu Y, et al. Comprehensive treatment of unresectable cardiac angiosarcoma: A case report and review of literature. *Mol Clin Oncol* [Internet]. 2017;7(5):859–63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3892/mco.2017.1390> Krishnan T, Pettersson G, Mukherjee R, Singhal N. Cardiac angiosarcoma: A diagnostic and therapeutic challenge. *J Cardiol Cases* [Internet]. 2020;22(2):90–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jccase.2020.04.010> Barreiro Barreiro JM, Leiro Fernández V, Piñeiro Amigo L. Hemotórax como forma de presentación de angiosarcoma cardíaco. *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2005;41(2):105. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13070809> Centella T, Oliva E, García Andrade I, Lamas MJ, Epeldegui A. Angiosarcoma cardíaco. Cuatro años de supervivencia. Revisión a propósito de un caso. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2005;58(3):310–2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1157/13072481> García Clemente M, González Budiño T, Escobar Stein J, Seco García AJ, Celorio Peinado C, Rodríguez Rodríguez J. Angiosarcoma pulmonar metastásico. *An Med Interna* [Internet]. 2004;21(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s0212-71992004000100008> Navarro Calzada J, Sierra Bergua B, Santos Lasasosa S. Crisis epiléptica como primera manifestación de angiosarcoma cardíaco. *Neurología* [Internet]. 2010;25(3):198–9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0213-4853\(10\)70010-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0213-4853(10)70010-4) Nespereira-Jato MV, Peña-Panabad C, Quindós-Varela M, García-Silva J. Unresectable angiosarcoma treated with bevacizumab and paclitaxel. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2014;105(5):520–2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.08.006>

## P-86. CRIBADO DE HEMOGLOBINOPATÍAS EN GALICIA SUR: EXPERIENCIA TRAS 20 MESES.

González Burgo M<sup>\*1</sup>, Cueto Díaz M<sup>2</sup>, García Tallón M<sup>2</sup>, Lorenzo Fírvida C<sup>2</sup>, Castiñeiras Ramos D<sup>3</sup>, Concheiro Guisán A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría., HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO de VIGO. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GALICIA SUR. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría, HOSPITAL ALVARO CUNQUEIRO de VIGO. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA GALICIA SUR. <sup>3</sup>Laboratorio de Metabolopatías, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO.

### OBJETIVOS

La enfermedad de células falciformes o drepanocitosis es una enfermedad genética de herencia autosómica recesiva que condiciona una alteración de la hemoglobina. Se trata de una enfermedad endémica en regiones con alta incidencia de malaria. En Europa se estiman 0,07 casos/1.000 nacimientos. El número de portadores alcanza un 18,2% en la población africana, siendo de un 1,1% en la población española. La OMS estima que la anemia falciforme es responsable del 10-20% de la mortalidad infantil en países en vías de desarrollo. El cribado neonatal consiste en la identificación de hemoglobinopatías en una muestra de sangre de cordón umbilical o sangre seca de cordón, lo que permite iniciar intervenciones tempranas en aquellos pacientes homocigotos para la enfermedad y reducir la morbimortalidad asociada a esta patología. El estudio pretende analizar la eficacia/efectividad y seguridad del cribado neonatal de enfermedad de células falciformes.

## MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de los resultados del cribado de enfermedad de células falciformes realizado entre enero de 2021 y agosto de 2022 en nuestro hospital y en tres centros para los que nuestra sección de oncohematología es referente. La cuantificación de hemoglobinas se realizó mediante cromatografía líquida de alta resolución (HPLC) por intercambio de cationes.

## RESULTADOS

La muestra incluye 7300 recién nacidos. Se detectaron alteraciones en el fenotipo de hemoglobinas en 30 de los recién nacidos analizados en el cribado mostrando una incidencia del 0,04%. 1 de estos pacientes se encuentra afecto de anemia falciforme, siendo los 29 restantes portadores (19 heterocigotos para HbS, 8 para HbC y los dos restantes para HbD y HbE). De los 30 pacientes analizados, 26 se confirmaron mediante una segunda determinación (1 fa. Así mismo; se identificaron progenitores portadores en 20 de los pacientes, estando también afectados los hermanos de 2 de los mismos (nacidos previamente). Todos los pacientes se han incluido en protocolo de seguimiento y se les ha realizado consejo genético a los padres. El único paciente afecto de drepanocitosis ha iniciado tratamiento con sin presentar hasta la fecha complicaciones derivadas de la enfermedad.

## CONCLUSIONES

El cribado ha demostrado beneficios en la identificación precoz de hemoglobinopatías que permitan iniciar tratamiento precoz e identificar progenitores portadores del gen HbS para realizar consejo genético. Se trata de una técnica poco agresiva que permite evitar ingresos y complicaciones potencialmente graves.



Sociedad de Pediatría de Galicia

[www.sopega.es](http://www.sopega.es)