

10-11 Noviembre 2023 | Ferrol

73

CONGRESO
DE LA SOPEGA



COMUNICACIONES DEL CONGRESO

COMUNICACIONES ORALES

SESIÓN 1

CO-01. IMPACTO EN LA MORBILIDAD NEONATAL DEL RETRASO DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO PRECOZ MODERADO-GRAVE DEFINIDO POR CRITERIOS DOPPLER: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Fuentes Carballal J^{*1}, Pumarada Prieto M², Crespo Suárez P³, Luaces González J⁴, López Conde I⁵, Picáns Leis R⁶, Sardina Ríos A⁷, Durán Fernández-feijoo C⁸, Ávila Alvarez A¹

¹Neonatología, CHUAC. A Coruña. ²Neonatología, Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo. ³Neonatología, Complejo Hospitalario Pontevedra. ⁴Pediatría, Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol. ⁵Neonatología., Hospital Lucus Augusti. ⁶Neonatología, CHUS. Santiago de Compostela. ⁷Neonatología, Complejo Hospitalario Ourense. ⁸Neonatología, Hospital Alvaro Cunqueiro. Vigo..

OBJETIVOS

Introducción: La generalización del estudio doppler prenatal ha condicionado un cambio en el concepto del CIR precoz pasando de estar definido únicamente por criterios de peso a estar definido y estadiado por criterios doppler. Este cambio de paradigma requiere una reevaluación del impacto del CIR sobre la morbilidad neonatal.

Objetivo: Evaluar el riesgo en morbilidad neonatal de una cohorte de neonatos con CIR precoz moderado-grave definidos por criterios doppler en comparación con una cohorte de control.

MÉTODOS

Estudio multicéntrico de cohortes prospectivo.

Cohorte de neonatos con restricción de crecimiento intrauterina precoz con IP en AU alterado con diástole cero o flujo reverso.

Cohorte de control sin alteraciones doppler pareada por sexo y edad gestacional.

Se excluyen pacientes con otras causas patológicas de RCIU y gemelos monocoriales.

Análisis de regresión logística corregida por peso entre ambas cohortes.

RESULTADOS

Total de pacientes 105 (50 casos, 55 controles). Se encontraron diferencias en la morbilidad respiratoria entre ambos grupos con mayor necesidad de surfactante en el grupo CIR 30% versus 27,3% OR 5,3 IC (1,1-26,7) y O2 suplementario al ingreso 66% versus 49,1% OR 5,6 IC(1,5-20.5), no diferencias en cuanto a incidencia de DBP, sí en la supervivencia sin DBP de un 87,3% en grupo control y un 70% en grupo CIR OR 0,16 (IC 0,03-0.99). No diferencias en HIV, DAP, ECN o mortalidad, sí hay diferencias significativas en el riesgo de hipoglucemia, sepsis nosocomial, días de nutrición parenteral o días ingreso. En análisis de subgrupo CIR grave, diferencias en necesidad de oxígeno, días de ingreso y riesgo de trombopenia. Lactato al nacimiento 2,4 mg/dl en grupo control 6,12 en CIR grave (P=0,022). El 32% de los pacientes CIR presentaron neutropenia versus un 16,4% del grupo control OR 5,8 (IC1,4-23,4). Un 44% de los pacientes CIR presentaron trombopenia (<150000 plaquetas) 9,1% del grupo control OR 6 (IC 1,7-21,5). Diferencias en somatometría significativas entre ambos grupos al ingreso, al alta sin diferencias significativas en perímetro craneal.

CONCLUSIONES

El paciente CIR precoz moderado-grave definido por criterios doppler, independientemente de su peso y edad gestacional presenta una mayor morbilidad neonatal a nivel respiratorio, infeccioso, nutricional o hematológico, incrementando sus días de ingreso. Importante asociación de trombopenia con el grado de insuficiencia placentaria. En manejo en sala de partos los pacientes con CIR grave presentan más acidosis y test de Apgar más bajos. Existe un catch-up en perímetro craneal en pacientes CIR objetivable al alta.

BIBLIOGRAFÍA

- Update on the Diagnosis and Classification of Fetal Growth Restriction and Proposal of a Stage-Based Management Protocol. Francesc Figueras Eduard Gratacós. Barcelona Center of Maternal-Fetal Medicine and Neonatology. Fetal Diagn Ther 2014;36:86–98 DOI: 10.1159/000357592
- Early onset fetal growth restriction: A systematic review on mortality and morbidity. Anouk Pels, Irene M. Beune, Aleid G. van Wassenae, Leemhuis, Jacqueline Limpens, Wessel Ganzevoort. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. DOI: 10.1111/aogs.13702

CO-02. BIOMARCADORES AL NACIMIENTO EN CIR PRECOZ MODERADO-GRAVE DEFINIDO POR CRITERIOS DOPPLER

Pumarada Prieto M¹, Jesús Alberto Y Fuentes Carballal*², Crespo Suárez P³, Luaces González J⁴, Rodríguez García J⁵, López Conde I⁶, Picans Leis R⁷, Durán Fernández-feijoo C⁸, Ávila Alvarez A⁹
¹Neonatología, Hospital Alvaro Cunqueiro. Vigo.. ²Neonatología, CHUAC. A Coruña. ³Neonatología, Complejo Hospitalario Pontevedra. ⁴Pediatría, Hospital Arquitecto Marcide. ⁵Análisis Clínicos, CHUS. Santiago de Compostela. ⁶Neonatología, Hospital Lucus Augusti. ⁷Neonatología, CHUS. Santiago de Compostela. ⁸Neonatología, Hospital Arquitecto Marcide. ⁹Neonatología, CHUAC, A Coruña.

OBJETIVOS

El feto con retraso de crecimiento intrauterino precoz está sometido a gran estrés con desnutrición e hipoxia crónica debido a insuficiencia placentaria evaluable en el estudio doppler. El estudio de biomarcadores nos puede ayudar a evaluar el impacto sobre distintos órganos y sistemas.

Objetivos: Evaluar biomarcadores al nacimiento de función cardíaca, estrés fetal y daño neurológico de una cohorte de neonatos con CIR precoz moderado-grave definidos por criterios doppler en comparación con una cohorte de control de neonatos pareados por sexo y edad gestacional..

MÉTODOS

Subanálisis de un estudio multicéntrico de cohortes prospectivo.

Cohorte de neonatos con restricción de crecimiento intrauterina precoz con IP en AU alterado con diástole cero o flujo reverso.

Cohorte de control sin alteraciones doppler pareada por sexo y edad gestacional.

Se excluyen pacientes con otras causas patológicas de RCIU y gemelos monocoriales.

Evaluación analítica al nacimiento de lactato, NT-proBNP, troponina, GOT y proteína S100B.

Análisis de correlación de los biomarcadores en función de peso o edad gestacional. Se realizó un análisis multivariante de regresión logística.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 105 pacientes (50 casos, 55 controles). No existe correlación entre los biomarcadores estudiados y la edad gestacional. El lactato y el NT-proBNP presentan una leve correlación con el peso al nacimiento. El valor de NT-proBNP presenta diferencias en el grupo control (media 5452 pg/ml) respecto al CIR moderado (media 12047 pg/ml) aOR 1,1 IC (1,004-1,21) y

respecto al CIR grave (media 23996 pg/ml) aOR 1.15 IC (1,02-1,28) con incremento progresivo en función del grado de insuficiencia placentaria. El CIR grave presenta diferencias respecto a control en los valores de lactato 6,12 mmol/L versus 2,4 mmol/L aOR 1,45 IC (1,07-1,97) y en los valores de troponina 111,2 ng/L versus 29,6 ng/L OR 1,01 (1,002-1,02). Los valores de la proteína S100B no presentan diferencias respecto al control, medias 1,99 ng/ml versus 2.45 ng/ml en CIR moderado (p=0,341) y 2,15 ng/ml (p=0,614) en CIR grave. Los valores de GOT presentan un leve incremento en CIR grave de modo estadísticamente significativo.

CONCLUSIONES

El paciente CIR precoz no presenta alteraciones en el marcador de daño cerebral estudiado respecto a control, el CIR moderado-grave presenta alteración en marcadores de insuficiencia cardíaca (NT-proBNP) al nacimiento de modo progresivo al grado de insuficiencia placentaria. El grado más grave se asocia a la presencia de mayor acidosis láctica al nacimiento y alteración en los niveles de troponina.

BIBLIOGRAFÍA

- Update on the Diagnosis and Classification of Fetal Growth Restriction and Proposal of a Stage-Based Management Protocol
Francesc Figueras Eduard Gratacós. Barcelona Center of Maternal-Fetal Medicine and Neonatology. Fetal Diagn Ther 2014;36:86–98
DOI: 10.1159/000357592.
- Cord blood S100B: reference ranges and interest for early identification of newborns with brain injury. Damien Bouvier, Yves Giguère, Bruno Pereira, Nathalie Bernard, Isabelle Marc, Vincent Sapin and Jean-Claude Forest. Clin Chem Lab Med 2020; 58(2): 285–293.
- Biomarkers of neonatal stress assessment: A prospective study.
H. Rouatbia, S. Zigabea, E. Gkiougkia, L. Vrankenb, C. Van Linthoutc, M.-C. Seghayea. Early Human Development, 2019-10-01, Volumen 137, Artículo 104826.

CO-03. ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA: CORRELACIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA

López-guerra González R^{*1}, González Burgo M¹, López Villares M¹, González Colmenero E², Padín Fontán M³, Concheiro Guisan A⁴

¹Residente *Pediatría*, Hospital Alvaro Cunqueiro. ²Neonatología, Hospital Alvaro Cunqueiro. ³Neonatología, Hospital Alvaro Cunqueiro. ⁴Jefa de Servicio, Hospital Alvaro Cunqueiro .

OBJETIVOS

La enfermedad hipóxico-isquémica (EHI) es un síndrome clínico de disfunción neurológica causado por una hipoxia secundaria a una hipoperfusión cerebral que se produce durante el parto. Suele existir un “evento centinela” desencadenante. Según una serie de signos clínicos e ítems de la monitorización mediante electroencefalograma integrado por amplitud (aEEG), se clasifica en 3 grados (leve, moderada y severa). Si bien tanto la gravedad clínica como la neuromonitorización son herramientas pronósticas importantes, la localización y extensión de las lesiones en la resonancia magnética cerebral (RMN) es fundamental.

El objetivo es estudiar en niños diagnosticados de EHI la relación entre el grado de secuelas neurológicas y la localización topográfica y extensión de la lesión cerebral en pruebas de imagen; comparándolo con lo publicado.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo en niños que sufrieron una EHI al nacimiento entre enero de 2012 y diciembre de 2022. Se analizaron la afectación neurológica actual y la localización topográfica y extensión de las lesiones cerebrales en RMN realizada en las primeras semanas de vida.

RESULTADOS

Se incluyeron 73 pacientes diagnosticados de EHI. El 65,75 % presentaban una EHI moderada y/o grave, siendo el resto leves. La localización topográfica predominante de las lesiones en la RMN fueron los ganglios de la base (GB) y/o tálamo (23,3%), seguido por sustancia blanca (9,6%) y corteza cerebral (6,8%).

El 33,3% de las EHI leves tuvieron una RMN normal, si bien sólo se realizó la prueba en un 62,5% de ellos. En pacientes con EHI leve la clínica principal en edad pediátrica fueron los problemas conductuales (20 %), solo 1 paciente desarrolló parálisis cerebral (PC).

El 6,1% de las EHI moderadas-graves presentaban afectación exclusiva de sustancia blanca/corteza. 1 paciente desarrolló PC y epilepsia. El 66,6% desarrolló problemas de deglución y el 33% problemas auditivos o visuales.

El 18,3 % de EHI moderada-grave presentaban lesión solo en tálamo/GB, de estos el 55,5% presentaban PC; el 22% epilepsia y el 11% problemas de deglución.

El 10,4 % de EHI moderada-grave presentaban afectación de múltiples áreas cerebrales. La clínica predominante fue la epilepsia (60%) seguida de la PC (40%).

La sintomatología predominante a partir de los 2 años fueron los problemas del lenguaje/aprendizaje.

CONCLUSIONES

Como cabe esperar que, una mayor gravedad de EHI se correlaciona con un mayor porcentaje de alteraciones del neurodesarrollo.

Las lesiones en GB y/o tálamo se asocian de forma significativa ($p < 0.05$) con mayor desarrollo de PC y alteraciones de la deglución.

Nuestros pacientes presentan secuelas neurológicas según distribución topográfica similares a lo descrito en la literatura.

BIBLIOGRAFÍA

García-Alix, A., & Jiménez, J. Q. (2002). Asfixia intraparto y encefalopatía hipóxico-isquémica. Junta Directiva de la Asociación Española de Pediatría, 43.

Alix, A. G., & Allenb, A. A. (2013). Hipotermia terapéutica en el recién nacido a término o casi término con encefalopatía hipóxico-isquémica. *An Pediatr Contin* [Internet], 11(4), 212-7.

García-Alix, A., & González de Dios, J. (2010). La encefalopatía hipóxico-isquémica en el recién nacido a término ha dejado de ser una entidad huérfana. Implicaciones para la práctica y necesidad de un "código hipotermia". *Evid Pediatr*, 6(2), 27.

CO-04. DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA NEONATAL. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

Parga Herves A*¹, Lopez Lamas V¹, Otero González A¹, Pardo Cao A¹, García Martínez M¹, Sucasas Alonso A¹, Fuentes Carballal J¹, Fernández Trisac J², Pardo Vázquez J³

¹neonatología, hospital. ²nonatología, hospital. ³, hospital.

OBJETIVOS

Evaluar las variables que pueden estar relacionadas con esta entidad y mejorar mecanismos de prevención en nuestro centro.

MÉTODOS

Pacientes de menos de 28 días de vida que ingresaron en un hospital de tercer nivel con diagnóstico de deshidratación hipernatrémica (sodio mayor de 145 mg/dl) en los últimos 5 años. Recogida de variables de ingreso en puerperio, Evolución tras alta, reingreso en unidad neonatal. Análisis descriptivo para evaluar variables relacionadas.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 43 pacientes. Observamos un aumento progresivo tanto del número de casos como de la gravedad de los mismos. La edad media materna fue de 34 años, siendo todos los pacientes a término, 88% hijos únicos con una media de peso de 3349 gramos. El 95% nacieron por un parto eutócico, que permitió un alta precoz. El 95% fueron a puerperio inmediato con la madre, el 90% recibía lactancia materna exclusiva y el 10% restante con lactancia mixta. El primer control de salud fue de media a los 9 días, con una edad media de ingreso de 5 días. El 15% de los padres no observaron ninguna clínica en los neonatos. La pérdida de peso tuvo una media del 14%, con un sodio medio de 154mEq/L (146-164 mEq/L) y una urea de 54.2mg/dL. Correlación entre la pérdida de peso y la cifra de sodio, así como entre la cifra de sodio y la cifra de urea ($p < 0.01$). La urea al ingreso se asocia al número de días de ingreso del paciente.

CONCLUSIONES

El aumento progresivo de casos podría estar relacionado con un aumento de las altas precoces en partos eutócicos con lactancia materna no instaurada con éxito al alta. El primer contacto con el pediatra de atención primaria se realiza posteriormente a la edad media de ingreso por esta entidad, Mejorar la información al alta y un control más precoz podría constituir una medida de actuación para prevenir o detectar de manera temprana estos casos.

BIBLIOGRAFÍA

- Camilla Lavagno, MD1, Pietro Camozzi, Breastfeeding-Associated Hyponatremia: A Systematic Review of the Literature?
- Ortiz ML, Manole MD, Bogen DL, Ayus JC: Breastfeeding-associated hyponatremia: are we missing the diagnosis? Pediatrics 2005;116:e343–e347.
- Livingstone VH, Willis CE, Abdel-Wareth LO, Thiessen P, Lockitch G: Neonatal hyponatremic dehydration associated with breast-feeding malnutrition: a retrospective survey. CMAJ 2000;162:647–652. Chantry CJ, Nommsen-Rivers LA, Peerson JM, Cohen RJ, Dewey KG: Excess weight loss in first-born breastfed newborns relates to maternal intrapartum fluid balance. Pediatrics 2011;127:e171–e179.
- Moritz ML: Preventing breastfeeding-associated hyponatraemia: an argument for supplemental feeding. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2013;98:F378–F379.
- van Dommelen P, van Wouwe JP, Breuning-Boers JM, van Buuren S, Verkerk PH: Reference chart for relative weight change to detect hyponatraemic dehydration. Arch Dis Child 2007;92:490–494.

- Lavagno C, Camozzi P, Renzi S, Lava SA, Simonetti GD, Bianchetti MG, Milani GP: Breastfeeding-associated hyponatremia: a systematic review of the literature. *J Hum Lact* 2016;32:67–74.
- Trotman H, Lord C, Barton M, Antoine M: Hyponatraemic dehydration in Jamaican breastfed neonates: a 12-year review in a baby-friendly hospital. *Ann Trop Paediatr* 2004;24:295–300.
- Laing IA. Hyponatremic dehydration in newborn infants. *Acta Pharmacol Sin.* 2002;23(suppl):48-51.
- ISI. Clarke TA, Markarian M, Griswold W, Mendoza S. Hyponatremic dehydration resulting from inadequate breast-feeding. *Pediatrics.* 1979;63(6):931-932. PubMed.ISI
- Moritz ML. Preventing breastfeeding-associated hyponatraemia: an argument for supplemental feeding. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2013;98(5):F378-F379. ?Crossref. PubMed. ISI.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med.* 2009;151(4):264-269.? Crossref. PubMed. ISI.
- Abu-Salah O. High breast milk sodium concentration resulting in neonatal hyponatraemic dehydration. *East Mediterr Health J.* 2001;7(4-5):841-843.?PubMed. Ali US, Sengupta K, Andankar P, Saraf S, Chawla A, Deshpande S. Reversible renal medullary hyperechogenicity in neonatal hyponatremic dehydration. *Pediatr Nephrol.* 2004;19(9):1050-1052. Crossref. PubMed. ISI.
- Alsina-Manrique L, Esteban M, Salvià D, et al. Severe hyponatremic dehydration secondary to undetected lactation failure: usefulness of sodium levels in breast milk. *Clin Pediatr (Phila).* 2006;45(2):183-186. Crossref. PubMed. ISI.1.

CO-05. IMPLEMENTACIÓN DEL PINZAMIENTO TARDIO DE CORDÓN MEDIANTE EL DISPOSITIVO LIFESTART EN RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO

Castaño Garrido M^{*1}, García Gómez S¹, González Burgo M¹, Díaz Vizcaya M¹, Padín Fontán M¹, González Colmenero E¹, Suárez Albo M¹, Concheiro Guisán A¹

¹*Servicio de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.*

OBJETIVOS

Se presentan los resultados de los primeros años de experiencia en la utilización de una unidad de resucitación neonatal portátil con cordón umbilical intacto (Life start®).

MÉTODOS

Estudio observacional y retrospectivo realizado en neonatos nacidos entre las 26 y 35 semanas, entre los años 2017 y 2022 en un hospital de tercer nivel. Se incluyen 20 pretérminos nacidos en partos asistidos con Lifestart ® y 24 en los que no se empleó este dispositivo (N=44).

RESULTADOS

Ambos grupos se definen mediante características demográficas similares, con una distribución equiparable de edad gestacional, peso y variables prenatales. Prácticamente la totalidad de los recién nacidos precisaron algún tipo de soporte respiratorio al nacimiento (ventilación con presión positiva en un 50% de los casos). La FiO₂ máxima alcanzada en sala de partos y la temperatura media al ingreso en UCIN fueron muy similares en ambos grupos (media 0.31 y 0.28, 36.4°C y 36.5°C respectivamente). La hemoglobina al nacimiento fue de 17.2 g/dL (13.7-21.9) en el grupo en el que se empleó la cuna Lifestart® frente a un 15.3 g/dL (12.9-18.4) (p < 0.01). Si bien no se ha encontrado asociación estadísticamente significativa en la cifra máxima de bilirrubina plasmática alcanzada en ninguno de los grupos, sí existen diferencias en el número de horas de fototerapia (58.8 frente a 35, p=0.024). La mayoría de RNPT no precisaron soporte hemodinámico al nacimiento. No se hallaron diferencias en el número de días de ventilación no invasiva.

CONCLUSIONES

El uso de los dispositivos de resucitación portátiles en RNPT es posible, con resultados no inferiores a los obtenidos con las medidas de resucitación habituales. Un programa de entrenamiento eficaz ayudará a la implementación progresiva de su uso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ronny Knol, Emma Brouwer, Frans J. C. M. Klumper, Thomas van den Akker, Philip DeKoninck, G. J. Hutten, Enrico Lopriore, Anton H. van Kaam, Graeme R. Polglase, Irwin K. M. Reiss, Stuart B. Hooper and Arjan B. te Pas. Effectiveness of Stabilization of Preterm Infants With Intact Umbilical Cord Using a Purpose-Built Resuscitation Table—Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Frontiers in pediatrics*.
2. Emily Suzanne Hoyle , Sunaya Hirani, Sally Ogden, Jenna Deeming, Charles William Yoxall. Quality improvement programme to increase the rate of deferred cord clamping at preterm birth using the Lifestart trolley.
3. Ronny Knol, Emma Brouwer, Thomas van den Akker, Philip L. J. DeKoninck, Enrico Lopriore, Wes Onland7, Marijn J. Vermeulen, M. Elske van den Akker–van Marle, Leti van Bodegom–Vos, Willem P. de Boode, Anton H. van Kaam, Irwin K. M. Reiss, Graeme R. Polglase, G. Jeroen Hutten, Sandra A. Prins, Estelle E. M. Mulder, Christian V. Hulzebos, Sam J. van Sambeek, Mayke E. van der Putten, Inge A. Zonnenberg, Stuart B. Hooper and Arjan B. te Pas. Physiological?based cord clamping in very preterm infants: the Aeration, Breathing, Clamping 3 (ABC3) trial—study protocol for a multicentre randomised controlled trial.
4. Anup C. Katheria, Samuel R. Sorkhi, Kasim Hassen, Arij Faksh, Zahra Ghorishi and Debra Poeltler. Acceptability of Bedside Resuscitation With Intact Umbilical Cord to Clinicians and Patients’ Families in the United States. *Frontiers in pediatrics*.
5. Catheline Hocq· Aurianne Van Grambezen · Katherine Carkeek · Bénédicte Van Grambezen· Charles William Yoxall3 · Frédéric Debiève · Fiammetta Piersigilli· Olivier Danhaive. Implementing intact cord resuscitation in very preterm infants: feasibility and pitfalls.
6. Douglas A. Blank, Shiraz Badurdeen, C. Omar F Kamlin, Susan E. Jacobs, Marta Thio, Jennifer A. Dawson, Stefan C. Kane, Alicia T. Dennis, Graeme R. Polglase, Stuart B. Hooper, Peter G. Davis. *Aby. Directed Umbilical Cord Clamping: A Feasibility Study.*
7. Lelia Duley, Jon Dorling, Angela Pushpa-Rajah, Sam J Oddie, Charles William Yoxall, Bernard Schoonakker, Lucy Bradshaw, Eleanor J Mitchell, Joe Anthony Fawke, on behalf of the Cord Pilot Trial Collaborative Group. Randomised trial of cord clamping and initial stabilisation at very preterm birth.
8. Margaret R Thomas, Charles W Yoxall, Andrew D Weeks and Lelia Duley. Providing newborn resuscitation at the mother’s bedside: assessing the safety, usability and acceptability of a mobile trolley.
9. Michael Fogarty, David A. Osborn, Lisa Askie, Anna Lene Seidler, Kylie Hunter, Kei. Lui, John Simes, William Tarnow-Mordi. Delayed Versus Early Umbilical Cord Clamping for Preterm Infants: A Systematic. Review and Meta-Analysis.
10. Ronny Knol, Emma Brouwer, Alex S N Vernooij, Frans J C M Klumper, Philip DeKoninck, Stuart B Hooper, Arjan B te Pas. Clinical aspects of incorporating cord clamping into stabilisation of preterm infants.

CO-06. FORTIFICACIÓN INDIVIDUALIZADA A PARTIR DEL ANÁLISIS F-TIR DE LECHE MATERNA. EXPERIENCIA DE SEIS AÑOS EN NUESTRA UNIDAD.

Ferández González L*¹, Varela Fontán S¹, López Villares M¹, Quijada Celis C¹, Cueto Díaz M¹, Suárez Albo M¹, Padín Fontán M¹, Martín Forero Maestre M¹, Concheiro Guisán A²

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

OBJETIVOS

La leche materna (LM) ha demostrado disminuir la morbimortalidad en prematuros y pacientes con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), aunque por sí sola no garantiza sus requerimientos nutricionales, siendo necesaria su fortificación.

En 2017 se inició en nuestra unidad un protocolo de fortificación individualizada basado en el análisis nutricional de la LM administrada (fresca y donada) mediante tecnología FTIR, el cual se basa en el cálculo de los aportes proteicos y las necesidades calóricas de cada paciente.

Objetivos:

Analizar los resultados de la fortificación individualizada en nuestra unidad desde su implementación en el año 2017.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron neonatos ingresados entre junio de 2017 y 2023 en la Unidad Neonatal de un hospital de tercer nivel. Se realizó un análisis seriado de la leche materna administrada (propia o de donante) mediante F-TIR analizador Foss Milkoscan ajustando mediante calculadora dietético-nutricional (ODIMET) la fortificación para los objetivos nutricionales de acuerdo a la situación clínica de cada paciente.

RESULTADOS

Se incluyeron 277 neonatos, un total de 830 análisis con una media de 2,8 análisis por paciente. La edad media gestacional de nuestra muestra fue de 32+3 semanas y el 27% de los pacientes eran RCIU.

Con el protocolo individualizado se evidenció una menor cantidad de suplemento proteico con una media de 3,2 gramos de fortificante (1,28 gramos de proteínas) por cada 100 mL frente a los 4g/100mL recomendados por la fortificación estándar.

Solamente en un 20,8% de la muestra se precisó añadir otro tipo de suplementación siendo la más frecuente (56%) módulos de hidratos de carbono y lípidos al 2%.

No se objetivó una influencia negativa en la curva del crecimiento ni en la incidencia de la enfermedad metabólica ósea manteniendo los niveles de fosfatasa alcalina una media de 405,06 UI/L siendo necesaria únicamente la suplementación extra de calcio, fósforo o magnesio en el momento del control en un 2,8% de los pacientes.

CONCLUSIONES

La implementación de la fortificación individualizada, ejemplo de medicina personalizada, tiene una curva de aprendizaje sencilla y el coste de su implantación no es elevado, pudiéndose aprovechar la tecnología del banco de leche si se dispone del mismo.

En estos últimos seis años, la fortificación individualizada, nos ha permitido ajustar los macronutrientes de cada paciente sin influir negativamente en la curva del crecimiento ni en el desarrollo de la enfermedad metabólica ósea.

BIBLIOGRAFÍA

1-Thangainathan S, Abiramalatha T. Early fortification of human milk versus late fortification to promote growth in preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020,

- 2-Chinoy A, Mughal MZ, Padidela R. Metabolic bone disease of prematurity: causes, recognition, prevention, treatment and long-term consequences. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2019.
- 3-Marín, S. (2022). Enfermedad metabólica ósea del prematuro. Rev Esp Endocrinol Pediatr, 13, 2.
- 4-Brown, J. V. E., Lin, L., Embleton, N. D., Harding, J. E., & McGuire, W. (2020). Multi-nutrient fortification of human milk for preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews, (6).

COMUNICACIONES ORALES

SESIÓN 2

CO-07. CIERRE PRECOZ DEL CONDUCTO ARTERIOSO FETAL ASOCIADO AL CONSUMO MATERNO DE POLIFENOLES.

Díaz Fernández F^{*1}, Rueda Núñez F², Rasines Rodríguez A², Sobrino Baladrón A², Lozano Balseiro M², García Hernández I², Pardo Vázquez J¹

¹, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera, A Coruña. ²Cardiología Infantil, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera, A Coruña.

OBJETIVOS

El cierre prematuro del ductus arterioso (DA) es una patología infrecuente, aunque se piensa que puede estar infradiagnosticada. Se ha relacionado con la exposición materna a antiinflamatorios no esteroideos (AINES), corticoides, ácido retinoico y polifenoles. Los polifenoles son pigmentos naturales con efectos antiinflamatorios que actúan como análogos de los AINES y se encuentran en frutas como la naranja, uvas, verduras, té verde o chocolate negro. A través de su mecanismo de inhibición de la COX2 disminuyen la producción de prostaglandinas, pudiendo llegar a ocasionar cierre precoz del DA. Como consecuencia del cierre ductal precoz, se puede producir insuficiencia cardíaca derecha fetal de mayor o menor gravedad e incluso hidrops y muerte fetal intrauterina. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes con estenosis ductal precoz en nuestro centro en los últimos 4 años, y valorar el papel de las medidas preventivas para evitar el cierre del mismo en la etapa fetal.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo mediante revisión de historias clínicas de aquellas gestantes atendidas en consulta de Cardiología fetal entre los años 2019-2023 con diagnóstico de cierre ductal precoz.

RESULTADOS

Se recogen en los últimos 4 años un total de 5 pacientes con diagnóstico intraútero de estenosis ductal precoz. La edad gestacional mediana en el momento del diagnóstico fue de 30+4 semanas (rango: 26+2 - 35+1), y la mediana de edad materna de 40 años.

En 4 de ellos se realizó un control ecocardiográfico posterior tras retirar de la dieta materna alimentos ricos en polifenoles, y recomendar evitar el consumo de AINES, objetivándose en 2 de ellos (50%) mejoría de la estenosis ductal, con aumento del diámetro de la zona estenótica y disminución de la aceleración del flujo a dicho nivel. En otro paciente no se objetivaron cambios significativos, mientras que en el último pareció progresar el cierre ductal pese a medidas preventivas, aunque lentamente y sin asociar datos de repercusión hemodinámica ni sufrimiento fetal. Todos los recién nacidos presentaron evolución favorable al nacimiento, con control ecocardiográfico postnatal sin hallazgos patológicos.

CONCLUSIONES

El cierre prematuro del DA es una patología infrecuente, pero que puede llegar a tener consecuencias graves en el feto. Es importante investigar el consumo materno de sustancias que puedan provocar cierre precoz del DA, ya que el abandono de las mismas podría aminorar o mejorar parcialmente la estenosis del DA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fariña Nogueira S, et al. Cierre parcial del ductus arterioso intraútero asociado a consumo materno de flavonoides. *An Pediatr (Barc)*. 2014.
2. Zielinsky P, Martignoni F V., Vian I. Deleterious effects of maternal ingestion of cocoa upon fetal ductus arteriosus in late pregnancy. *Front Pharmacol*. 2014
2. Ayerza Casas A, Jiménez Montañés L, López Ramón M, Lerma Puertas D, García de la Calzada MD. Constricción precoz del ductus arterioso. *An Pediatría*. 2015;82(3):193–5.

CO-08. TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO EN NIÑOS EXPUESTOS A SUSTANCIAS DE ABUSO DURANTE LA GESTACIÓN

García Freire R^{*1}, Koukoulis Lorenzo N¹, González Burgo M¹, García Gómez S¹, González Colmenero E², Melcón Crespo C³, Concheiro Guisán A¹

¹*Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro*. ²*Neonatología, Hospital Álvaro Cunqueiro*. ³*Neuropediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro*.

OBJETIVOS

El consumo de drogas es uno de los problemas de salud a los que se enfrenta nuestra sociedad. La prevalencia en embarazadas es mayor de la esperada y difícil conocerla con exactitud dado que muchas madres no reconocen estos hábitos. Diversos autores relacionan la aparición de trastornos del neurodesarrollo con la exposición a sustancias de abuso durante la gestación. La mayoría de estos estudios presentan limitaciones importantes, como pequeño tamaño muestral o sesgos como el policonsumo o la problemática social acompañante, por lo que resulta complicado definir el impacto de cada tóxico sobre la evolución del niño.

El objetivo principal de este estudio es determinar la relación entre la exposición intraútero a sustancias de abuso y la presencia de trastornos del neurodesarrollo de los niños en edad escolar.

MÉTODOS

Se presenta un estudio de cohortes, prospectivo, en un grupo de 92 niños nacidos en el año 2012 cuyas madres participaron en un estudio en el que se detectaba el consumo de tóxicos durante la gestación mediante el análisis de diferentes matrices biológicas. Se realizó una revisión exhaustiva de la historia clínica electrónica, entre septiembre de 2022 y mayo de 2023 buscando la presencia de trastornos del neurodesarrollo (trastorno generalizado del desarrollo, trastorno del aprendizaje, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de espectro autista o déficit intelectual, entre otros).

Se realizó un análisis estadístico mediante el programa SPSS comparando la incidencia de dichos trastornos entre el grupo de expuestos y el de no expuestos, considerando estadísticamente significativas las diferencias con $p < 0,05$.

RESULTADOS

50 de los 92 pacientes incluidos en el estudio habían estado expuestos a sustancias de abuso intraútero, siendo el consumo más frecuente la nicotina, seguida del policonsumo de sustancias y las benzodiazepinas. Los niños expuestos tuvieron una mayor incidencia en la mayoría de los trastornos del neurodesarrollo evaluados (con excepción del TDAH, en el que no se hallaron diferencias). Se alcanzó significación estadística para las siguientes asociaciones: enfermedades neuropsiquiátricas en expuestos a nicotina, trastorno generalizado del desarrollo en expuestos a alcohol, consumo de psicofármacos en expuestos a metadona y necesidad de terapia psicológica en expuestos a nicotina.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio la exposición prenatal a sustancias de abuso se relacionó con aumento de alteraciones en determinados campos del neurodesarrollo. Sería necesario aumentar el tamaño muestral para confirmar la mayor incidencia de patologías del neurodesarrollo en los niños expuestos a sustancias de abuso.

BIBLIOGRAFÍA

1. \tRouti Cosp, M.; Ontano, M.; Calabrese, E.; Airaldi, L.; Gruhn, E.; Galeano, J.; Espinosa, A.; Gallo Vallejos M. Uso y abuso de drogas durante el embarazo. Mem Inst Investig Cienc Salud. 2009;5(2):32–44.
2. \tBehnke M, Smith VC. Prenatal substance abuse: Short- and long-term effects on the exposed fetus. Pediatrics. 2013;131(3).
3. \tPascale A. Modalidades terapéuticas y estrategias de EMBARAZO Revisión. 2017;
4. \tAguilera C. Preguntas Y Respuestas En Farmacología Clínica. 2005;125(18):714–6.
5. \tPediatr AE. A ARTICULO E SPECIAL drogadicción de los padres. 1999;4–8.

CO-09. INVESTIGANDO A PARTIR DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO

García Fontao C^{*1}, Gómez Vieites C¹, Dorado López P¹, Méndez Bustelo M², Gómez Silva G³, Pérez Torres J⁴

¹Residente, CHUS. ²Pediatría de AP, CS Orosó. ³Oncología Pediátrica, CHUS. ⁴Residente neonatología, Centro hospitalario Pereira Rosell, Montevideo, Uruguay.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La histiocitosis de células de Langerhans es un trastorno raro por proliferación de células mononucleares dendríticas con infiltración local o difusa de órganos. El pronóstico varía desde un proceso benigno y autolimitado a afectación sistémica y potencialmente mortal.

CASOS CLÍNICOS

Recién nacida por parto vaginal a las 34+4 semanas de edad gestacional con peso adecuado. Embarazo gemelar bicorial biamniótico. Sin factores de riesgo infeccioso. No antecedentes familiares de interés.

Durante la primera exploración se observa lesión cutánea dorsomedial derecha a nivel T2-T3 de características nodulares, bien definida, con bordes lisos ligeramente eritematosos, región central blanquecina y lanugo periférico. Resto de la exploración normal.

En un principio se sospecha aplasia cutis, se realiza ecografía de la lesión que muestra bordes bien definidos limitándose a tejido celular subcutáneo sin afectación muscular ni comunicación vertebral, no vascularizada.

En los días posteriores presenta cambios en la lesión, en un principio mínimamente sobreelevada con bordes eritematosos y posteriormente costrosa sin datos de sobreinfección. A los 9 días de vida presenta centro necrótico con despegamiento lateral y exudado purulento, con cultivo negativo.

Se valora la lesión por dermatología que realiza biopsia, quedando expuesta zona erosiva, y se indica tratamiento con fusidato de sodio. Tras esto, presenta exudación amarillenta y mayor sobreelevación. En la anatomía patológica se visualiza un infiltrado de células histiocíticas positivas para S100 y CD1a, que indica diagnóstico de histiocitosis. Se realiza estudio de extensión con serie ósea, analítica y ecografías que resultan negativas, salvo hallazgo incidental de quiste epidermoide en bazo.

A los 2 meses de vida, la lesión había desaparecido completamente, con lesión cicatricial en la zona de la biopsia. Se confirma histiocitosis unisistémica con BRAF/NRAS negativo.

DISCUSIÓN

La histiocitosis de células de Langerhans congénita es una variante de presentación poco común, cuya lesión característica son pápulas o nódulos marrón-rojizos o violáceos. Estas lesiones pueden evolucionar hacia la ulceración. Puede afectar a cualquier región corporal.

La mayoría de los casos tienen un curso evolutivo benigno y autolimitado. Sin embargo, estos pacientes presentan un riesgo incrementado de padecer formas multisistémicas de la enfermedad, por ello deben recibir un seguimiento hematológico adecuado.

En nuestro caso, el inicio precoz del estudio ha permitido el diagnóstico para un posterior seguimiento dirigido a pesar de la práctica desaparición de la lesión actualmente.

CO-10. FILM ARRAY: UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA LA REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE ANTIBIOTERAPIA EN LOS NEONATOS CON SOSPECHA DE INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN VERTICAL.

Formoso Leal L^{*1}, Rivas Vázquez M¹, Manso Gómez M¹, Suarez Sanmartín A¹, Lendoiro Fuentes M¹, Sánchez Domínguez A¹, Juiz González P², Agulla Budiño J², Maside Miño E¹, Luaces González J¹
¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.* ²*Microbiología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.*

OBJETIVOS

Conocer la utilidad y seguridad de la implementación del método Film array para reducir el tiempo de antibioterapia en los pacientes con sospecha de infección de transmisión vertical.

MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. El periodo estudiado fue entre enero de 2020 y marzo de 2023. Los criterios de exclusión fueron la prematuridad y la edad mayor de 7 días.

El estudio presenta dos ramas, en primer lugar se recoge a los pacientes asintomáticos que poseen un factor de riesgo infeccioso perinatal y posteriormente presentan elevación de los reactantes de fase aguda en el despistaje infeccioso. En segundo lugar se recoge a aquellos pacientes que presentaron elevación de reactantes en el despistaje infeccioso realizado por presentar algún síntoma patológico en el recién nacido. A las 72 horas de haber iniciado el tratamiento antibiótico se realiza un estudio Film array, en caso de negatividad y mejoría clínico-analítica, se suspende el tratamiento antibiótico y se da de alta con un nuevo control clínico y analítico a las 48 horas.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 121 neonatos que recibieron tratamiento antibiótico en nuestra unidad. En la rama de los pacientes asintomáticos se identificaron 56 pacientes (46%). Se realizó el estudio Film Array en 20 neonatos, obteniendo 18 resultados negativos y 2 resultados positivos. En ambos resultados positivos se completó el tratamiento antibiótico necesario (confirmándose en uno la positividad en el hemocultivo y en el otro resultó ser un contaminante).

En la rama de los pacientes sintomáticos se identificaron 65 pacientes. Se realizó estudio Film Array en 19 de estos pacientes, obteniendo 17 resultados negativos y 2 positivos. En el caso de los 2 positivos, uno resultó ser un germen neonatal y el otro fue un contaminante.

Existen 2 casos en pacientes asintomáticos y 10 en el caso de los pacientes sintomáticos que a pesar del Film array negativo precisaron mayor duración de la antibioterapia, o bien por la clínica o por mantener la analítica alterada.

El resultado principal fue que 16 de los 20 neonatos asintomáticos con Film array negativo y 9 de los 17 sintomáticos recibieron una pauta antibiótica reducida de 3 días.

En lo que respecta a los pacientes no estudiados mediante Film array (36 pacientes asintomáticos y 46 pacientes sintomáticos), recibieron pautas más prolongadas de antibioterapia.

No existió en el periodo estudiado ningún caso de reingreso.

CONCLUSIONES

La técnica film array parece ser, según nuestro estudio, una herramienta eficaz y segura para la reducción del número de días de antibioterapia en los neonatos con sospecha de infección de transmisión vertical.

BIBLIOGRAFÍA

López-Fabal MF, et al. Valoración de una técnica de PCR-múltiple en el diagnóstico rápido de la bacteriemia. Rev Esp Quimioter. 2018 Jun;31(3):263-267. Spanish. Epub 2018 May 11. PMID: 29756430; PMCID: PMC6166258.

López-Altamirano D, et al. Eficacia de PCR-RFLP contra hemocultivo para el diagnóstico de sepsis neonatal temprana. Rev Med MD. 2017;8.9(4):131-139.

CO-11. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN DIETA CETOGÉNICA EN PEDIATRÍA (2013-2024)

Monteagudo Vilavedra E^{*1}, Sánchez Pintos P², Camba Garea M², Gómez Lado C³, Fuentes Pita P³, López Vázquez A³, Eirís Puñal J³, Couce Pico M²

¹UDyTECM, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago. ²UDyTECM, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. ³Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.

OBJETIVOS

La dieta cetogénica constituye una herramienta no farmacológica útil en el abordaje de la epilepsia refractaria. Su uso e indicaciones se han generalizado en la última década, aunque sus mecanismos de acción están aún por conocer en profundidad.

El objetivo principal es la caracterización de los pacientes pediátricos con epilepsia refractaria tratados con dieta cetogénica en la última década en nuestro centro, dando valor no solo a sus propiedades anticonvulsivas si no también neuroprotectoras. Descripción y análisis de su eficacia, aceptabilidad y efectos adversos.

MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los pacientes tratados con dieta cetogénica desde el año 2014. Se han incluido 43 pacientes (47% varones) con una mediana de 8 años al inicio de la dieta (47% varones, 53% mujeres).

RESULTADOS

La práctica totalidad de los pacientes incluidos presentan encefalopatías epilépticas de variada etiología, aproximadamente un 35-40% sin filiar. La mediana de fármacos anticrisis al inicio de la dieta fue de 3, siendo los más empleados en este tipo de pacientes el ácido valproico y el clobazam. Tras la introducción de la dieta, en un 58% de los pacientes se produjo una reducción en el número de crisis, y un 72% refirió mejora en el rendimiento cognitivo, permitiendo en 4 pacientes reducir el número de fármacos anticrisis.

Un 70% suspendió la dieta, siendo las principales causas la no respuesta o dificultades de cumplimiento.

Además, se objetivaron efectos beneficiosos sobre la composición corporal (peso actual/fin de dieta media -0.15DE). La dieta fue bien tolerada, sólo tres pacientes presentaron dislipemia secundaria y la carnitina libre se mantuvo en rango (media de 32 $\mu\text{mol/L}$) salvo en tres pacientes, que presentaron deficiencia secundaria de carnitina.

CONCLUSIONES

La dieta cetogénica es un tratamiento seguro en población pediátrica, con claros efectos beneficiosos a nivel cognitivo y escasos efectos secundarios. En determinadas etiologías, podría ser de utilidad incrementando la calidad de vida del paciente a través de la reducción del número de crisis. Una de las principales limitaciones de esta herramienta es el cumplimiento de la dieta por parte del paciente y su familia.

BIBLIOGRAFÍA

- SEGHNP. Manual para la práctica de la dieta cetogénica. 2ª edición. 2021.
- Ko A, Kwon HE, Kim HD. Updates on the ketogenic diet therapy for pediatric epilepsy. *Biomed J.* 2022.
- Wells J, Swaminathan A, Paseka J, Hanson C. Efficacy and Safety of a Ketogenic Diet in Children and Adolescents with Refractory Epilepsy-A Review. *Nutrients.* 2020.
- Sourbron J, Klinkenberg S, van Kuijk SMJ, et al. Ketogenic diet for the treatment of pediatric epilepsy: review and meta-analysis. *Childs Nerv Syst.* 2020.
- Zarnowska IM. Therapeutic Use of the Ketogenic Diet in Refractory Epilepsy: What We Know and What Still Needs to Be Learned. *Nutrients.* 2020.
- Sharma S, Whitney R, Kossoff EH, RamachandranNair R. Does the ketogenic ratio matter when using ketogenic diet therapy in pediatric epilepsy?. *Epilepsia.* 2023.

CO-12. LA CALPROTECTINA FECAL Y LA INFLUENCIA DEL ESTRÉS MATERNO EN LA MICROBIOTA DE LA LECHE MATERNA E INTESTINAL DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Fernández Tuñas M^{*1}, Pérez Muñuzuri A², Trastoy Pena R³, Torres López L², Couce M²
¹Neonatología, Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela. ²Neonatología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ³Microbiología, Hospital Lucus Augusti.

OBJETIVOS

La microbiota del recién nacido depende de la materna, del tipo de parto, de la administración de antibióticos, del tipo de alimentación que reciba o del estrés materno. Igualmente, en la microbiota de la LM pueden influir dichos factores.

La CPF es un marcador de procesos de inflamación intestinal y presenta cifras superiores en recién nacidos que en adultos, de manera fisiológica.

- 1- Valorar la influencia del estrés materno, medido por la escala PSS:NICU, en la microbiota intestinal del prematuro y su biodiversidad, relacionado con antibióticos y tipo de parto.
- 2- Estudiar la microbiota y biodiversidad de la LM y su relación con el estrés.
- 3- Valorar las cifras de CPF relacionadas con sexo, peso al nacimiento, antibióticos y tipo de parto.

MÉTODOS

Estudio prospectivo longitudinal, en prematuros \geq 32 semanas y/o \geq 1500 g, durante 2 años, en un Hospital de Nivel III Q3 (+), realizándose mediciones de estrés, CPF y microbiota intestinal/ LM a los 3, 7 y 15 días de vida.

RESULTADOS

- Los niños presentan cifras más elevadas de CPF que las niñas, a los 15 días (p 0.017).
- La CPF es menor con antibióticos postnatales, a los 7 días (p 0.027) y en el parto vaginal a los 3 días (p 0.05).
- Relación inversamente proporcional entre peso al nacimiento y niveles de CPF, a los 3 días (p 0.044).
- Observamos mayor biodiversidad en la microbiota de heces cuando el parto es por vía vaginal en comparación con la cesárea, (3 y 7 días) y en la LM a los 15 días.
- Encontramos mayor biodiversidad en LM ante estrés bajo (en los 3 momentos) y en heces del prematuro a los 15 días.
- El filo dominante en el intestino del prematuro son las Proteobacterias y en la LM los Firmicutes. El estrés causa cambios en el filo (descienden Firmicutes y aumentan Proteobacterias).
- Los antibióticos cambian la dominancia de los filos y afectan a la biodiversidad en la microbiota intestinal del prematuro y de la LM.

CONCLUSIONES

El estrés materno es un factor importante en el establecimiento de la microbiota intestinal del prematuro y en la de la LM así como en su biodiversidad. El tipo de parto, antibióticos o la alimentación influyen en su composición.

El peso, sexo o los antibióticos modifican las cifras de CPF. Basalmente, son más elevadas que en adultos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Haegeman B, Hamelin J, Moriarty J, Neal P, Dushoff J, Weitz JS. Robust estimation of microbial diversity in theory and in practice. *ISME J* 2013; 7(6): 1092-101.
- 2- Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *J Nutr* 2001; 131(11)
- 3- Rougé C, Butel MJ, Piloquet H, Ferraris L, Legrand A, Vodovar M, et al. Fecal calprotectin excretion in preterm infants during the neonatal period. *PLoS One* 2010; 5(6)
- 4- Li Y, Ren L, Wang Y, Li J, Zhou Q, Peng C, et al. The Effect of Breast Milk Microbiota on the Composition of Infant Gut Microbiota: A Cohort Study. *Nutrients* 2022; 14(24): 5397.

COMUNICACIONES ORALES

SESIÓN 3

CO-13. DERIVACIONES POR NEUTROPENIA A UNA CONSULTA DE ONCO-HEMATOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA: PROPUESTA DE CUÁNDO Y CÓMO REMITIR EN BASE A UN ESTUDIO RETROSPECTIVO.

Oiz Urriza I^{*1}, García Zuazola I¹, Gómez Silva G¹, Fernández Sanmartín M¹, Regueiro García A²
¹Pediatría, CHUS. ²Pediatría, O Barco de Valdeorras.

OBJETIVOS

Describir las características de los pacientes derivados por neutropenia desde atención primaria a una consulta especializada y proponer recomendaciones de derivación en base a nuestros resultados.

MÉTODOS

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

RESULTADOS

58 pacientes fueron derivados por neutropenia de los cuales 23 presentan un diagnóstico etiológico concreto. Los 35 restantes se etiquetaron como neutropenias post-infecciosas o transitorias de la infancia.

De los 23 pacientes con neutropenias de origen sindrómico únicamente el 20,5% eran graves y 15 asociaban otras citopenias.

Del total, el 65,5% fueron derivados tras hallar la neutropenia en una sola analítica. El tiempo de evolución de estas tenía una mediana de 1,3 meses.

Solo un cuarto fue sometido a estudios de tercer nivel (médula ósea (29%) y/o estudio genético (41%), entre otros).

Tan solo el 13,8% recibió tratamiento específico relacionado con la neutropenia.

CONCLUSIONES

La neutropenia es un hallazgo frecuente en los niños, pero rara vez se asocia con enfermedades graves. Cuando es así, se suele acompañar de otras alteraciones analíticas o clínicas.

Dado que la mayoría de las neutropenias infantiles son leves y transitorias, proponemos la derivación ante neutropenias persistentes moderadas-graves, con antecedentes infecciosos relevantes o asociadas a otras citopenias, y siempre confirmada en más de un estudio separado entre sí con el tiempo suficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Susumu MDI, Gary MDJR. Pediatric Autoimmune and Chronic Benign Neutropenia Workup. Medscape [Internet]. 2019;1-14.
2. Maheshwari A. Neutropenia in the newborn. Curr Opin Hematol. 2014;21(1):43-9.
3. Borregaard N. Severe congenital neutropenia: New lane for ELANE. Blood. 2014;123(4):462-3.
4. Fadeel B, Garwicz D, Carlsson G, Sandstedt B, Nordenskjöld M. Kostmann disease and other forms of severe congenital neutropenia. Acta Paediatr Int J Paediatr. 2021;110(11):2912-20.
5. James RM, Phillips B. Fifteen-minute consultation: A guide to managing a child with a new finding of neutropenia. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2019;104(6):282-5.

6. I. Aróstegui J, Beléndez C, Díaz de Heredia C, Galera A, Plaza D. Neutropenia crónica grave. Guía clínica de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. 2557;4(1):88-100.
7. Roganovic J, Ricci E, Polychronopoulou S, Fioredda F. Isolated neutropenia preceding acute lymphoblastic leukemia in children. *Pediatr Blood Cancer*. 2022;69(7):10-2.
8. Connelly JA, Walkovich K. Diagnosis and therapeutic decision-making for the neutropenic patient.
9. Gunn E, Powers JM, Rahman AF, Bemrich-Stolz C, Mennemeyer S, Lebensburger JD, et al. Diagnosis and management of isolated neutropenia: A survey of pediatric hematologist oncologists. *Pediatr Blood Cancer*. 2022;(August 2022):1-7.
10. Solano C. Diagnóstico de citopenias. Algoritmo de estudio SIMPOSIO CONJUNTO EHA-SAH: PATOLOGÍA HEMATOLÓGICA BENIGNA. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2017;(2):250-78.
11. Sorbara JC, Chiniara LN, Thompson S, Palmert MR. Mental health and timing of gender-Affirming care. *Pediatrics*. 2020;146(4).
12. Korematsu T, Koga H. Transient neutropenia in immunocompetent infants with respiratory syncytial virus infection. *Viruses*. 2021;13(2).
13. Atallah-Yunes SA, Ready A, Newburger PE. Benign ethnic neutropenia. *Blood Rev* [Internet]. septiembre de 2019;37(1):100586.
14. Celkan T, Koç B?. Approach to the patient with neutropenia in childhood. *Turk Pediatr Ars*. 2015;50(3):136-44.

CO-14. PERCEPCIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA CARGA DE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA INFANTIL EN PACIENTES Y CUIDADORES.

Varela Fontán S^{*1}, Cueto Díaz M¹, Tallón García M¹, Firvida Lorenzo C¹, Ocampo Alvarez A¹

¹*Pediatría, Hospital Alvaro Cunqueiro.*

OBJETIVOS

Conocer y entender cómo afecta la enfermedad oncológica en la edad pediátrica es imprescindible para poder proporcionar un adecuado cuidado tanto al paciente como a la familia.

El objetivo principal es analizar el impacto percibido de la enfermedad en pacientes y en sus cuidadores principales desde una perspectiva multidimensional, y comparar la valoración de cuidadores respecto a los pacientes.

MÉTODOS

estudio comparativo transversal en el que se incluyen los pacientes de oncología pediátrica y sus familias en un hospital terciario del norte de España. Se compara la carga percibida de enfermedad en 45 variables que engloban las dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual de la enfermedad a través de cuestionarios entregados a las familias y a los pacientes mayores de 6 años con escala tipo Likert de 10 puntos.

RESULTADOS

se recogen datos de 45 encuestas (18 pacientes, 27 cuidadores principales). Se agruparon las variables en referencia a las dimensiones somática, psicológica, social, espiritual, afectación global del diagnóstico y primer ingreso y estancia en UCIP/realización de procedimientos. Se comparan las medias de respuestas entre ambos grupos para las 45 variables y sus agrupaciones mediante el software PSPP v1.6.2.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas únicamente en el impacto global en el momento del diagnóstico y primer ingreso (p: 0.048), siendo este mayor en los padres que en los pacientes en todos los ítems analizados.

Además, llama la atención que la percepción de afectación social secundaria a la enfermedad (exclusión social, dificultad para mantener relaciones personales...) es mayor en los niños que en sus

padres. Sin embargo, las esferas somática y psicológica cobran mayor importancia en el caso de los padres.

Respecto a otras variables analizadas como la información recibida, implicación del equipo profesional, atención a la existencia de dudas, atención a aspectos psicosociales... la percepción de atención sanitaria es más favorable por parte de los niños que de los padres, siendo en todos los casos satisfactoria.

CONCLUSIONES

La enfermedad oncológica conlleva un elevado impacto en todas las dimensiones estudiadas tanto para los pacientes como para sus cuidadores.

Se reafirma la importancia de un enfoque holístico y multidisciplinar para asegurar el mejor cuidado de estos pacientes.

Aunque se observan diferencias intergrupos en múltiples variables no se alcanza la significación estadística probablemente por el tamaño muestral reducido

CO-15. REVISIÓN DE LA INCIDENCIA DE NEUMONÍAS CON DERRAME PARANEUMÓNICO EN EDAD PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SEGUNDO NIVEL.

Rubinos Galende L^{*1}, Rey Noriega C¹, Moreno Leira D¹, Gonzalo Costales P¹, Rivas Oural A¹, Vazquez López E¹

¹*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti.*

OBJETIVOS

Durante el último curso escolar se detectó un notable incremento de incidencia de derrame pleural paraneumónico con respecto a los diez años previos; por lo tanto el objetivo principal de este estudio es confirmar este aumento de incidencia. Además se describen las características de los pacientes con este antecedente, diagnosticados entre enero de 2012 y junio de 2023, con el fin de plantear posibles agentes condicionantes. Como objetivo secundario se realiza un análisis de las características poblacionales diagnosticadas de esta entidad y una serie de variables seleccionadas.

MÉTODOS

Revisamos los datos de todos los pacientes menores de 15 años hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Lucus Augusti con diagnóstico clínico y radiológico de derrame paraneumónico entre enero de 2012 y junio de 2023, realizando posteriormente un análisis descriptivo retrospectivo transversal de las variables en estudio. Previa revisión de estos datos nuestro estudio fue aprobado por el comité ético.

RESULTADOS

A pesar del pequeño tamaño muestral, el 40% del total de casos revisados fueron diagnosticados en el último curso escolar, coincidiendo con los datos publicados en estudios recientes.

Resulta llamativo este incremento a pesar de encontrarse el 70% de ellos bajo antibioterapia oral adecuada.

Sin embargo las características poblacionales no variaron a lo largo del tiempo con predominio de pacientes varones por encima de los dos años.

Prevalecieron neumonías típicas sobre atípicas con detección de *Streptococcus Pneumoniae* como agente causal más frecuentemente aislado en cultivo de líquido pleural en ambos grupos.

No se detectaron diferencias significativas en el total de días de ingreso tanto en planta de hospitalización como en UCIP con una media de 10 días totales de ingreso.

Aún así evidenciamos menor tasa de fracaso terapéutico (20% frente a 46.6%) y menor necesidad de soporte ventilatorio ó drenaje pleural, así como uso de fibrinolíticos ó cirugía. Asociado a esto se detectaron menores complicaciones (tabicación o neumotórax) y únicamente un sujeto se trasladó a nuestro centro de referencia.

Por lo tanto, a pesar de que los resultados no fueron estadísticamente significativos, observamos una mejor evolución en los casos registrados en el último año con respecto a los diez años previos.

CONCLUSIONES

El tamaño muestral de este estudio es un gran condicionante en el análisis de datos. Por ello consideramos preciso el estudio de una muestra poblacional mayor para aseverar conclusiones definitivas sobre el incremento de la incidencia de derrame paraneumónico.

Aún así con este estudio se pretende sentar las bases para el planteamiento de nuevas hipótesis que puedan explicar este fenómeno.

BIBLIOGRAFÍA

1. De La Mata S, Rodríguez C, Saavedra J, Rincón E. Protocolo neumonía complicada en pediatría. Hospital Gregorio Marañón. Madrid, España. Diciembre. 2019.
2. López-Herce, J, Rey, C, Rey, C Rodríguez Nuñez, A. Manual de cuidados intensivos pediátricos. 5a edición. Autor-Editor.
3. Guía-ABE - neumonía [Internet]. Guía-abe.es. [citado el 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-neumonía>.
4. Moral L, Toral T, Marco N, Clavijo A, Canals F, Fornie's MJ, et al. Epidemiology of pediatric parapneumonic pleural effusion during 13-valent pneumococcal conjugate vaccine implementation. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl)* [Internet]. 2022; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimce.2022.08.007>.
5. Picazo JJ, Ruiz-Contreras J, Casado-Flores J, Negreira S, Baquero-Artigao F, Hernández-Sampelayo T, et al. Impact of 13-valent pneumococcal conjugate vaccination on invasive pneumococcal disease in children under 15 years old in Madrid, Spain, 2007 to 2016: The HERA-CLES clinical surveillance study. *Vaccine* [Internet]. 2019;37(16):2200–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.03.015>.
6. Masarweh K, Gur M, Toukan Y, Bar-Yoseph R, Kassis I, Gut G, et al. Factors associated with complicated pneumonia in children. *Pediatr Pulmonol* [Internet]. 2021;56(8):2700–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ppul.25468>.
7. de Miguel S, Pérez-Abeledo M, Ramos B, García L, Arce A, Martínez-Arce R, et al. Distribution of Multidrug-Resistant Invasive Serotypes of *Streptococcus pneumoniae* during the Period 2007-2021 in Madrid, Spain. *Antibiotics (Basel)* [Internet]. 2023;12(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/antibiotics12020342>.

CO-16. REVISIÓN DE RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS EN INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO.

Formoso Leal L^{*1}, Rivas Vázquez M¹, Manso Gómez M¹, Suarez Sanmartín A¹, Calvo Sánchez N², Agulla Budiño J², Gómez Vázquez L¹

¹*Pediatría, Complejo Universitario Hospitalario de Ferrol.* ²*Microbiología, Complejo Universitario Hospitalario de Ferrol.*

OBJETIVOS

La infección del tracto urinario (ITU) es una de las infecciones bacterianas más frecuentes en la edad pediátrica, para su diagnóstico precisamos un paciente con clínica compatible y la recogida de un urocultivo estéril. El tratamiento consiste en la administración de antibioterapia empírica que deberemos basar en el patrón local de susceptibilidad evitando aquellos antimicrobianos que presentan elevadas resistencias.

El objetivo de este estudio es revisar las resistencias bacterianas de urocultivos positivos en menores de 15 años con ITU (infección del tracto urinario) y determinar posibles cambios entre dos periodos de tiempo (2012-2016 versus 2017-2021) en un área sanitaria de un hospital de nivel secundario.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo. Los datos fueron extraídos a través del registro rutinario de urocultivos del Servicio de Microbiología. Se identificaron un total de 3.706 urocultivos positivos (recogidos mediante la técnica recomendada según la edad del paciente) desde 2012 hasta 2021 (ambos incluidos). Se realizó un análisis estadístico sencillo detectando las bacterias más frecuentemente aisladas y la sensibilidad antimicrobiana ante *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* y *Enterococcus faecalis*, comparando las resistencias en dos periodos (2012-2016 versus 2017-2021).

RESULTADOS

La edad media fue de 4 años, predominando el sexo femenino (63%). La mayoría de las muestras extraídas correspondieron a lactantes (44%). La bacteria más frecuentemente aislada fue *E. coli* (66,9%), seguida de *P. mirabilis* (13%) y de *E. faecalis* (11%). Sin embargo, en adolescentes, el segundo germen más frecuente fue *S. saprophyticus* (12,5%).

Con respecto a los cambios en las resistencias antimicrobianas entre los dos periodos se observa, en *E. coli*, un incremento del 12% en la resistencia a ampicilina (alcanzando un 53% de cepas resistentes), un aumento del 16,6% en amoxicilina-clavulánico (alcanzando un 23% de cepas resistentes) y una resistencia a cotrimoxazol mayor del 15%. No se objetivan cambios en el patrón de resistencias de cefalosporinas, fosfomicina y gentamicina. En el caso de *P. mirabilis* observamos un aumento del 8% en las resistencias a ampicilina (alcanzando un 32%), un incremento del 6% en amoxicilina-clavulánico (0,8 versus 6,8%) y del 10% en cotrimoxazol (alcanzando un 29%). No existe un incremento significativo de la resistencia en cuanto al resto de antibióticos estudiados. En cuanto a *E. faecalis* y *S. saprophyticus* no se objetivan cambios significativos en las resistencias antimicrobianas entre los dos periodos.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados coinciden con las resistencias aisladas a nivel nacional, obteniendo una resistencia elevada tanto a amoxicilina-clavulánico como a ampicilina y trimetropim en *E. coli* y *P. mirabilis*.

BIBLIOGRAFÍA

Sorlózano-Puerto A, Gómez-Luque JM, Luna-Del-Castillo JD, Navarro-Marí JM, Gutiérrez-Fernández J. Etiological and Resistance Profile of Bacteria Involved in Urinary Tract Infections in Young Children. *Biomed Res Int.* 2017. DOI: 10.1155/2017/4909452.

Rodríguez-Lozano J, de Malet A, Cano ME, de la Rubia L, Wallmann R, Martínez-Martínez L, Calvo J. Antimicrobial susceptibility of microorganisms that cause urinary tract infections in pediatric patients. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2018. DOI: 10.1016/j.eimc.2017.08.003.

CO-17. SÍNDROME DE LA ESCALDADURA ESTAFILOCÓCICA: REVISIÓN DE TRES CASOS

Gallego Vázquez S^{*1}, Aguilar Gutiérrez D², Padín Vázquez V², Rey Noriega C², Vázquez López E¹
¹*Pediatría , Hospital Universitario Lucus Augusti.* ²*Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome de la piel escaldada estafilocócica (SPEE) es una entidad infrecuente en pediatría. Junto al impétigo ampoloso y al síndrome del shock tóxico constituye un grupo de patologías producidas por toxinas estafilocócicas exfoliativas. Su diagnóstico es clínico aunque puede confirmarse mediante el aislamiento del patógeno en cultivos nasal, faríngeo y ocular.

CASOS CLÍNICOS

A continuación se describen tres casos de SPEE correspondientes a pacientes sin antecedentes de interés, infecciones intercurrentes ni antecedentes de toma de antibióticos, todos ellos menores de cuatro años. En todos los casos tras la sospecha diagnóstica se inició antibioterapia empírica con cloxacilina intravenosa.

El primer caso consiste en una niña de tres años que debuta con eritrodermia, descamación en cara y pliegues, úlceras en surco nasogeniano, mucosa yugal y rechazo de la ingesta. Ante sospecha de SPEE se extraen hemocultivo, cultivo ocular, faríngeo y nasal y se inicia antibioterapia. Ante evolución tórpida se asocia clindamicina intravenosa, presentando mejoría posterior. Hemocultivo negativo con crecimiento de *S. Aureus* sensible a metilina (SAMS) en demás cultivos.

El segundo caso es un lactante de 18 meses con eritrodermia, prurito, descamación, edema palpebral, hiperemia conjuntival y exudados purulentos bilaterales a pesar de haber realizado tratamiento con antihistamínicos y corticoides orales. Ante la sospecha de SPEE se inicia antibioterapia y completa estudio etiológico con hemocultivo, cultivo de exudado faríngeo y cultivo de exudado nasal, resultando este último positivo para SAMS.

El tercer caso corresponde a un lactante de 12 meses con eritrodermia de cabeza a rodillas, descamación peribucal con costras melicéricas, hiperemia conjuntival con exudados bilaterales y edemas en párpado izquierdo y dorso de manos y pies. Tras sospecha de SPEE se decide inicio de antibioterapia con cloxacilina y clindamicina intravenosas. Evolución favorable permitiendo desescalada a monoterapia con cloxacilina confirmándose el diagnóstico de infección por SAMS en cultivos nasal, ocular y faríngeo.

DISCUSIÓN

El SPEE es una entidad poco frecuente que tal y como se muestra en la serie estudiada afecta preferentemente a niños menores de cinco años. El diagnóstico es clínico, por lo que es importante sospecharlo en casos de eritrodermia aguda con afectación peribucal y conjuntival e iniciar tratamiento con antiestafilocócicos resistentes a beta-lactamasas. Algunos autores proponen el uso coadyuvante de clindamicina debido a su capacidad para inhibir la producción de toxinas, aunque todavía no existe evidencia suficiente para establecerlo.

CO-18. ¿ES REAL LA ALERTA SANITARIA SOBRE ESTREPTOCOCO PYOGENES?

Peteiro Vidal L*¹, Díaz Vizcaya L¹, Castro Velado A¹, Álvarez Demanuel D², Martínez Lamas L³, Portugués De La Red M⁴, Concheiro Guisán A⁵

¹MIR Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. ²Servicio de UCI-Pediátrica, Hospital Álvaro Cunqueiro.

³Servicio de Microbiología, Hospital Álvaro Cunqueiro. ⁴Jefa de Sección de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. ⁵Jefa de Servicio de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.

OBJETIVOS

El *Streptococcus pyogenes* o Estreptococo del grupo A (SGA) es una bacteria causante de múltiples infecciones en la infancia entre las que se encuentra la faringoamigdalitis aguda. La mayor parte de las infecciones son de carácter leve, sin embargo, en los últimos años parece haberse detectado un aumento en el número de complicaciones producidas por *S. Pyogenes*.

Se propone este estudio a raíz de la alerta del incremento de infecciones invasivas en el Reino Unido (diciembre 2022) y de los datos proporcionados por el SERGAS que alertan de un aumento de los diagnósticos de faringoamigdalitis estreptocócicas en Atención Primaria (junio 2023).

El objetivo de este estudio es analizar las complicaciones y las hospitalizaciones por *S. Pyogenes* en los dos últimos años en nuestro centro.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo descriptivo de los pacientes entre 0 y 15 años con diagnóstico de infección por *S. Pyogenes* que requirieron ingreso entre septiembre de 2021 y agosto de 2023. Se comparan 2 periodos: 01/09/2021-31/08/2022 y 01/09/2022-31/08/2023.

RESULTADOS

En ambos periodos han sido hospitalizados 43 pacientes, con una media de edad de 6 años (51% varones). Cinco pacientes (11,6%) han precisado ingreso en cuidados intensivos. La estancia media fue de 3 días, aunque un 30% ha requerido estancias superiores a una semana.

La mayor parte de las hospitalizaciones fueron en los meses de primavera y verano. El mes con mayor cifra de ingresos fue julio de 2023. El principal diagnóstico al alta fue faringoamigdalitis aguda (cerca del 60%) y el motivo de ingreso más frecuente una mala evolución con afectación del estado general, rechazo de la ingesta, deshidratación, fracaso de la antibioticoterapia oral y/o crisis convulsiva. Un 10% han presentado como complicación un absceso faríngeo, precisando drenaje la mitad. Otro 10% presentó coinfección (VEB o SARS-Cov2).

Al comparar ambos periodos, 14 pacientes ingresaron en el primero y 29 en el segundo, destacando que cuatro de los cinco pacientes ingresados en la UCI Pediátrica fueron en este último año. Siendo los diagnósticos de los pacientes de UCIP: shock séptico (2), neumonía con derrame pleural, shock tóxico y epiglotitis aguda.

CONCLUSIONES

La tasa de hospitalización en nuestra área sanitaria a causa del *S. Pyogenes* se ha duplicado en este último año, asociando a su vez un incremento aún mayor de los pacientes que requirieron ingreso en UCI-Pediátrica con respecto al año previo.

BIBLIOGRAFÍA

1. R Wald E. Group A streptococcal tonsillopharyngitis in children and adolescents: Clinical features and diagnosis [Internet]. Available at: https://www-uptodate-com.mergullador.sergas.es/contents/group-a-streptococcal-tonsillopharyngitis-in-children-and-adolescents-clinical-features-and-diagnosis?search=Group+A+streptococcal+tonsillopharyngitis+in+children+and+adolescents%3A+Clinical+features+and+diagnosis.+&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. (Accessed: 15 October 2023, Last update: 01 February 2022).

2. Espadas Maciá, D., Flor Macián, E. M., Borrás, R., Poujois Gisbert, S., & Muñoz Bonet, J. I. (2018). Infección por estreptococo pyogenes en la edad pediátrica: des-de faringoamigdalitis aguda a infecciones invasivas. *Anales de Pediatría*, 88(2), 75–81. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.02.011>.
3. Ladhani, S. N., Guy, R., Bhopal, S. S., Brown, C. S., Lamagni, T., & Sharp, A. (2023). Paediatric group A streptococcal disease in England from October to De-cember, 2022. *The Lancet Child and Adolescent Health*, 7(2), e2–e4. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(22\)00374-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00374-1).
4. Xunta de Galicia. (2023). Informe sobre infeccions producidas polo estreptococo do grupo A. 1-7.

CO-19. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN EL SÍNDROME DE NOONAN.

Morenoruz F^{*1}, Amaro Castro R¹, Rey Cordo C¹, Chamorro Martín J¹, Concheiro Guisan A¹

OBJETIVOS

El síndrome de Noonan (SN) se incluye dentro de las rasopatías. Estas enfermedades se deben a mutaciones en genes implicados en la vía de señalización Ras/MAPK, que desempeñan un papel en la transducción de señales celulares.

Cursa con gran variabilidad de manifestaciones clínicas, la cuales están resumidas en los Criterios mayores de Burgt: fenotipo facial característico, cardiopatías congénitas ,talla baja, pectus carinatum/excavatum y tener un pariente de primer grado afecto.

Con el objetivo de mejorar la talla baja, en 2020 la Agencia Europea del Medicamento aprobó el tratamiento con Hormona de crecimiento (rhGH) en estos pacientes.

El objetivo es valorar la respuesta a rhGH en el primer año de tratamiento. Secundariamente valorar las características clínicas de los pacientes.

MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de la serie de pacientes afectados de SN a seguimiento en la Unidad de Endocrinología Pediátrica de un hospital de tercer nivel.

RESULTADOS

Se incluyeron catorce pacientes (70% varones). Edad media de diagnóstico 4,5 años(rango 1- 11 años)

Hallazgos clínicos:

Facies típica aparece en el 100% de los pacientes.

Alteraciones de tórax: Pectus excavatum 28,5%.

Talla baja (92,8%.): Talla media -2,21 desviaciones estándar. (Estudios españoles 2010).);

Cardiopatías más frecuentes: estenosis pulmonar (35%)

Estudio molecular: más frecuente mutaciones en PTPN11 (64,2%) seguido de SOS1 (14,4%).

Tratamiento con GH:

Edad media al inicio: 7,9 años.

Se valoraron las variables: talla al inicio de tratamiento, incremento de velocidad de crecimiento, edad ósea al inicio y tras un año y aparición de efectos adversos.

Se constató mejoría de velocidad de crecimiento en el primer año con ganancia de talla rango (+ 0,2 - + 1.8 DE) con un promedio de + 0,6 DE.

Aún sin hallar diferencias significativas, los pacientes de menor edad presentan mayor ganancia de talla.

No se registraron efectos adversos

CONCLUSIONES

- La aprobación del tratamiento con rhGH en el paciente con SN con talla baja, abre una nueva etapa en el abordaje sintomático de estos pacientes.
- Los hallazgos clínicos y genéticos parecen concordantes con los descritos en la literatura.
- Nuestro estudio parece indicar que es una terapia eficaz y que el inicio precoz del tratamiento se asocia con mejores resultados, pero dada la escasa muestra, se necesitan más estudios para corroborar las hipótesis planteadas.

BIBLIOGRAFÍA

Van der Burgt I. Noonan syndrome. Orphanet J Rare Dis. 2007 Jan 14;2:4. doi: 10.1186/1750-1172-2-4. PMID: 17222357.

Carcavilla, Atilano. Suárez-Ortega, Larisa. Síndrome de Noonan: actualización genética, clínica y de opciones terapéuticas. Anales de Pediatría. Vol. 93. Núm. 1. páginas 61.e1-61.e14 (Julio 2020)

COMUNICACIONES ORALES

SESIÓN 4

CO-20. DESARROLLO COLABORATIVO Y VALIDACIÓN DE UNA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA ASISTENCIA INICIAL AL TRAUMATISMO PEDIÁTRICO.

Gómez Veiras J^{*1}, Prada Arias M², Lluna González J³, De Agustín Asensio J⁴, Prieto Campo Á⁵, Aneiros Castro B², Rodríguez Iglesias P⁶, Fernández Eire P², Sánchez Abuín A², Leis Trabazo, MR⁷, Montero Sánchez, M², Concheiro Guisán, A⁸

¹S. Cirugía Pediátrica., Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo. ²S. Cirugía Pediátrica, Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo. ³S. Cirugía Pediátrica, Hospital La Fe. Valencia. ⁴S. Cirugía Pediátrica, Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ⁵Estadística, Instituto Investigación Galicia Sur. ⁶S. Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Ourense. ⁷Pediatría, Facultad de Medicina Universidade de Santiago de Compostela. ⁸Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.

OBJETIVOS

Diseñar una lista de verificación (LV) que pueda evitar olvidos en el manejo de pacientes pediátricos politraumatizados.

Validar y evaluar dicha LV en un entorno de simulación antes de su implantación clínica.

MÉTODOS

Se empleó un método Delphi con dos vueltas de consulta para seleccionar los ítems de la LV.

Participaron 10 expertos en atención inicial al trauma pediátrico (AITP) representando a los 9 centros formadores de AITP de España. El proceso se desarrolló de modo anónimo usando correos electrónicos.

Valoraron 31 posibles ítems mediante puntuaciones de escala de Likert. Los expertos recibieron la mediana y rango intercuartílico de las puntuaciones antes de emitir su segunda valoración.

La validación de la LV tuvo un diseño cuasi experimental, con 30 voluntarios (médicos de Pediatría, Medicina de Familia y Cirugía Pediátrica) realizaron 60 simulaciones con maniqués electrónicos (sin y con LV) en un centro de simulación. Analizándose la realización de 28 variables del primer y segundo examen físico. Se valoró la carga de trabajo con la escala NASA-TLX.

RESULTADOS

Se determinó el consenso para la finalización del Delphi mediante la prueba de Wilcoxon (ninguna p significativa), se eligieron los ítems con un rango intercuartílico relativo de puntuación menor al 40% y con una proporción de acuerdo superior al 70%.

La fiabilidad de la consulta fue valorada con el alfa de Chronbah=0,881. El acuerdo entre expertos se valoró con la W de Kendall con una p de 0,000.

Se seleccionaron con el Delphi 28 de los ítems y cinco momentos de aplicación de la LV. Diseñándose la LV siguiendo las indicaciones de los expertos.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas al emplear la LV tanto para el número de tareas realizadas del primer y segundo examen físico con el test de Mc Nemar (protección, inmovilización cervical, oxígeno suplementario, exponer y cubrir, y todas las del segundo examen), como para el tiempo empleado en realizar las tareas (test de Wilcoxon).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el test de Wilcoxon al valorar la carga de trabajo con NASA-TLX: menor carga de trabajo total, exigencia mental, esfuerzo, y mayor rendimiento al usar la LV frente a no usarla en simulación.

CONCLUSIONES

El método Delphi ha facilitado el consenso para la elaboración de la primera LV en AITP de España desarrollada de modo colaborativo entre todos los centros AITP.

La LV de AITP fue validada en nuestro centro en un entorno de simulación, demostrando que en dicho entorno el uso de la LV permite realizar más tareas, en menor tiempo y con una menor carga de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

Parsons SE, Carter EA et al. Improving ATLS performance in simulated pediatric trauma resuscitation using a checklist. *Ann Surg.* 2014;259(4):807-13.

CO-21. REFEEDING: VENTAJAS Y RIESGOS EN POBLACIÓN INFANTIL. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Altamirano S^{*1}, Del Cerro Rodríguez D¹, González-pola Yuncal S¹, García Saavedra S¹, Gómez Tellado M¹

¹*Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

OBJETIVOS

La patología abdominal neonatal que requiere de intervención quirúrgica en ocasiones precisa de derivación intestinal, debido a las características del propio paciente y de las características del intestino. Esto supone la comorbilidad de un intestino corto funcional de manera temporal, hasta la reconstrucción del tránsito. El refeeding se presenta como una opción en este periodo transitorio para mantener el trofismo sobre el tramo de intestino distal, habiéndose demostrado sus efectos a nivel clínico e histológico. El objetivo de esta revisión es analizar aquellos estudios de mayor relevancia acerca de las ventajas y los riesgos asociados al uso del refeeding en población infantil, recogiendo así mismo las diferentes técnicas empleadas para su uso.

MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura empleando los buscadores PubMed y Med-Line. Se incluyeron en la revisión estudios retrospectivos de casos y controles, así como aquellos relacionados con las implicaciones histológicas y moleculares del uso del refeeding.

RESULTADOS

El refeeding ha demostrado conseguir una mejor ganancia ponderal en estos pacientes, así como acortar los tiempos de nutrición parenteral, disminuyendo los riesgos asociados como la colestasis o el fallo hepático, además de aquellos relacionados con la presencia prolongada en el tiempo de un catéter venoso central. Así mismo, varios estudios han descrito sus beneficios en la cirugía de reconstrucción del tránsito, habiéndose observado una disminución en la discrepancia de calibre de las ostomías en aquellos pacientes que recibieron refeeding, con menor riesgo de fallo de la anastomosis posterior. Son escasos los estudios que advierten de sus riesgos, siendo pocos los casos recogidos en la literatura. Los de mayor gravedad fueron derivados de la colocación prolongada de una sonda de mayor calibre del habitual a nivel del intestino distal.

CONCLUSIONES

Cada vez son más los estudios que establecen el refeeding como un método seguro y eficaz en aquellos pacientes que precisan de una derivación intestinal de manera temporal. Los estudios expuestos demuestran los beneficios de esta técnica tanto en la práctica clínica como en los resultados obtenidos a nivel histológico en estudios realizados en animales. Las principales ventajas

del refeeding están relacionadas con una mejor y más rápida ganancia ponderal, una menor dependencia de nutrición parenteral, con menos riesgo de colestasis y daño hepático asociados, así como mayor tasa de éxito en la reconstrucción del tránsito intestinal posterior, acortando los tiempos de ingreso y disminuyendo costes. Aunque debemos conocer los posibles riesgos, los casos recogidos en la literatura son muy escasos. Los de mayor gravedad asociados al empleo de sondas de mayor calibre de manera permanente. Son necesarios más estudios randomizados para asentar los beneficios ya conocidos de este método, así como para estandarizar la técnica a emplear. También son necesarios más estudios en pacientes pediátricos de mayor edad para poder extender su aplicabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

Pataki I, Szabo J, Varga P, Berkes A, Nagy A, Murphy F, Morabito A, Rakoczy G, Cserni T. Recycling of bowel content: the importance of the right timing. *J Pediatr Surg* 2013; 48: 579–84.

Haddock CA, Stanger JD, Albersheim SG, Casey LM, Butterworth SA. Mucous fistula refeeding in neonates with enterostomies. *J Pediatr Surg* 2015; 50: 779–82.

Griffiths DM, Forbes DA, Pemberton PJ, Penn IA (1989) Primary anastomosis for necrotizing enterocolitis: a 12-year experience. *J Pediatr Surg* 24:515–518

Richardson L, Banerjee S, Rabe H. What is the evidence on the practice of mucous fistula refeeding in neonates with short bowel syndrome? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 43: 267–70.

Sanchez SE, Braun LP, Mercer LD, Sherrill M, Stevens J, Javid PJ (2013) The effect of lipid restriction on the prevention of parenteral nutrition-associated cholestasis in surgical infants. *J Pediatr Surg* 48:573–578

Williams L, Armstrong MJ, Finan P, Sagar P, Burke D. The effect of faecal diversion on human ileum. *Gut* 2007; 56: 796–801.

Mesas Burgos, C., Ehrn, H. and Finkel, Y. (2008) “Neonatal short bowel syndrome: Rectal feeding in order to stimulate intestinal growth,” *Acta Pdiatrica*, 97(8), pp. 1140–1141. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00833.x>.

Levy E, Palmer DL, Frileux P, Parc R, Huguet C, Loygue J (1983) Inhibition of upper gastrointestinal secretions by reinfusion of succus entericus into the distal small bowel. A clinical study of 30 patients with peritonitis and temporary enterostomy. *Ann Surg* 198:596–600

Puppala BL, Mangurten HH, Kraut JR, Bassuk A, Shrock P, Benawra RS, Napier K. Distal ileostomy drip feedings in neonates with short bowel syndrome. *J Pediatr Gastroenterology Nutr* 1985; 4: 489–94.

Schafer K, Zachariou Z, Löffler W, Daum R. Continuous extracorporeal stool-transport system: a new and economical procedure for transitory short-bowel syndrome in prematures and newborns. *Pediatr Surg Int* 1997; 12: 73–5.

Jeppesen PB. Glucagon-like peptide-2: update of the recent clinical trials. *Gastroenterology* 2006; 130: S127–31.

CO-22. BRONQUIECTASIAS NO FQ. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Díaz Fernández F^{*1}, González Torres A², Sirvent Gómez J², Vila Sexto L¹, Pardo Vázquez J¹

¹, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera, A Coruña. ²Neumología Infantil, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera, A Coruña.

OBJETIVOS

Las bronquiectasias (BQ) son dilataciones anormales de los bronquios periféricos. Su causa más frecuente en niños es la fibrosis quística (FQ), sin embargo, existe un porcentaje de casos no relacionados con la FQ que se engloban bajo el concepto “bronquiectasias no asociadas a FQ” (BNFQ), y su incidencia parece haber aumentado en los últimos años. El objetivo de este estudio es evaluar las características clínicas, radiológicas, terapéuticas y evolutivas de los pacientes con BNFQ diagnosticados en los últimos 11 años en la consulta de Neumología Pediátrica en nuestra área sanitaria.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes con BNFQ a seguimiento en nuestro centro entre los años 2012-2023.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 14 pacientes con diagnóstico de BNFQ en los últimos 11 años, siendo la mayoría de ellas mujeres (n= 8; 57%) y con una edad media al diagnóstico de 5,7 años (rango 11 meses - 14 años). La localización más habitual de las BQ fue unilobar, siendo el lóbulo inferior izquierdo el más frecuentemente afectado (n= 10; 71%). Dos pacientes (14%) presentaron afectación bilobar. En cuanto a la etiología, en la mayoría de los pacientes no se detectó ningún desencadenante, siendo probablemente bronquiectasias idiopáticas. Tres casos fueron postinfecciosas (Mycoplasma y Parainfluenza), dos relacionados con inmunodeficiencia y otra paciente presentó BQ como debut de una discinesia ciliar primaria. Respecto a las comorbilidades de estos pacientes, la mayoría asociaban un diagnóstico establecido de asma bronquial (n=9; 64%), y tres de ellos sufrían además alguna cardiopatía. El germen más frecuentemente aislado en los cultivos de esputo fue el H. influenzae (44%). En cuanto al tratamiento empleado seis pacientes recibieron profilaxis con azitromicina (43%), cinco nebulizaciones con SSH (36%) y 11 tratamiento broncodilatador (78%). Todos los pacientes alcanzaron un buen control clínico con tratamiento médico y fisioterapia respiratoria, sin llegar a requerir ninguno de ellos cirugía.

CONCLUSIONES

Las bronquiectasias no asociadas a fibrosis quística son una patología cuya prevalencia parece haber aumentado en los últimos años, y que se asocian a una importante morbimortalidad respiratoria. Es fundamental investigar y tratar la causa subyacente, así como conocer su adecuado manejo y tratamiento para evitar complicaciones a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Subcomisiones de Pediatría SA, C. Bronquiectasias no relacionadas con fibrosis quística en niños: guías de diagnóstico, seguimiento y tratamiento. diagnóstico. 1:2.
2. Reyes C F. Bronquiectasias No Fibrosis Quística. Desde La Infancia a La Aduldez. Enfoque Diagnostico Y Terapéutico. NeumolPediátrica. 2020;14(2):86–91.
3. Busquets RM, Castillo SC, Aguilar AF. Tos húmeda: bronquitis bacteriana persistente, enfermedad supurativa bronquial y bronquiectasias. Neumoped. 2017;(1):15–29.
4. European Respiratory Society guidelines for the management of children and adolescents with bronchiectasis. EurRespirJ 2021; in press

CO-23. LOCOMAN: CONSTRUCCIÓN DE UN MANIQUÍ DE BAJO COSTE EN LA ESCUELA PARA APRENDER REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR.

Suárez Camacho R^{*1}, Gómez Silva G², García Zuazola I¹, Peixoto Pino L³, Barcala Furelos R⁴, Izquierdo Vázquez V⁴, Martínez Isasi S⁴, Rodríguez Nuñez A⁵

¹*Pediatría y áreas específicas, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela*. ²*Pediatría y áreas específicas., Grupo Investigación SICRUS; Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela*. ³, *Colegio de Educación Infantil y Primaria Cardenal Quiroga Palacios*. ⁴, *Grupo Investigación SICRUS*. ⁵*Pediatría y áreas específicas, Grupo Investigación SICRUS; Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela*.

OBJETIVOS

En base a la iniciativa “Kids Save lives”, donde el aprendizaje de la reanimación cardio-pulmonar desde la infancia supone un pilar esencial en la cadena de supervivencia, propusimos el presente trabajo. Su objetivo consistió en que los escolares construyesen un maniquí de reanimación cardiopulmonar (RCP) de bajo coste, que simulase la fisiología de la circulación sanguínea, para que se capacitasen en la correcta realización de las maniobras de RCP ante una potencial parada cardíaca extrahospitalaria.

MÉTODOS

Estudio cuasiexperimental cuya muestra la constituyeron 193 niños en edad escolar divididos en 2 grupos: grupo LOCOMAN, entrenado en RCP con un maniquí hecho a mano; y un grupo control, entrenado con un maniquí comercial de resucitación.

El proyecto se basó en los principios del aprendizaje significativo, transversal e integrador, enfocados en comprender el proceso por el cual las compresiones torácicas ininterrumpidas logran una circulación y perfusión cerebral continua, base en el éxito de la resucitación cardiopulmonar.

El grupo LOCOMAN construyó sus propios maniqués con materiales disponibles en casa, de bajo coste, como lo son: 1 bomba manual, 4 bridas, 1 cartón y 1 imagen del cerebro y otra del sistema circulatorio, obtenidas con una impresora.

RESULTADOS

El grupo LOCOMAN y el grupo de control lograron niveles aceptables de calidad de la RCP (57 % y 71 %, p = 0,004). Entre los alumnos de sexto grado, no hubo diferencias significativas en la calidad de la RCP entre LoCoMan (68 %) y control (71 %, p = 0,66). Sin embargo, en los alumnos de quinto grado, el grupo control logró una mejor profundidad en las compresiones torácicas, mientras que el grupo LoCoMan tenía una mejor ratio de descompresión torácica durante el masaje.

CONCLUSIONES

- La estrategia de “aprender construyendo y jugando”, utilizada en este estudio, puede ser una buena alternativa para la formación en RCP en los centros escolares, si no se dispone de maniqués comerciales.
- Estos maniqués de bajo coste permiten a los niños disponer de ellos incluso en domicilio, fomentando la práctica frecuente de la reanimación cardiopulmonar mediante el juego, una vez que hayan aprendido como hacerla bajo supervisión.

BIBLIOGRAFÍA

- Perkins GD, Gräsner JT, Semeraro F, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. Resuscitation. 2021;161:1-60. doi:10.1016/j.resuscitation.2021.02.003
- Cheng A, Magid DJ, Auerbach M, et al. Part 6: Resuscitation Education Science: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2020;142(16_suppl_2):S551-S579. doi:10.1161/CIR.0000000000000903

- Nakagawa NK, Oliveira KMG, Lockey A, et al. Effectiveness of the 40-Minute Handmade Manikin Program to Teach Hands-on Cardiopulmonary Resuscitation at School Communities. *Am J Cardiol.* 2021;139:126-130. doi:10.1016/j.amjcard.2020.09.032
- Rabanales-Sotos J, Guisado-Requena IM, Leiton-Espinoza ZE, et al. Development and Validation of a Novel Ultra-Compact and Cost-Effective Device for Basic Hands-On CPR Training: A Randomized, Sham-Controlled, Blinded Trial. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(22):15228. doi:10.3390/ijerph192215228

CO-24. LOS ESCOLARES DE 1º DE LA ESO APRENDEN SIMULANDO

Suárez Camacho R¹, Gómez Silva G², Navarro Gonzalo C¹, Fernández M³, Vázquez Álvarez S⁴, Castro Alonso L⁵, Seijas A⁵, Otero Agra M³, Izquierdo Vázquez V⁶, Ridríguez Núñez A⁷

¹*Pediatría y áreas específicas, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.* ²*Pediatría y áreas específicas., Grupo de Investigación SICRUS; Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela .* ³*Escuela de Enfermería de Pontevedra.* ⁴*Grupo de investigación REMOSS.* ⁵*Enfermería, Complejo Hospitalario de Pontevedra.* ⁶*Grupo Investigación SICRUS.* ⁷*Pediatría y áreas específicas, Grupo de Investigación SICRUS; Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela .*

OBJETIVOS

En caso de hallar a una víctima inconsciente o con bajo nivel de consciencia, pero con respiración normal, se recomienda colocarla en la Posición Lateral de Seguridad (PLS). Esta mantiene la permeabilidad de la vía aérea, pudiendo reducir la evolución a una posible parada cardiorrespiratoria. Su sencillez y su repercusión impulsan a incluirla en la enseñanza de los primeros auxilios a escolares. El objetivo de este trabajo fue evaluar los conocimientos adquiridos y las habilidades para colocar a una víctima en PLS de escolares de 12 a 13 años en un escenario simulado tras un periodo formativo en la escuela.

MÉTODOS

Estudio mixto formativo y cuasiexperimental con escolares de 12-13 años pertenecientes a cinco colegios concertados de las provincias de A Coruña y Pontevedra, durante febrero-abril del 2022. El estudio se dividió en 4 fases: 1ª formativa a los directivos del centro escolar y tutores legales del alumnado, 2ª formación a los profesores de educación física por parte del personal sanitario, 3ª formación en el colegio a los niños y 4ª la simulación en un escenario < 15 días tras la formación. Se estudian las variables: género, peso, altura, pasos recomendados en la colocación de las víctimas (tomar la decisión de colocarla en PLS, no tener dificultad para la movilización, colocar a la víctima en posición estable, colocarla en posición de recuperación recomendada, realizar maniobra frente mentón).

RESULTADOS

167 escolares, 56% chicas, mediana de altura 158cm, y de peso 50 kg. Un 83% de los participantes tomaron la decisión de colocar a la víctima en la posición lateral de seguridad y no tuvieron dificultades para girarla. Sin embargo, solo el 38% colocó a la víctima en una posición estable, un 25% colocó a la víctima siguiendo todos los pasos recomendados por la ERC Guidelines 2021 y un 15% realizaron bien la maniobra frente mentón.

CONCLUSIONES

- Tras un programa formativo, los escolares de 12 años han aprendido la importancia de la PLS, aunque la mayoría no alcanzaron los objetivos de calidad de la maniobra.

- La formación a escolares sería una adecuada estrategia para educar y enseñar la PLS a la población general, redefiniendo el programa a seguir haciendo especial énfasis en la maniobra frente mentón y en la posición estable de la víctima.

BIBLIOGRAFÍA

- Zideman DA, Singletary EM, Borra V, Cassan P, Cimpoesu CD, De Buck E, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: First aid. Resuscitation. 2021;161:270-90.
- Olasveengen TM, Semeraro F, Ristagno G, Castren M, Handley A, Kuzovlev A, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support. Resuscitation [Internet]. 2021;161:98-114. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009>

CO-25. PERCEPCIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR EN NEONATOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL ARQUITECTO MARCIDE DE FERROL.

Mouteira Vázquez M^{*1}, Rey Bouza M¹, Tizón Bouza E²

¹UCI PEDIÁTRICA, COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL. ²CONSULTAS EXTERNAS, COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL.

OBJETIVOS

Analizar la percepción del personal de enfermería en las unidades de Enfermería pediátrica sobre el manejo del dolor en neonatos. Así como, obtener información acerca de su nivel de conocimiento, actitud y práctica a la hora de tratarlo.

MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional transversal, desarrollado durante los meses de julio a septiembre de 2023, entre el personal de enfermería (enfermeras y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería [TCAE]) que trabajaba en los servicios de Uci Pediátrica, Neonatología y Tocología del hospital Arquitecto Marcide de Ferrol (N= 86; n= 61; $\alpha=0.05$; $d= \pm 3\%$).

La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario de elaboración propia enviado en formato electrónico utilizando la plataforma Google forms®. El cuestionario consta de un total de 36 ítems, separados en 4 apartados de estudio: características sociodemográficas y laborales, formación, evaluación y manejo del dolor en neonatos.

RESULTADOS

El perfil encuestado es una mujer (100%), enfermera (44.3%) con media de edad de 44.2 años (± 12.64), con pareja (75.4%), sin hijos (50.8%), con contrato temporal (60.6%), en turno rotatorio complejo (96.7%) y que trabaja en la unidad de tocología (42.6%). Que lleva una media de 16.9 años ejerciendo la profesión (± 11) y entre 1 y 5 años trabajando con neonatos (41.0%).

El 45.9% de las encuestadas coinciden en que no se realiza un buen manejo del dolor en la unidad donde trabajan. El 70.5% refiere no tener formación específica y el 49.2% desconoce la existencia de algún protocolo para el manejo del dolor neonatal en su servicio ($p = 0.013$).

Apenas el 37.7% de las participantes confirma que usa alguna escala para valorar el dolor. Los tratamientos no farmacológicos son los que se aplican con mayor frecuencia (75.4 %); medidas de control ambiental (80.3%), medidas posturales y/o táctiles (86.9%), medidas de distracción (85.2%), y dentro de las medidas endulzantes o nutritivas la sacarosa fue la más utilizada (98.4%), seguida por la lactancia materna (78.7%) y la succión no nutritiva (60.7%). El 63.9% de las participantes manifiesta no registrar ni la cantidad de sacarosa o LM que se le administra, ni si es preciso dosis de rescate, así como tampoco la efectividad de la medida tras su administración.

CONCLUSIONES

Destaca la amplia variabilidad de respuestas obtenidas sobre el manejo del dolor, la escasa formación específica relacionada con el control del dolor neonatal entre el personal, así como el limitado uso de escalas de valoración y registros de enfermería. Debemos plantearnos la necesidad de realizar un protocolo, estrategia y/o plan formativo asistencial oficial para conseguir mejorar su manejo.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Valdivieso I, Yáñez-Araque B, Moncunill-Martínez E, Bocos-Reglero MJ, Gómez-Cantarino S. Efecto de métodos no farmacológicos en la reducción del dolor neonatal: revisión sistemática y metanálisis. *Int J Environ Res Salud Pública* [Internet]. 2023;20(4):3226. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20043226>
2. Collados-Gómez L, Camacho-Vicente V, González-Villalba M, Sanz-Prades G, Bellón-Vaquerizo B. Percepción del personal de enfermería sobre el manejo del dolor en neonatos. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2018;29(1):41–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2017.08.003>
3. Espinosa Fernández MG, González-Pacheco N, Sánchez-Redondo MD, Cernada M, Martín A, Pérez-Muñuzuri A, et al. Sedoanalgesia en las unidades neonatales. *Un Pediatr (Barc)* [Internet]. 2021;95(2):126.e1-126.e11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.10.007>
4. Shiff I, Bucsea O, Pillai Riddell R. Vulnerabilidades psicosociales y neurobiológicas del lactante prematuro hospitalizado y estrategias relevantes de mitigación del dolor no farmacológico. *Pediatra Frontal* [Internet]. 2021;9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fped.2021.568755>
5. Carlsen Misic M, Andersen RD, Strand S, Eriksson M, Olsson E. Nurses' perception, knowledge, and use of neonatal pain assessment. *Paediatr Neonatal Pain* [Internet]. 2021;3(2):59–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/pne2.12050>

CO-26. ÁNYMO: MODELO INTEGRAL DE CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Rodeño Abelleira A^{*1}, Bouza ¹, Vázquez¹, Acciórodriguez M¹, Novo²

¹UCI ped, neonatal, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. ²Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

OBJETIVOS

En España, uno de cada diez bebés es prematuro, es decir, nace antes de la semana 37 de gestación, una estadística que no para de crecer debido al aumento de las fecundaciones "in vitro" y sus embarazos múltiples y a la maternidad tardía.

Se trata de recién nacidos frágiles, de bajo peso y que necesitan cuidados especiales.

OBJETIVO

Tener nuevas metas para lo que trabajar cada día, creyendo en la mejora continua de los cuidados neonatales

MÉTODOS

Estándares europeos del cuidado para la salud de los recién nacidos (European standards of care for Newborn Health)

Cuidados centrados en el desarrollo

RESULTADOS

Para desarrollar el modelo integral de cuidados se elabora una hoja de ruta con fichas para la formación de los padres siguiendo los 11 estándares europeos del cuidado para la salud de los recién nacidos. donde se contempla: La alimentación, el cuidado canguro, estrés y dolor, contacto,

manipulación y postura, cambio de pañal, prevención , depresión sensorial, seguridad, aseo, prevención de infecciones, neuro confort y pase de visita
Donde los padres sean el eje central de los cuidados, alcanzando la autonomía día a día

CONCLUSIONES

Uno de los mejores estándares es el Cuidado Canguro, que hará de hilo conductor para empoderar, capacitar y responsabilizar a los padres como cuidadores principales de sus hijos, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales y que puedan sentirse protagonistas de la recuperación de sus hijos

BIBLIOGRAFÍA

Guía práctica sobre el método canguro de la OMS.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43083/9243590359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Ministerio de Sanidad 2010.

<https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento>

Método madre/padre canguro de la Aeped.

<https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/metodo-madrepadre-canguro>

Estandares europeos de los cuidados al recién nacido

[www.ihan.es/publicados-los-estandares-europeos-de-atencion-para-la-salud-del -recién-nacido](http://www.ihan.es/publicados-los-estandares-europeos-de-atencion-para-la-salud-del-recién-nacido)

COMUNICACIONES PÓSTER

PANEL 1

P-01. FORTIFICACIÓN DE LA LECHE MATERNA PARA LA ALIMENTACIÓN DEL PREMATURO CON LA AYUDA DE LA APLICACIÓN ODIMET

López Pérez G^{*1}, Penedo González M², Yáñez López M², Márquez López M²

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

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro póster es mostrar cómo se suplementa en nuestra unidad de neonatología de un hospital de tercer nivel la leche materna y la de banco.

MÉTODOS

Para el análisis de la leche materna utilizamos el Milkoscan, que escanea mediante infrarrojos la leche que va a ser fortificada. Además, utilizamos la herramienta ODIMET; un aplicativo para el cálculo nutricional y dietético de enfermedades congénitas que nos permite individualizar cada fortificación para que la leche de cada prematuro sea única y específica para sus necesidades.

CONCLUSIONES

En conclusión, es indiscutible el papel fundamental de la leche humana en el pronóstico de los recién nacidos pretérmino de bajo peso. Grandes estudios avalan que reduce el riesgo de infección, de enterocolitis necrosante y favorece el neurodesarrollo. Está en nuestra mano como enfermeras pediátricas, conocer todos los beneficios que la lactancia aporta tanto a la madre como al hijo y conocer cómo y por qué es necesario suplementarla para actuar en consecuencia.

BIBLIOGRAFÍA

Rellan Rodríguez, S., & GarcíadeRiberayM. PazAragón Garcia., C. (s/f). El recién nacido prematuro. Aeped.es. Recuperado el 19 de septiembre de 2023, de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/8_1.pdf

Mena, P., Milad, M., Vernal, P., & Escalante, M. J. (2016). Nutrición intrahospitalaria del prematuro. Recomendaciones de la Rama de Neonatología de la Sociedad Chilena de Pediatría. Revista chilena de pediatría, 87(4), 305–321. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.03.007>

Bustos Lozano., G. (s/f). Alimentación enteral del recién nacido pretérmino. Aeped.es. Recuperado el 19 de septiembre de 2023, de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/7_1.pdf

Martínez, G. R., & Rodríguez, M. B. (s/f). Nutrición en el recién nacido de bajo peso. Aeped.es. Recuperado el 19 de septiembre de 2023, de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/35_rn_bajo_peso.pdf

ODIMET. (s/f). Odimet.es. Recuperado el 19 de septiembre de 2023, de <https://www.odimet.es/public/Inicio>

Nutrición enteral y parenteral. ¿Qué son y para qué sirven? (s/f). Aeped.es. Recuperado el 19 de septiembre de 2023, de <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/nutricion-ental-parenteral-que-son-para-que-sirven>

Mena, P., Milad, M., Vernal, P., & Escalante, M. J. (2016). Nutrición intrahospitalaria del prematuro. Recomendaciones de la Rama de Neonatología de la Sociedad Chilena de Pediatría. Revista chilena de pediatría, 87(4), 305–321. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.03.007>

Suárez Albo, M. (2019). Aporte enteral de proteínas en el recién nacido pretérmino. Influencia en el perfil de aminoácidos y crecimiento.

P-02. VENTANA TERAPÉUTICA PRENATAL EN CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO.

García González M*¹, Otero Pérez L¹, Crespo Suárez P², Espiño Lorenzo P², Martínez Lorenzo R², Martínez Fernández M², Couceiro Gianzo J³

¹Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ²Neonatología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ³Infectología pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El citomegalovirus (CMV) es el principal causante de infección congénita neonatal en países desarrollados y una de las causas más frecuentes de retraso psicomotor y sordera neurosensorial de causa infecciosa. Puede producirse tras primoinfección materna o por reactivación en pacientes previamente inmunes. No está recomendado el cribado serológico sistemático durante el embarazo. Se realiza cribado neonatal sistemático en hijos de madre VIH, prematuros y RN con bajo peso.

CASOS CLÍNICOS

Embarazo controlado, en ecografía de 21+2 semanas de edad gestacional (SEG) destaca intestino hiperecogénico por lo que se completa estudio de serologías: IgG CMV positivo con seroconversión IgM en 2º trimestre, diagnosticándose de reactivación/reinfección materna CMV. A las 27+4 SEG se realiza amniocentesis con diagnóstico de infección fetal por CMV al detectarse PCR positiva con >10.000.000 cp/ml de ADN de CMV en LA. Se amplía estudio de afectación fetal mediante ecografías seriadas, RM fetal (quistes connatales, no calcificación periventricular ni microcefalia) y estudio de sangre fetal (anemia fetal leve-moderada desde 32+6 SEG). Se inicia tratamiento con valaciclovir e IG-CMV. Nace a las 38+3 SEG con 2450g. Apgar 10/10. No microcefalia ni hepatoesplenomegalia. En 3º día se considera infección congénita sintomática con afectación neurológica por pleocitosis en LCR y quistes en ecografía cerebral iniciándose valganciclovir oral a 32mg/kg/día que se mantiene durante 6 meses sin incidencias. Control RM mostró quistes adyacentes al ángulo superolateral de ventrículos laterales (quistes connatales) y hemorragia de la matriz germinal grado I en surco caudotalámico izquierdo. Actualmente desarrollo psicomotor sin alteraciones y normoacusia bilateral, presenta maculopatía traccional ojo derecho con adecuada agudeza visual.

DISCUSIÓN

La infección neonatal por CMV aunque 10 veces más infrecuente que en las primoinfecciones maternas también puede ocurrir en gestantes previamente inmunes por reactivación o reinfección.

La gravedad es mayor en el primer y segundo trimestres y la posibilidad de transmisión es mayor en el tercer trimestre.

Doble terapia prenatal con valaciclovir e IG-CMV disminuye la carga viral fetal. El uso compasivo de IG-CMV ha logrado revertir alteraciones ecográficas fetales.

Valganciclovir oral permite prevenir el desarrollo de hipoacusia progresiva y afectación del SNC de manera ambulatoria.

Es necesario un seguimiento protocolizado en RN con infección por CMV pues el 15% de los inicialmente asintomáticos presentarán secuelas a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón Allen A, Baquero-Artigao F. Revisión y recomendaciones sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección posnatal por citomegalovirus. Grupo de estudio de la infección por citomegalovirus de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. AnPediatr (Barc). 2011;74(1):52.e1—52.e13

- Leruez-Ville M, Foulon I, Pass R, Ville Y. Cytomegalovirus infection during pregnancy: state of the science. Am J Obstet Gynecol. 2020 Sep;223(3):330-349. doi: 10.1016/j.ajog.2020.02.018.

P-03. MECONIORREXIS EN PRIMERAS HORAS DE VIDA, ¿ES TAN IMPORTANTE?

Oiz Urriza I*¹, Fernández Patiño R², Gómez Vieites C¹, Mandiá Rodríguez N², Picáns Leis ², López Suárez ², Durán Fernández-feijóo ², Pérez Muñuzuri ², Couce Pico ²

¹Pediatría, CHUS. ²Neonatología, CHUS.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La obstrucción intestinal es la urgencia abdominal más frecuente en el periodo neonatal. Dentro de sus causas, la enfermedad de Hirschprung (EH) afecta a 1/5000 recién nacidos, con predilección por varones (4:1). Se caracteriza por la ausencia de células ganglionares, produciendo una obstrucción intestinal funcional y dilatación anterógrada. La presencia de polihidramnios, distensión abdominal, vómitos o retraso de la meconiorrexis nos deben hacer sospechar, siendo la enterocolitis la complicación más grave y la causa más común de mortalidad en estos pacientes. La radiografía abdominal y el enema opaco son útiles para el diagnóstico, pero la confirmación se obtiene mediante biopsia rectal. El tratamiento consiste en enemas de limpieza o "nursing" hasta la extirpación del segmento afecto.

CASOS CLÍNICOS

Recién nacido a término, varón, sin antecedentes de interés salvo una amniorrexis prolongada, con analítica y hemocultivo normales. Inicialmente, presenta dificultades para el agarre y ausencia de deposición a las 36 horas de vida, por lo que se realiza estimulación rectal efectiva y es dado de alta.

En domicilio presenta rechazo de la ingesta, irritabilidad, ausencia de deposición y progresiva distensión abdominal. A las 72 horas de vida, marcada afectación del estado general con clínica, analítica y radiografía compatibles con obstrucción intestinal baja y enterocolitis secundaria. Se mantiene a dieta absoluta con estimulación rectal y triple antibioterapia y posteriormente, ante crecimiento de *Escherichia coli* K1 en hemocultivo y LCR, se mantiene antibioterapia con ampicilina y cefotaxima. Tras 48 horas de tratamiento se objetiva induración en teste derecho sugestivo de picele escrotal secundario, por lo que se amplía cobertura a meropenem hasta completar 21 días, con progresiva mejoría.

Se realiza un enema opaco que no puede descartar EH y una biopsia rectal que confirma el diagnóstico, con hiperplasia de fibras nerviosas y ausencia de células ganglionares. Actualmente, realiza deposiciones con estimulación en domicilio, pendiente de cirugía para exéresis del segmento afecto.

DISCUSIÓN

1. A pesar de ser infrecuente es importante cerciorarse de la meconiorrexis previo al alta de un neonato por las complicaciones que pueden derivarse de una obstrucción intestinal.
2. La enterocolitis secundaria a EH es la causa más común de mortalidad en estos pacientes, pudiendo producir perforación intestinal, sepsis, shock u otras complicaciones secundarias al cuadro infeccioso.
3. El pilar del tratamiento de la enterocolitis secundaria a EH es la reposición hidroelectrolítica, la descompresión del intestino y la antibioterapia. El tratamiento definitivo consiste en la extirpación del segmento afecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolos de la Sociedad Española de Neonatología 2023, Madrid-Grupo Pacífico-2023. Disponible en: <https://www.seneo.es/index.php/publicaciones/protocolos-de-la-seneo-2023>
2. BEATO NUNEZ J. Enfermedad de Hirschsprung. Rev Cubana Pediatr. 1951;23(8):449-72.

3. Lorente-Ros M, Andrés AM, Sánchez-Galán A, Amiñoso C, García S, Lapunzina P, et al. Nuevas mutaciones asociadas a la enfermedad de Hirschsprung. *An Pediatría* [Internet]. octubre de 2020; 93(4): 222-7. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403319304242>
4. Zuluaga Arbeláez, N., & Posada, S. (2022). Enfermedad de Hirschsprung, un enfoque práctico. *Pediatría*, 55(2), 91–97. <https://doi.org/10.14295/rp.v55i2.3125>
5. Garrido Flores, M.; Vera San Martín, M. Enterocolitis asociada a enfermedad de Hirschsprung. *Rev. Ped. Elec.* [Internet] 2010, 7 (2).

P-04. DISCINESIA CILIAR PRIMARIA COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL.

Rivas Vazquez M*¹, Formoso Leal L¹, Manso Gomez M¹, Suárez Sanmartín A¹, García Fernández E¹
¹*Pediatría, CHUF.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La dificultad respiratoria al nacimiento es una condición frecuente, con causas sobradamente conocidas en la mayoría de las ocasiones, pero no debemos olvidar que pueden existir patologías menos habituales implicadas que requieren un diagnóstico diferencial.

Presentamos un paciente que presenta en periodo neonatal, a las 24 horas de vida, dificultad respiratoria con tiraje subcostal, taquipnea y desaturaciones, así como abundantes secreciones en vías respiratorias altas, situación que no se resuelve tras medidas habituales, por lo que se decide ingreso para soporte respiratorio y vigilancia evolutiva.

CASOS CLÍNICOS

Durante su ingreso precisa CPAP nasal y presenta varios episodios de atelectasia y abundantes secreciones nasales y bronquiales, por lo que se decide completar estudios con determinación de mucopolisacáridos en orina y estudio genético de panel de distrés respiratorio y ciliopatías.

Presenta mejoría clínica, con persistencia de accesos de tos y secreciones respiratorias en menor cuantía.

Acude a sucesivos controles, con evolución favorable salvo clínica importante de reflujo gastroesofágico.

Estudio genético compatible con discinesia ciliar primaria, con 3 mutaciones en el gen DNAH11, una probablemente patogénica y dos de significado incierto con datos que indican posible patogenicidad. En la actualidad persiste buena situación clínica, aunque ha presentado infecciones respiratorias que han obligado a varios ciclos de antibioterapia.

Se remite el caso a centro de referencia, presentando estudio compatible con la sospecha, aportando evidencia a favor del valor diagnóstico de las mutaciones encontradas.

DISCUSIÓN

La presencia de distrés respiratorio sin causa aparente, en un recién nacido a término, nos debe hacer sospechar la presencia de discinesia ciliar primaria, especialmente cuando a ello se suma uso prolongado de oxígeno y atelectasias cambiantes. Otro factor a tener en cuenta es la existencia de situs inversus en el 50% de los casos y que no estaba presente en nuestro paciente.

A destacar la importancia de la confirmación del diagnóstico en un paciente con mutaciones no descritas previamente, un factor importante para mejorar el diagnóstico en el futuro de esta enfermedad.

P-05. HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA: DIAGNÓSTICO A TRAVÉS DE ECOGRAFÍA PULMONAR

García Gómez P^{*1}, Crespo Suárez P¹, Lorenzo¹, Adán¹, Pérez Muñuzuri A²

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.* ²*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hernia diafragmática congénita es un defecto simple del diafragma que permite el paso de los órganos abdominales al tórax. Ocurre más frecuentemente en la región posterolateral izquierda (hernia de Bochdalek). La incidencia es de 1:3000 recién nacidos y la mortalidad del 50%, principalmente por hipoplasia pulmonar e hipertensión pulmonar. Se presenta en el periodo neonatal con un cuadro de dificultad respiratoria, cianosis y en ocasiones abdomen excavado, aumento del diámetro de la pared torácica, hipofonosis del lado afectado y ápex cardíaco desplazado.

Generalmente el diagnóstico es prenatal (desde la semana 16-24), con hallazgos ecográficos de ocupación torácica por asas intestinales, desviación mediastínica o polihidramnios.

CASOS CLÍNICOS

Se presenta el caso de un neonato sin antecedentes obstétricos de interés (gestación controlada, serologías negativas, ecografías normales, amenorrea de 39+4 semanas, parto eutócico, Apgar 8/8), que inicia distrés respiratorio al nacimiento precisando CPAP (PEEP 5, FiO₂ 0.21) durante 30 minutos, con resolución posterior. A las 16 horas de vida se objetiva tiraje a 3 niveles, quejido, hipoxemia (SatO₂ 84%) e hipoventilación generalizada. Se inicia OAF en hospital comarcal, con mejoría clínica y normooxigenación, pero persistiendo taquipnea y tiraje. Se realiza analítica sin alteraciones salvo leve acidosis respiratoria en gasometría y se contacta con centro de referencia para traslado. Se traslada con CPAP (PEEP 5, FiO₂ 0.25) sin incidencias. A su llegada a hospital de 2º nivel presenta taquipnea y tiraje subcostal, con buen tono-color-perfusión. Se realiza ecografía pulmonar en la que se detecta mediastino desplazado hacia la derecha impidiendo la visualización del pulmón ipsilateral. Se completa estudio con radiografía de tórax, objetivando hernia diafragmática izquierda, por lo que se retira soporte respiratorio, se realiza intubación orotraqueal y se inicia ventilación mecánica invasiva. Hemodinámicamente estable en todo momento. Se traslada a hospital de 3º nivel y se realiza intervención quirúrgica al 3º día de vida sin incidencias.

DISCUSIÓN

La ecografía pulmonar es una herramienta útil en todo neonato con distrés respiratorio para detectar malformaciones o complicaciones. Es fácil de realizar, rápida, no irradia y aporta información relevante y dinámica.

En nuestro caso, con poca experiencia en ecografía pulmonar, nos sirvió de guía para sospechar una alteración anatómica, confirmándose el diagnóstico con la radiografía de tórax. En caso de no disponer de ecografía pulmonar no debe olvidarse la realización de radiografía aunque ello implique una radiación.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Sánchez P, Ruiz Domínguez JA. Hernia diafragmática congénita tardía: presentación de un caso. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2018;20:e75-e77.
2. Sobrero, H., De los Santos, J., Patiño, S., Sienna, C., Ormachea, M., Bottaro, S., Vezzano, V., Pose, G., Giannini, G., Borbonet, D., & Moraes, M. Asistencia del recién nacido con hernia diafragmática congénita. *Archivos De Pediatría Del Uruguay.* 2023; 94(1), e802.
3. Rojas Solano MJ, Badilla García J. Hernia diafragmática en pediatría. *Med. leg. Costa Rica [Internet].* 2019 [cited 2023 Oct 10]; 36(1): 101-109. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000100101&lng=en.

4. Oulego Erroz I, Pradillos Serna J, Ardela Díaz E. Diagnóstico de hernia diafragmática congénita de presentación tardía mediante ecografía a pie de cama. *An Pediatr.* 2021; 94:59-60.

Rodeño Fernández L, Gregorio Hernández R, Serna Guerediaga I. Utilidad de la ecografía pulmonar en el diagnóstico y seguimiento de la patología respiratoria neonatal. *An Pediatr.* 2022; 96:252.e1-252.e13

P-06. A PROPÓSITO DE UN CASO DE IMPÉTIGO NEONATAL

Suso Sánchez P^{*1}, Otero González A¹, Garcia Alvarez P¹, Fernández Trisac J², Pardo Vázquez J¹
¹PEDIATRÍA, Hospital Teresa Herrera. ²PEDIATRÍA, Hospital Teresa Herrera .

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El impétigo ampolloso es una infección cutánea causada por el *Staphylococcus Aureus* y es resultado de la acción de una toxina epidermolítica. Es una patología infrecuente en la época neonatal pero necesaria de incluir entre el diagnóstico diferencial de los exantemas presentes en la época neonatal.

CASOS CLÍNICOS

Neonato de 7 días de vida que es traído a nuestra Unidad de Urgencias por lesiones cutáneas en región frontal de 2 días de evolución, afebril, con buena ingesta de las tomas de lactancia materna a demanda y sin otra sintomatología asociada. Entre sus antecedentes perinatales destaca que es la primera gestación de una mujer de 21 años, sana con un embarazo controlado y sin incidencias, siendo un parto vaginal espontáneo en la semana

40+2 sin factores de riesgo infeccioso ni presencia de lesiones en el canal del parto.

En la exploración física se objetivan 4 lesiones frontales siendo 2 de ellas ampollosas con contenido amarillento. Ante la sospecha de impétigo se decide recogida de muestra de exudado de las lesiones para cultivo, donde se aísla *Staphylococcus Aureus* sensible a la oxacilina. Se pauta para domicilio antibioterapia oral con cloxacilina oral durante 15 días y control ambulatorio por su Pediatra de Atención Primaria.

Su pediatra realiza seguimiento a los 2 días de su visita a Urgencias con buena evolución, sin nuevas ampollas y a los 8 días del inicio de la antibioterapia con la práctica resolución de las lesiones.

DISCUSIÓN

Entre las infecciones cutáneas que pueden aparecer en época neonatal se encuentra el impétigo ampolloso. Es la forma de impétigo más comúnmente descrita en neonatos. Se caracteriza por ampollas superficiales que se rompen con facilidad, dejando una superficie eritematosa erosiva. Dichas lesiones predominan en la cara, alrededor de boca, nariz y extremidades.

El empleo de antibióticos sistémicos producen una curación más rápida y evitan la enfermedad supurada más profunda siendo importante establecer tratamiento antibiótico de manera temprana para evitar las posibles complicaciones sistémicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Los Ángeles M, Rego C, Morales Mesa E, Cando RB, Leyci O. Las infecciones de la piel y partes blandas en el recién nacido *Skin and soft tissue infections in the neonate* [Internet]. Sld.cu. [citado el 11 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v89n4/ped08417.pdf>
2. Moraga-Llop FA, Martínez-Roig A. Enfermedades bacterianas de la piel [Internet]. *Pediatríaintegral.es*. [citado el 11 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.pediatríaintegral.es/wp-content/uploads/2012/06/235-243-Enf.Bact_.pdf

P-07. LAZOS DE SANGRE

Otero Pérez L*¹, Martínez Lorenzo R¹, Espiño Lorenzo P¹, Martínez Fernández M¹, Crespo Suárez P¹
¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La transfusión feto-materna (TFM) consiste en el paso de eritrocitos fetales a la circulación materna. Etiología desconocida en más del 80% de casos. Amplio espectro clínico, que puede conllevar complicaciones graves incluyendo la muerte intraútero. El diagnóstico se confirma con test de Kleihauer-Betke que detecta hematíes fetales en sangre materna, positivo si > 0,1 %.

CASOS CLÍNICOS**Caso 1**

Embarazo monocorial biamniótico, 36 semanas. Ecografías: discordancia de 11% de pesos desde semana 25. Preeclampsia en 3º trimestre. Primer gemelo parto eutócico. Apgar 9/10. Segundo gemelo cesárea por no progresión. Nace hipotónico, bradicárdico y en apnea. Precisa intubación a los 10 minutos de vida por ausencia de esfuerzo respiratorio. Destaca palidez cutánea, hipoactividad y actitud en libro abierto. Apgar 2/3/3. Dada afectación neurológica se inicia hipotermia pasiva. Constantes normales. Hemoglobina 8.6 g/dL, acidosis grave, mixta con hiperlactacidemia (pH 6.87). Test Kleihauer 0.99%.

Caso 2

Embarazo controlado, a término. Ecografías y serologías normales. Cesárea urgente por sospecha desprendimiento placenta. Nace hipotónico, en apnea, frecuencia cardíaca >100 lpm. Precisa ventilación durante 1.5 minutos y posteriormente soporte respiratorio con CPAP con FiO₂ hasta 100%. Apgar 5/7/8. Destaca palidez marcada generalizada. Constantes normales. Hemoglobina 3.4 g/dL, reticulocitos 14%. Acidosis metabólica con hiperlactacidemia. Test Kleihauer 0.4%.

Caso 3

Neonato 4 días derivado desde hospital privado por anemia a estudio. Embarazo controlado, a término. Hipertensión arterial gestacional controlada. Serologías y ecografías normales. Cesárea programada. Apgar 9/10. Exploración: palidez generalizada y petequias (desde nacimiento). Constantes normales. Analítica: Hemoglobina 6.3 g/dL, plaquetas y leucocitos normales, PCR negativa, reticulocitos 16%. Despistaje infeccioso de anemia negativo, ecografías normales. Test Kleihauer 5.3%.

DISCUSIÓN

La anemia neonatal por TFM es una entidad poco frecuente e infradiagnosticada que conlleva una gran morbimortalidad y si no se tiene un alto índice de sospecha puede pasar desapercibida. Valorar estudio ante neonato con anemia de causa desconocida, no isoimmune, con índice reticulocitario elevado. Según tiempo de instauración y gravedad de la anemia el espectro clínico de presentación es muy variable. El diagnóstico de certeza se realiza con test de Kleihauer positivo. Un porcentaje elevado del test no implica mayor gravedad clínica. Es importante un diagnóstico precoz para poder aplicar un tratamiento que permita disminuir las complicaciones perinatales y mejorar el pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- Menéndez Hernando C, Chacón Aguilar R, Fariñas Salto M, Pérez Crespo R, et al. Anemia neonatal grave secundaria a transfusión feto-materna: a propósito de un caso. Arch Argent Pediatr 2019;117(2):e142-e146.
- Playforth K, Reynolds E, Solomonia N. Fetal-maternal hemorrhage: A case and literature review. AJP Rep [Internet]. 2011;02(01):007–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1296028>
- Yalcich J, Lambert A, Marfull C, Oyarzun E, Figueroa H, Yamamoto M, et al. Síndrome de Transfusión Feto-Materna. A propósito de dos casos. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2018;83(2):203–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000200203>

P-08. SÍNDROME DE WAARDENBURG. ¿QUÉ HAY DETRÁS DE UNA HIPOACUSIA CONGÉNITA?

Navarro Gonzalo C*¹, Suárez Camacho R¹, García Zuazola I², Penas Iglesias T², Marquès Bagur C², Fernandez Seara M², Carreira Sande N²

¹Pediatría y áreas específicas., CHUS. ²Pediatría y áreas específicas, CHUS.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome de Waardenburg (SW) es una enfermedad genética caracterizada por anomalías de la pigmentación y sordera neurosensorial precoz.

Se trata de una enfermedad rara con una incidencia de 1 / 30.000 personas que se transmite mediante herencia autosómica dominante con penetrancia incompleta y variabilidad intrafamiliar del fenotipo.

Las principales manifestaciones clínicas son sordera neurosensorial y anomalías en la pigmentación de los ojos, cabello y piel. Estas manifestaciones, junto con historia familiar sugestiva, son criterios mayores. Los criterios menores incluyen leucoderma congénita, raíz nasal ancha y alas nasales hipoplásicas.

Su diagnóstico clínico se establece en base a la asociación de al menos dos criterios clínicos mayores, o 1 mayor y 2 menores.

Presentamos el caso de una paciente cuyo diagnóstico final fue esta entidad tras presentar una alteración en el cribado auditivo neonatal.

CASOS CLÍNICOS

RN mujer a término, sin antecedentes perinatales de interés, que tras presentar alteración en el cribado auditivo neonatal, es remitida a ORL para realización de potenciales evocados auditivos confirmándose la presencia de hipoacusia neurosensorial bilateral.

Se revisan los antecedentes familiares, destacando que la madre presenta una hipoacusia neurosensorial bilateral que precisó de la colocación de implantes cocleares a los 9 años, además de un diagnóstico en la infancia de neuropatía sensitivo-motora de causa no aclarada. Se aprecia que presenta un mechón blanco central.

La paciente presenta un fenotipo peculiar. En la exploración física se observa heterocromía de iris, desplazamiento lateral del epicanto interno, nariz ancha, alas de nariz hipoplásicas, fosas nasales antevertidas y orejas de implantación bajas.

Con la sospecha de una hipoacusia neurosensorial genética y sindrómica, se solicita estudio genético que revela la presencia de una mutación en heterocigosis en el gen SOX10, variante patogénica que se ha descrito como causante del Síndrome de Waardenburg.

A raíz de este hallazgo, se solicita estudio de portadores a la madre, obteniendo una mutación patógena en el mismo Gen asumiendo que nuestra paciente ha heredado dicha mutación vía materna.

DISCUSIÓN

Ante un resultado alterado en el cribado auditivo neonatal, además de la confirmación mediante las exploraciones complementarias correspondientes, se debe realizar una búsqueda exhaustiva de la etiología mediante un despistaje genético y fenotípico del paciente y sus familiares.

La presencia de una hipoacusia neurosensorial bilateral asociada a anomalías pigmentarias a nivel del pelo e iris debe sugerirnos un Síndrome de Waardenburg.

El correcto neurodesarrollo de estos niños depende de la precocidad del diagnóstico y del inicio de la rehabilitación auditiva precoz.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Demirci GT, At?s G, Altunay IK. Waardenburg Syndrome type 1: A case report. *Dermatol Online J* [Internet]. 2011 Nov [cited: 2015 Ene];17(11):3.
2. Zaman A, Capper R, Baddoo W. Waardenburg Syndrome: More common than you think. *Clin Otolaryngol* [Internet]. 2015 Feb [cited: 2015 Ene]; 40(1):44-8.
3. Orphanet: Síndrome de Waardenburg. Orpha.net.

P-09. DETECCIÓN, ACTUACIÓN Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO PERINATAL

Penedo González M^{*1}, López Pérez G¹, Márquez López M², Yáñez López M³

¹EIR pediatría, Hospital Alvaro Cunqueiro. ²EIR Pediatría, Hospital Alvaro Cunqueiro. ³EIR Pediatría, Hospital Alvaro Cunqueiro .

OBJETIVOS

Dar a conocer el problema de salud pública que representa el maltrato perinatal, mostrando los diferentes indicadores de riesgo que nos ayudaran a realizar un diagnóstico precoz y así poder realizar una actuación y prevención adecuada.

MÉTODOS

A través de una revisión bibliográfica en los últimos años, consultando en bases de datos especializadas en Ciencias de la Salud como: Dialnet, PubMed, y Scielo. También revisando otras paginas especializadas en dicho tema. Se utilizaron como descriptores en Ciencias de la Salud: maltrato perinatal, maltrato prenatal, indicadores de riesgo, tóxicos y embarazo.

RESULTADOS

El maltrato perinatal constituye un problema de salud importante. No se conocen cifras exactas en nuestro país pero se intuye que solamente se detecta un pequeño porcentaje de los casos. Debido a esto, es importante conocer los indicadores de riesgo prenatales, del recién nacido y postnatales para realizar un diagnóstico precoz. Con estos indicadores podemos realizar un diagnóstico de sospecha y junto con la entrevista y las pruebas de laboratorio disponibles, como la muestra de meconio, confirmar el diagnóstico de maltrato perinatal. Existen varias teorías como la de la programación fetal y la restricción del crecimiento que confirman las consecuencias que se producen en el recién nacido tras sufrir un maltrato prenatal. Pero con las herramientas que tenemos a disposición como son las escalas podemos tratar los diferentes síndromes que pueden presentar.

CONCLUSIONES

Los menores son los seres humanos más débiles que necesitan de un mayor cuidado y protección tanto antes como después de su nacimiento. Por eso, es importante la prevención precoz del maltrato prenatal para ofrecer una adecuada protección del menor y evitar las repercusiones importantes que tienen sobre el feto. Para esto debemos dar una buena formación a los profesionales en cuanto a los indicadores de riesgo que se pueden detectar tanto en la embarazada como en el recién nacido, y así realizar una detección precoz y poder llevar a cabo las actividades preventivas por parte de los profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Abuso y Maltrato Infantil NO. Galicia - AMINO.Gal. (s/f). Amino. Recuperado el 1 de noviembre de 2022, de <https://www.aminogal.es>
- Cristina, I., Restrepo, R., Marín Valencia, K. T., Alejandro, D., & Sandoval, C. (s/f). Incidencia del maltrato prenatal en el desarrollo infantil: una revisión bibliográfica 1. Edu.co. Recuperado el 1 de noviembre de 2022, de <https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/5531/1/DDMEPCEPNA99.pdf>

García García, J., Campistol Mas, E., López-Vilchez, M. Á., Morcillo Buscato, M. J., & Mur Sierra, A. (2018). Análisis del maltrato prenatal en Cataluña entre los años 2011 y 2014. *Anales de pediatría* (Barcelona, Spain: 2003), 88(3), 150–159. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.04.011>

Mesa redonda de Neonatología. (s/f). Spaoyex.es. Recuperado el 1 de noviembre de 2022, de https://spaoyex.es/sites/default/files/vp_26_1_17.pdf

MÓDULO DE REFERENCIA PARA EL DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASOS DE MALTRATO INFANTIL. (s/f). Xunta.gal. Recuperado el 1 de noviembre de 2022, de https://politicassocial.xunta.gal/sites/w_polso/files/arquivos/programas/protocolo_contra_maltrato_infantil_1.pdf

Guía de saúde infantil: actividades preventivas e de promoción da saúde en pediatría de atención primaria.

Zapata Díaz Juan Pablo, Rendón Fonnegra Julián, Berrouet Mejia Marie Claire. Síndrome de abstinencia neonatal: revisión de tema. *Pediatr.* 2017;50(2):52-57.

Síndrome alcohólico fetal [Internet]. MayoClinic.org. 2018 [citado el 6 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/fetal-alcohol-syndrome/symptoms-causes/syc-20352901>

Los trastornos del espectro alcohólico fetal [Internet]. HealthyChildren.org. [citado el 6 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/chronic/Paginas/Fetal-Alcohol-Spectrum-Disorders.aspx>

Stanford Medicine Children's Health [Internet]. StanfordChildrens.org. [citado el 6 de noviembre de 2022]. Disponible en:

<https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=neonatalabstinencesyndrome-90-P05496>

Zapata Díaz JP, Rendón Fonnegra J, Berrouet MC. Síndrome de abstinencia neonatal. *Pediatría* [Internet]. 2017 [citado el 6 de noviembre de 2022];50(2). Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007313.ht>

Solís Sánchez G, Solís Sánchez JL, Díaz González T. Exposición prenatal a drogas y efectos en el neonato. *Trastor Adict* [Internet]. 2001;3(4):256–62. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1575-0973\(01\)78572-8](http://dx.doi.org/10.1016/s1575-0973(01)78572-8)

Finnegan LP, Connaughton JF Jr, Kron RE, Emich JP. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. *Addict Dis.* 1975; 2(1-2): 141-58.

Lipsitz PJ. A proposed narcotic withdrawal score for use with newborn infants. A pragmatic evaluation of its efficacy. *Clin Pediatr (Phila).* 1975; 14(6): 592-4

P-10. BLASTOMA PLEUROPULMONAR EN RECIÉN NACIDO COMO CAUSA DE HIDROPS FETAL Y DEPRESIÓN PERINATAL

Torrealea Gabiola G^{*1}, Rodríguez Ferreiro A¹, Escalona Canal M², Fernández Trisac J³, Taboada Perianes M³, Martínez Regueira S³, Fuentes Carballal J³, Sucasas Alonso A³, Pardo Vázquez J⁴

¹Médico Residente de Pediatría, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera de A Coruña. ²Médico Residente de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ³Neonatología, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera de A Coruña. ⁴Jefe de servicio del S de Pediatría, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera de A Coruña.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El blastoma pleuropulmonar es la neoplasia maligna pulmonar más frecuente de la infancia, siendo muy infrecuente en cuanto a las neoplasias pulmonares en general. Su diagnóstico intraútero es inusual y suelen ser tumores agresivos de la infancia temprana.

El siguiente caso trata de un neonato recién nacido pretérmino tardío de 36 semanas y 2 días de edad gestacional. Sin incidencias durante el embarazo, salvo por hallazgo de comunicación interventricular y polihidramnios leve, con un peso fetal estimado en el percentil 98 en control ecográfico de la semana 33 de gestación.

CASOS CLÍNICOS

Nace mediante cesárea urgente por sospecha de pérdida de bienestar fetal, presentando importante hidrops con ascitis a tensión y edemas generalizados, que condicionan una dificultad marcada para la ventilación, asociando bradicardia extrema. Se inician en paritorio maniobras de RCP avanzada mantenidas durante 45 minutos, administrándose múltiples dosis de adrenalina y atropina, realizándose paracentesis evacuadora in situ. APGAR al nacimiento de 0/0/3.

A su llegada a UCI-N se inicia hipotermia activa, soporte hemodinámico y respiratorio, así como antibioterapia empírica. Presenta exploración compatible encefalopatía grave y de sobrecarga hídrica con edemas generalizados, así como datos de fallo multiorgánico. Finalmente se realiza adecuación del esfuerzo terapéutico, falleciendo en las primeras 24 horas de vida. En los estudios de imagen presenta masa de 6 cm de diámetro que ocupa la práctica totalidad del hemitórax derecho y que condiciona el desplazamiento de estructuras mediastínicas. Se realiza necropsia con hallazgo de dicha masa 6 x 5.4 x 4 cm que ocupa la totalidad del hemitórax derecho, dependiente del lóbulo superior de pulmón ipsilateral, con estudio anatómico-patológico compatible con blastoma pleuropulmonar tipo I.

DISCUSIÓN

Hay menos de 500 casos de blastomas pleuropulmonares descritos en la literatura, similares al caso presentado, siendo neonatos con hidrops fetal, ascitis e insuficiencia respiratoria severa al nacimiento. Este tumor es un análogo del neuroblastoma, tumor de Wilms y del hepatoblastoma, y suelen ser tumores agresivos en la infancia temprana. A día de hoy no se ha definido un protocolo de tratamiento claro, siendo la cirugía agresiva la medida terapéutica más utilizada. La quimioterapia aislada es de poca utilidad y se suele asociar a la radioterapia. Aunque sea una patología infrecuente, ha de ser tenido en cuenta por su elevada morbilidad y mortalidad neonatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vu, N. D., Luan, N. T., Van, G. H., Loan, N. K., Thu, P. D. A., Tuan, H. X., & Duc, N. M. (2022). A rare case of pleuropulmonary blastoma detected in fetus. *Radiology Case Reports*, 17(9), 3251-3255. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2022.06.032>
2. Gupta, K., Vankalakunti, M., Das, A., & Marwaha, R. (2008). An autopsy report of a rare pediatric lung tumor: Pleuropulmonary blastoma. *Indian Journal of Pathology and Microbiology*, 51(2), 225. <https://doi.org/10.4103/0377-4929.41663>
3. Gbande, P., Abukeshek, T., Bensari, F., & El-Kamel, S. (2021). Pleuropulmonary blastoma, a rare entity in childhood. *BJR|case reports*, 7(4), 20200206. <https://doi.org/10.1259/bjrcr.20200206>
4. W. H. O. Classification WHO Classification of Tumours Editorial Board & W. H. O. Classification WHO Classification of Tumours Editorial Board. (2021). *Thoracic Tumours*.

COMUNICACIONES PÓSTER

PANEL 2

P-11. QUERION DE CELSO POR TRICHOPHYTON VERRUCOSUM COMO CAUSA DE ALOPECIA CICATRICAL

Manso Gómez M^{*1}, Formoso Leal L¹, Rivas Vázquez M¹, Suárez Sanmartín A¹, Sánchez Domínguez A¹, Monteagudo Sánchez B²

¹Pediatría, CHUF. ²Dermatología, CHUF.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Presentamos el caso de un niño de 22 meses con cuadro de 3 semanas de evolución de lesión costrosa en cuero cabelludo tras una excoriación con los bajos de un vehículo de una explotación ganadera.

CASOS CLÍNICOS

Tratado con amoxicilina clavulánico durante 10 días, ajustándose tratamiento a eritromicina y mupirocina tópica tras cultivo positivo para SARM, pero acudiendo al servicio de urgencias de nuestro centro por mala evolución y fiebre. A su llegada se objetiva lesión principal de 12-15 cm de diámetro en región coronal y parietal y varias lesiones satélites en zona occipital y temporal de 2-3 cm de diámetro, de aspecto muy inflamatorio, con pústulas abundantes y drenaje purulento y maloliente en espumadera, depilándose las zonas afectas con extrema facilidad a la tracción suave. Se decide ingreso para tratamiento antibiótico con clindamicina y, tras valoración por dermatología se asocia tratamiento tópico con ozenoxacino y Griseofulvina oral tras desbridamiento de las lesiones, asociándose posteriormente tratamiento corticoides para reducir la probabilidad y extensión de la alopecia cicatricial. Buena evolución, con desaparición del drenaje progresivamente y disminución de la inflamación, por lo que se decide alta.

Durante su ingreso presenta cultivo positivo para *Trichophyton verrucosum*, por lo que se completó tratamiento con griseofulvina oral durante 6 semanas, con repoblación actual del 80% de la zona afecta.

DISCUSIÓN

El contacto con animales ha condicionado a lo largo de la historia infecciones por patógenos propios de dichas especies, como es el caso de nuestro paciente, ya que *Trichophyton verrucosum* es uno de los uno de los tres dermatofitos zoonóticos más importantes y uno de los principales causantes de tiñas capitis inflamatorias a nivel mundial. Su origen es en muchas ocasiones el ganado bovino, como es en nuestro caso, ya que el ganado de la explotación de la familia había sufrido una dermatomycosis (rosas o rosetas bovinas) presumiblemente por el mismo agente.

P-12. TENGO FIBROSIS QUÍSTICA ¿NO PUEDO TOCAR EL AGUA?

Suárez Camacho R^{*1}, García Zuazola I², Carreira Sande N³, Martinón Torres N³, Crujeiras Martínez V³, García Magán C⁴, Pérez Feal P⁵, Leis Trabazo M³

¹*Pediatría y áreas específicas, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela* . ²*Pediatría y áreas específicas., Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela* . ³*Gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica , Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela* . ⁴*Alergia y neumología pediátrica, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela* . ⁵*Dermatología clínica , Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela* .

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La queratodermia acuagénica (QA) es una enfermedad dermatológica poco frecuente que se desencadena con la inmersión de las palmas de las manos y de las plantas de pies en el agua. Los cambios cutáneos asociados a esta entidad consisten en la aparición de pápulas blanquecinas con una depresión puntiforme central que pueden confluir formando placas edematosas. Aparecen a los segundos o minutos del contacto con el agua, dando lugar a un aspecto macerado de la piel. Afecta fundamentalmente a mujeres en la segunda década de la vida. Aproximadamente la mitad de los pacientes asocian otra sintomatología como prurito, dolor o quemazón. El diagnóstico es clínico y el tratamiento es sintomático, con tendencia a la remisión espontánea. Su aparición se ha asociado a la fibrosis quística (FQ), pues se postula que la hipertonicidad del sudor en estos pacientes podría conducir a un aumento de la ratio de difusión de agua en la piel palmar a través de las glándulas eccrinas.

CASOS CLÍNICOS

Niña de seis años afecta de fibrosis quística diagnosticada en cribado neonatal por presentar la mutación F508del/G542X en heterocigosis.

A los 4 años, durante una revisión rutinaria, refieren la presencia de cuarteamiento de las palmas y de las plantas, así como de lesiones papulosas y blanquecinas tras 5 minutos de contacto con el agua. Relatan que, si pasa mucho tiempo en inmersión, empieza a referir dolor. Las lesiones y el dolor desaparecen tras el secado. Aporta fotos en las que se aprecia la presencia de lesiones blanquecinas en palmas de ambas manos, así como acentuación de los dermatoglifos, aparecidas en contexto del baño.

Es remitida al Servicio de Dermatología donde es diagnosticada de queratodermia acuagénica y se le indica tratamiento sintomático tópico con cremas protectoras, sin presentar ninguna mejoría.

A los 6 años, se inicia tratamiento de su FQ con fármacos moduladores del regulador de conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) (ivacaftor-tezacaftor-elexacaftor). Tras unos meses de tratamiento, refieren desaparición de la dermatosis acuagénica.

DISCUSIÓN

La QA es una afección cutánea poco conocida, sin embargo, su asociación con entidades como la FQ está ampliamente descrita. Aunque se trate de una entidad benigna, puede alterar la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento sintomático no suele obtener resultados satisfactorios. Sin embargo, el uso de los nuevos fármacos moduladores del CFTR puede ser la respuesta para el tratamiento de esta patología en los pacientes con FQ.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aznar SL. Nota clínica. 2019;261-3.
2. Carbonell Pradas M, Grimalt Santacana R. [Translated article] Aquagenic Keratoderma: Treatment Update. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2022;113(3):T254-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.02.003>

P-13. PIEL, LIMÓN Y SOL, NO ES BUENA COMBINACIÓN.

Regueiro Pombo M*¹, Rubinos Galende L¹, González Fernández MC¹, Ruíz Márquez S¹, Dorribo Dorribo E¹, Antuña Fernández M², Vázquez López E¹

¹Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti. ²Pediatra de Atención Primaria, Área sanitaria de Lugo, A Mariña y Monforte de Lemos.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La fitofotodermatitis es una reacción cutánea inflamatoria sin base inmunológica que se produce tras el contacto con sustancias fotosensibles de determinadas plantas y la posterior exposición a luz solar. Las furocuraminas, y entre ellas los psoralenos, son los compuestos fototóxicos más frecuentemente implicados presentes fundamentalmente en las frutas cítricas destacando la lima o el limón.

Se presenta con un espectro de lesiones que incluyen eritema, edema o tumefacción (a menudo con un patrón lineal) y, en ocasiones, vesículas o ampollas que pueden simular una quemadura solar con posterior hiperpigmentación residual.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos el caso de una niña de 4 años y 6 meses de edad que acude al Servicio de Urgencias Pediátricas por lesiones cutáneas no pruriginosas de 6 días de evolución. Refiere localización inicial de las mismas en región bucal con posterior aparición de lesiones descamativas interdigitales de ambas manos acompañadas de lesiones lineales hiperpigmentadas que se extienden desde región distal de antebrazos de forma simétrica. Asocia máculas hiperpigmentadas en raíces de miembros inferiores que describen inicialmente como lesiones eritematosas con posterior aparición de vesículas. Su madre refiere clínica similar en raíz de miembros inferiores.

Antecedente de viaje a México durante 8 días (llegando 5 días antes de consultar en nuestro Servicio) en el que refieren estancia en zona con abundante vegetación, baños en ríos e ingesta de comida autóctona.

DISCUSIÓN

La fitofotodermatitis es una entidad poco frecuente en edad pediátrica, siendo un motivo excepcional de consulta en Atención Primaria.

La anamnesis es fundamental para el diagnóstico siendo frecuente la aparición de las lesiones unas horas después de la exposición al agente y con más frecuencia en los meses de mayor exposición solar.

La gravedad de la reacción cutánea depende del tipo y cantidad de sustancia fototóxica y de la dosis de irradiación ultravioleta recibida, fundamentalmente UVA.

Su diagnóstico es fundamentalmente clínico no siendo necesaria la realización de pruebas complementarias.

El tratamiento se basa en la suspensión del agente causal y el uso de fotoprotección, especialmente en las zonas afectadas. Es importante advertir al paciente de la posible persistencia de pigmentación residual durante varias semanas.

P-14. LA ESCLERODERMIA LOCALIZADA JUVENIL, UNA IMAGEN INUSUAL.Ruiz Márquez S*¹, Gallego Vázquez S¹, Vázquez López E¹¹*Pediatría y sus áreas específicas , Hospital Universitario Lucus Augusti.***INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

Los síndromes de esclerodermia juvenil son patologías autoinmunes multisistémicas. Existen dos tipos, la esclerodermia juvenil localizada (EJL) en la que predomina la afectación cutánea y la esclerosis sistémica, en la que el depósito excesivo de colágeno produce afectación de la piel y tejido subcutáneo. Del mismo modo, la EJL se clasifica en diferentes subgrupos siendo el más frecuente la esclerodermia lineal, seguida por la morfea circunscrita, la mixta y la generalizada. Sus principales manifestaciones extracutáneas son musculoesqueléticas, en forma de artritis y artralgias. El diagnóstico principalmente es clínico. No existen guías clínicas estandarizadas de tratamiento, optándose en los casos leves con datos de actividad por inicio de tratamiento tópico con corticoides, inhibidores de la calcineurina, imiquimod o luz ultravioleta, mientras que en los casos moderados-severos hay consenso sobre el uso de terapia combinada con corticoides orales y metotrexato de forma prolongada a fin de minimizar el riesgo de recaídas. El pronóstico suele ser bueno con remisión en 3-5 años, pero en un porcentaje variable persiste actividad a largo plazo.

CASOS CLÍNICOS

Niño de 10 años que acude a urgencias por lesión cutánea lineal a nivel de miembro inferior derecho. Refieren cambios en la coloración de la pierna derecha, molestias, sequedad, prurito y engrosamiento subcutáneo de un mes de evolución. Previamente habían consultado por dolor e hipersensibilidad a dicho nivel con sensación de tirantez. En la exploración física destacan induración, áreas de hipo e hiperpigmentación y xerosis, desde la rodilla hasta el pie. Asocia limitación en la flexión de rodilla derecha y del 1o y 2o dedo del pie. Se completa estudio con factor reumatoide (FR) positivo, y hemograma, bioquímica, análisis de orina, autoinmunidad, hormonas, proteínas, y valoración oftalmológica, sin hallazgos patológicos. Ante cuadro clínico compatible con EL subtipo morfea lineal, se inicia prednisona y metotrexate. Evolución clínica favorable con mejoría progresiva de las lesiones cutáneas y recuperación completa de la movilidad articular, por lo que se mantiene tratamiento con pauta descendente de corticoide y control evolutivo en consulta externa.

DISCUSIÓN

La EJL es una entidad a considerar como diagnóstico diferencial ante lesiones cutáneas induradas y con cambios en su coloración, teniendo en cuenta que su diagnóstico es clínico. El tratamiento eficaz prolongado es importante a fin de evitar complicaciones y secuelas tanto estéticas como funcionales. En este caso se presenta una EJL moderada-severa compatible con subtipo morfea lineal que presentó una evolución favorable tras inicio de tratamiento sistémico combinado con corticoides orales y metotrexato.

P-15. CASUÍSTICA DESCRIPTIVA DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

García Zuazola I^{*1}, Suárez Camacho R², Carreira Sande N¹, Martín Torres N¹, Crujeiras Martínez V¹, Leis Trabazo M¹

¹Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Servicio de Pediatría., Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

OBJETIVOS

La esofagitis eosinofílica (EEo) es una enfermedad emergente, crónica, inmunomediada, que causa disfunción esofágica como consecuencia de una inflamación eosinofílica. Es la causa más frecuente de disfagia en niños. Actualmente existen tres opciones terapéuticas: inhibidores de la bomba de protones (IBP), corticoides tópicos deglutidos y dietas de exclusión. Se desconoce la evolución a largo plazo de estos pacientes, así como la mejor opción de tratamiento de mantenimiento.

El objetivo de este estudio ha sido describir las características clínicas, analíticas y endoscópicas de los niños con esofagitis eosinofílica de nuestra área, así como evaluar la respuesta a los tratamientos empleados.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes con EEo en las Consultas de Gastroenterología Pediátrica de un hospital terciario desde enero de 2020 hasta septiembre de 2023.

RESULTADOS

Se incluyó a 20 pacientes, con discreto predominio de sexo femenino (55%). La edad promedio al diagnóstico fue de 7,7 años. El 50% tenía antecedentes de atopia, siendo el asma la afección más común. El 45% presentaba alergia alimentaria, siendo el huevo el alérgeno más frecuente (44%). El 90% de los pacientes presentaba síntomas compatibles con EEo, mientras que en tres casos fue un hallazgo endoscópico casual.

Los síntomas referidos fueron: RGE (24%), impactación alimentaria (17,5%), dolor epigástrico (17,5%), vómitos (17,5%), disfagia (17,5%) y dolor torácico (6%).

El 80% mostró eosinofilia periférica.

Los hallazgos macroscópicos más comunes en la endoscopia incluyeron exudados algodonosos y surcos longitudinales. En tres casos la endoscopia fue macroscópicamente normal pero la histología mostró >40 eosinófilos/campo.

El tratamiento inicial fue: IBP (55%), budesonida viscosa oral(BVO) (30%) y restricción alimentaria (15%). La tasa de remisión clínica y endoscópica después del primer tratamiento fue del 45%, siendo más exitosa con BVO (efectividad del 84%).

En la actualidad la mayoría de los pacientes está en tratamiento con BVO (55%), seguido de IBP (25%) y restricción alimentaria (5%). Un 15% se mantiene en el momento actual en remisión sin tratamiento.

CONCLUSIONES

Los casos diagnosticados de EEo están en aumento, probablemente por un mayor conocimiento de la entidad, lo que permite realizar una mejor caracterización de los cuadros clínicos. Los resultados obtenidos son similares a los publicados en otras series observándose una alta prevalencia de comorbilidad alérgica y de alergias alimentarias. La tasa de remisión es alta, destacando sobre todo la respuesta obtenida en los pacientes que reciben corticoides tópicos deglutidos (84%).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez Junquera C, Fernández Fernández S, Domínguez-Ortega G, Vila Miravet V, García Puig R, García Romero R et al. Recomendaciones para el diagnóstico y manejo práctico de la esofagitis eosinofílica pediátrica. *Anales de Pediatría*. 2020;92(6): 376.e1-376.e10.
2. Barni S, Arasi S, Mastroilli C, Pecoraro L, Giovannini M, Mori F et al. Pediatric eosinophilic esophagitis: a review for the clinician. *Italian Journal of Pediatrics*. 2021;47(1).

P-16. CLORODIARREA CONGÉNITA EN GALICIA EN LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS

García Zuazola I^{*1}, Carreira Sande N¹, Martín Torres N¹, Crujeiras Martínez V¹, Busto Cuiñas M², Fernández Caamaño B³, Cobelas Cobelas M³, Leis Trabazo M¹

¹Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario de Pontevedra. ³Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

OBJETIVOS

La clorodiarrea congénita es una causa infrecuente de diarrea crónica hipoclorémica, hiponatrémica e hipopotasémica, debida a una mutación en el gen SLC26A3 (HAR), que conlleva una alteración en el transportador de electrolitos en la membrana apical del enterocito. Debido a la baja casuística publicada, menos de 300 casos, falta suficiente evidencia acerca de la evolución de la enfermedad y posibles comorbilidades, aunque se ha descrito una mayor probabilidad de asociación con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). El objetivo de esta revisión ha sido describir la evolución y comorbilidades de los casos de clorodiarrea congénita en Galicia.

MÉTODOS

Estudio multicéntrico, observacional retrospectivo descriptivo, de los casos de clorodiarrea congénita diagnosticados en los últimos 25 años en Galicia, con especial referencia a su posible asociación con EII.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 4 casos en primeros meses de vida (rango: 0.5-9 meses), dos de los cuales desarrollaron una EII tipo Enfermedad de Crohn a los 8.5 y 6.5 años respectivamente. La edad actual de los pacientes es de 2, 12, 13 y 25 años. Todos ellos son varones, con polihidramnios antenatal y nacieron pretérmino (33-35 semanas). Uno de ellos se intervino en periodo neonatal por sospecha de obstrucción intestinal. Todos ellos presentaban diarrea líquida, desarrollaron alcalosis metabólica hipoclorémica, hiponatrémica e hipopotasémica y fallo de medro, y tenían cloro en heces elevado. Tras inicio de suplementación con cloruro sódico y potásico se corrigió la alcalosis metabólica y hubo recuperación nutricional. Durante los primeros años de vida ingresaron en múltiples ocasiones para fluidoterapia iv por descompensaciones hidroelectrolíticas en el contexto de infecciones. Todos consiguieron adecuada continencia fecal aunque mantuvieron deposiciones líquidas.

Al diagnóstico de la EII uno de los pacientes presentaba fiebre, dolor abdominal, queilitis y eritema nodoso. Tenía trombocitosis y PCR elevada, y en la colonoscopia, úlceras en colon izquierdo. El otro paciente debutó con rectorragias, PCR y calprotectina fecal elevadas, y tenía afectación ileocolónica. En ambos casos fue necesario cambiar de anti-TNF a ustekinumab para el control de la enfermedad de Crohn.

CONCLUSIONES

En nuestra serie de 4 pacientes con clorodiarrea congénita, el 50% asociaron una enfermedad inflamatoria intestinal tipo Enfermedad de Crohn de inicio precoz (6.5 y 8.5 años), en consonancia con las escasas series publicadas. Los dos pacientes mostraron fallo de respuesta a anti-TNF. Esto apoya la necesidad de tener un alto índice de sospecha para esta posible asociación, puesto que la diarrea crónica de estos pacientes podría favorecer la demora diagnóstica.

P-17. INCIDENCIA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN PERIODO PRE-PANDEMIA, PANDEMIA Y POST-PANDEMIA

Manso Gómez M^{*1}, Formoso Leal L¹, Rivas Vázquez M¹, Suárez Sanmartín A¹, Santos Tapia M¹

¹*Pediatría, CHUF.*

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es realizar un análisis epidemiológico en los últimos 5 años de algunas de las enfermedades autoinmunes más prevalentes en nuestra área sanitaria: enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca y diabetes tipo 1.

El objetivo secundario es conocer si tras el fin de las restricciones de la pandemia por SARS-CoV 2 se produjo un incremento en el número de pacientes con estas enfermedades

MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional que recoge datos epidemiológicos de los pacientes del Área Sanitaria de Ferrol menores de 15 años en el periodo 2018-2022. Diferenciamos entre periodo pre pandemia (2018-2019), pandemia (2020) y post pandemia (2021-2022).

RESULTADOS

El número total de pacientes estudiados es de 140 niños, siendo 108 de ellos celíacos, 18 diabéticos tipo 1 (DM1) y 14 con enfermedad inflamatoria intestinal (11 pacientes con enfermedad de Crohn y 3 con colitis ulcerosa).

La edad media de debut en la enfermedad celíaca es de 6 años, siendo 67% de ellos mujeres. No se aprecia un claro aumento de incidencia comparando los tres periodos estudiados.

La edad media de debut en diabéticos tipo 1 es de 9 años, siendo el 50% de ellas mujeres.

En el grupo pre pandémico existe una media de 1.5 debuts por año. Durante la pandemia se diagnosticaron 3 nuevos casos al año. En el periodo post pandémico debutaron de media 6 pacientes al año, destacando el año 2022 con el debut de 9 pacientes, suponiendo un 50% de los pacientes estudiados.

La edad media de debut de la enfermedad inflamatoria intestinal es de 11 años, siendo el 65% de ellos hombres. Se aprecia un claro aumento de incidencia en el periodo post pandémico, especialmente en el año 2022 con 9 debuts, un 64% del total.

En los grupos de DM1 y EII destaca un aumento en el número de debuts en otoño.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio descriptivo se constata un aumento de incidencia de dos de las enfermedades autoinmunes estudiadas, pudiendo estar relacionado con el fin de las restricciones tras la pandemia por SARS-CoV 2 y las implicaciones de dicho virus en el sistema inmunológico en esta población.

P-18. NO TODO ABDOMEN AGUDO ES APENDICITIS

Aneón García M¹, González Paz H¹, Junco Plana A¹, Díaz García C¹, Monner Romero M², Fernández Cebrián S³

¹Residente de Pediatría, CHUO. ²Pediatría Hospitalización, CHUO. ³Jefe de Servicio de Pediatría, CHUO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El divertículo de Meckel es la anomalía más frecuente del tracto gastrointestinal. Existe en un 2-3% de las personas, con una proporción varón-mujer de 3:1; es el resultado de una atresia incompleta del conducto onfalomesentérico que comunica el intestino con el saco vitelino embrionario. La mayoría de casos son asintomáticos y si aparecen síntomas, la clínica más frecuente es rectorragia indolora, debido a la presencia de mucosa gástrica o pancreática ectópica que se ulcera y sangra. Se debe descartar esta entidad en casos de anemia refractaria al tratamiento. Si aparece dolor abdominal puede ser agudo, por diverticulitis, o vago y recidivante. Puede haber también síntomas de peritonitis por perforación de una úlcera en el divertículo, o de obstrucción intestinal si se ha producido una invaginación o un vólvulo. La perforación del divertículo de Meckel por un cuerpo extraño es infrecuente y la clínica es indistinguible de otros cuadros de abdomen agudo.

CASOS CLÍNICOS

Escolar de 8 años que acude al servicio de urgencias por dolor de doce horas de evolución que inicia en región genital y se extiende al abdomen, asocia náuseas, sin fiebre ni otros síntomas asociados. A la exploración física leve afectación del estado general y abdomen doloroso a la palpación difusa, más intenso en fosa ilíaca derecha. Blumberg positivo. Testes en bolsa, reflejo cremasterico bilateral conservado, no dolor a la palpación. En analítica sanguínea leucocitosis con desviación izquierda y reactantes de fase aguda negativos, elemental/sedimento de orina sin alteraciones. Se realiza ecografía abdominal compatible con apendicitis aguda. Dados los resultados clínico analíticos, se decide laparoscopia exploradora y se evidencia divertículo de Meckel con salida de cuerpo extraño, espina de pescado, a nivel de la punta del divertículo. Se observan signos de peritonitis incipiente pero sin líquido libre, apéndice paracecal con signos inflamatorios por contiguidad. Se realiza diverticulectomía, retirada de cuerpo extraño y apendicectomía incidental. A las 72 horas de la intervención es dado de alta sin complicaciones.

DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel es la anomalía más frecuente del tracto gastrointestinal.

En la mayoría de pacientes el divertículo es un hallazgo incidental, si es sintomático suele presentarse con rectorragia indolora.

Una complicación de un divertículo de Meckel es fácilmente confundible con otras causas de abdomen agudo.

BIBLIOGRAFÍA

Coca Robinot D, Liébana de Rojas C, Aguirre Pascual E. Abdominal emergencies in pediatrics. Radiología. 2016 May;58 Suppl 2:80-91. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rx.2016.02.003. Epub 2016 Mar 31.

Robles Méndez Hernández A, Mora-Torres OA, Andrade Lopez H, Perez Castro Y Vazquez JA. Subacute Meckel's diverticulum perforation. BMJ Case Rep. 2021 Mar 29;14(3):e237840. doi: 10.1136/bcr-2020-237840.

Zani A, Eaton S, Rees CM et al. Incidentally detected. Meckel diverticulum: to resect or not to resect? Ann Surg 2008;247(2):276-81. Review

P-19. ANEMIA SEVERA: ¿EN QUÉ PENSAMOS?

Iglesias Aldea M^{*1}, Galán Cotelo L¹, Marquès Bagur C¹, Fernández Iglesias N¹, Penas Iglesias T¹, Dagraza Pérez M¹, Martínón Torres N¹, Rey García S¹, López Franco M¹, Trabazo Rodríguez S¹, Lojo Rodríguez M¹, Suárez Camacho R², García Zuazola I¹, Afonso Carrasco I¹, Gómez Vieites C¹, García Fontao C³, Dorado López P¹, Ortega Torres P¹, López Vázquez A¹

¹Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ², Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ³Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del aparato digestivo, que afecta al 2% de la población, predominantemente varones. Se debe a una atrofia incompleta del conducto onfalomesentérico en el embrión, que suele localizarse en el borde antimesentérico del íleon. Frecuentemente está recubierto por tejido ectópico, siendo el tejido gástrico el más común, hallazgo más frecuente en pacientes sintomáticos; siendo este un factor importante a la hora de decidir la necesidad de intervención quirúrgica.

Las manifestaciones clínicas suelen aparecer especialmente en menores de dos años y lo hacen en forma de hemorragia, obstrucción o inflamación con o sin perforación asociada. El diagnóstico se basa en la clínica y los hallazgos de la gammagrafía con tecnecio-99m. El tratamiento de elección es la diverticulectomía.

CASOS CLÍNICOS

Paciente de 2 años que consulta por cuadro catarral de una semana de evolución que, en las últimas 24 horas, asocia dolor abdominal y deposiciones con sangre; así como leve afectación del estado general, astenia y palidez cutáneomucosa marcada. Se realizó una analítica sanguínea objetivando una anemia microcítica grave (Hb de 4.5 g/dL), con un frotis sanguíneo y LDH normales. Se decidió ingreso en UCI, precisando transfusión de hematíes con posterior estabilización. Tras la realización de pruebas complementarias (ecografía abdominal, sangre oculta en heces y coprocultivo entre otros) y descartar otras posibles causas de anemia grave, se realizó una gammagrafía con tecnecio-99m que confirmó el diagnóstico. Se realizó valoración conjunta del paciente con el Servicio de Cirugía Pediátrica, procediendo a la resección y anastomosis asistida por laparoscopia sin incidencias.

DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel es una anomalía congénita frecuente en la población pediátrica. En menores de 2 años puede manifestarse como una hemorragia digestiva baja, que puede llegar a condicionar una anemia severa, por lo que hay que tener en cuenta esta entidad en el diagnóstico diferencial de las anemias en niños.

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección en los casos sintomáticos.

BIBLIOGRAFÍA

Fusco JC, Achey MA, Upperman JS. Meckel's diverticulum: Evaluation and management. *Seminars in Pediatric Surgery*. 2022 Feb;31(1):151142.

Ruíz-Celorio M, Higuera-de la Tijera F, Pérez-Torres E. El divertículo de Meckel. *Revista Médica del Hospital General de México [Internet]*. 2014 Apr 1;77(2):88–92. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-el-diverticulo-meckel-X0185106314366094>

Hansen CC, Søreide K. Systematic review of epidemiology, presentation, and management of Meckel's diverticulum in the 21st century. *Medicine*. 2018 Aug;97(35):e12154.

P-20. AGENESIA DE PÁNCREAS DORSAL. UN DIAGNÓSTICO INCIDENTAL EN UN PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL

Díaz Fernández F^{*1}, Ramil Méndez M¹, Pardo Cao A¹, García Martínez M¹, Solar Boga A², Moreno Álvarez A², Fernández González S², Pardo Vázquez J¹, Prado Carro A³

¹, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera, A Coruña. ²Gastroenterología Infantil, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera, A Coruña. ³, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera, A Coruña.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La agenesia de páncreas dorsal es una malformación congénita por alteración en el desarrollo embrionario de la evaginación dorsal del páncreas que origina la parte anterior de la cabeza, el cuerpo y la cola. Se trata de una patología poco frecuente, en los últimos 100 años se han publicado menos de 100 casos. A pesar de lo poco que se conoce, su presencia se ha relacionado con hiperglucemia, dolor abdominal, pancreatitis y cáncer de páncreas.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos el caso de una paciente de 12 años que acude a consultas externas de Gastroenterología Infantil derivada desde Atención Primaria por dolor abdominal. Describía el mismo como tipo cólico, de localización difusa sin predominio horario ni relación con la ingesta. Asociaba alteraciones del hábito intestinal presentando periodos en los que las deposiciones eran tipo 1 de Bristol cada 48 horas, seguidas de periodos en los que las deposiciones eran tipo 6, sin sangre ni moco ni datos subjetivos de esteatorrea. No presentaba otra clínica concomitante y la exploración física era anodina.

Entre los estudios complementarios realizados destacan: hematimetría sin alteraciones, bioquímica: urea 29 mg/dl, creatinina 0,51 mg/dl, sodio 141 mEq/L, potasio 4,2 mEq/L, proteínas totales 6,9 g/dl, AST 22 UI/L, ALT 17 UI/L, GGT 7 UI/L, amilasa 62 UI/L. Sangre oculta en heces negativa. Como estudios adicionales se realiza ecografía abdominal informada como: "Ausencia de visualización de cuerpo y cola de páncreas, sugestivo de agenesia del páncreas dorsal."

Ante dichos hallazgos se amplían estudios complementarios, estudio analítico en sangre y heces que no evidencian datos de insuficiencia pancreática exocrina ni endocrina y RMN abdominal que confirma dicha agenesia.

Durante estos meses la paciente no presentó hiperglucemia ni datos sugestivos de pancreatitis y la clínica de dolor abdominal se resolvió, normalizando el hábito con tratamiento con macrogol oral.

Actualmente se encuentra pendiente de valoración por endocrinología infantil para valorar ampliar estudio de metabolismo de glucosa y se ha solicitado una ecografía abdominal en sus familiares de primer grado con el objetivo de descartar asociación familiar.

DISCUSIÓN

A pesar de que la agenesia de páncreas dorsal es una entidad poco frecuente, debemos tenerla presente en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal. Ante un paciente con agenesia de páncreas dorsal debemos realizar estudios complementarios para valorar la repercusión clínica (hiperglucemia, pancreatitis), solicitar valoración por endocrinología infantil y estudio en familiares de primer grado para descartar asociación familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robert AP, Iqbal S, John M. Complete agenesia of the dorsal pancreas: A rare clinical entity. Int J Appl Basic Med Res. 2016;6(4):290-292. doi: 10.4103/2229-516X.192599
2. Mohapatra M, Mishra S, Dalai PC, Acharya SD, Nahak B, Ibrarullah M, et al. Imaging findings in agenesia of the dorsal pancreas. Report of three cases. JOP. 2012;13(1):108-114
3. Paredes S, Valenzuela R, Oporto F, Valdivia S. Dorsal pancreatic agenesia: Case report and topic review. Rev Medica Clin Las Condes. 2022;33(5):529–33.

COMUNICACIONES PÓSTER

PANEL 3

P-21. ESCLEROTERAPIA CON ETANOL Y POLIDOCANOL: ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN MALFORMACIONES VENOSAS PEDIÁTRICAS

Lema Carril A¹, Del Cerro Rodríguez D¹, González-pola S¹, Gómez Tellado M¹, Altamirano S*¹

¹Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las malformaciones vasculares más frecuentes son las malformaciones venosas. Estas lesiones congénitas de flujo lento están formadas por conductos cavernosos y pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, la mayoría de las veces en la piel y los tejidos blandos. En su mayoría son esporádicas y solitarias mientras que las multifocales son con mayor frecuencia hereditarias. Pueden observarse al nacer, la mayoría, o tornarse evidentes con el crecimiento del paciente. A la exploración se pueden apreciar como lesiones blandas, azuladas, compresibles que pueden expandirse con la posición. Esta patología puede llegar a tener un impacto importante en la vida del paciente desde lo estético hasta lo funcional con crisis de flebotrombosis, con dolor y tumefacción, o incluso fracturas y deformidades de miembros. Para su tratamiento se utilizó durante mucho tiempo la cirugía, con las complicaciones y limitaciones que intervenciones de este tipo traen aparejado. El objetivo de esta serie de casos es presentar las primeras experiencias con este modo de tratamiento novedoso en pediatría que busca darle solución de una forma menos invasiva y ambulatoria a esta patología a través de la escleroterapia con dos compuestos: etanol y etoxiesclerol.

CASOS CLÍNICOS

Se presentan 4 casos clínicos de pacientes con malformaciones venosas tratados en nuestro centro durante el período de febrero 2023 y agosto 2023. Estos pacientes fueron divididos en dos grupos para selección de la técnica más adecuada según la localización, el tamaño y la morfología de sus lesiones. El primer grupo, conformado por dos pacientes de 16 y 15 años fue intervenido con etanol bajo control con escopia intraoperatoria. Mientras que en el segundo grupo, conformado por dos pacientes de 12 y 9 años de edad, se realizó escleroterapia con polidocanol en espuma bajo control radiológico. El primer procedimiento en todos ellos se realizó con ingreso posterior para vigilancia estricta, y las subsiguientes esclerosis fueron realizadas de forma ambulatoria.

Los pacientes se siguieron por una media de 6.5 meses (2-8 meses) observándose curación parcial en dos de ellos y mejoría importante de la clínica en los dos restantes.

Los parámetros tenidos en cuenta para valorar la efectividad de las intervenciones han sido: disminución o desaparición de la clínica (dolor, incapacidad funcional, tumefacción), necesidad de ingreso posterior, satisfacción del paciente, disminución del tamaño de la lesión en la exploración y mediante ecografía y RM.

No se registraron complicaciones durante

DISCUSIÓN

La escleroterapia es una novedosa forma de tratamiento que intenta darle solución a una patología vascular frecuente, sin necesidad de ingreso y con la practicidad y ventajas que un tratamiento percutáneo implica frente a una cirugía abierta. Esta alentadora serie de casos es solo un punto de partida para una técnica que precisa de un mayor número de pacientes e intervenciones para alcanzar conclusiones definitivas.

BIBLIOGRAFÍA

Blaise, S., et al. "Treatment of low-flow vascular malformations by ultrasound-guided sclerotherapy with polidocanol foam: 24 cases and literature review." *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* 41.3 (2011): 412-417.

Gulsen, Fatih, et al. "Percutaneous sclerotherapy of peripheral venous malformations in pediatric patients." *Pediatric surgery international* 27 (2011): 1283-1287.

Hou, Fang, et al. "Percutaneous sclerotherapy with polidocanol under the guidance of ultrasound for venous malformations in children—A retrospective cohort study from a single tertiary medical center." *Medicine* 99.9 (2020).

Carreira, J. M. "Percutaneous treatment of peripheral vascular malformations with a mixture of polidocanol and CO (2). Initial experience." *Radiologia* 50.5 (2008): 424-429

Van der Linden, E., Otoide-Vree, M. & Pattynama, P.M.T. Percutaneous Treatment of Peripheral Vascular Malformations in Children: Long-Term Clinical Outcome. *Cardiovasc Intervent Radiol* 35, 316–324 (2012). <https://doi.org/10.1007/s00270-011-0170-6>

Gorriz, E., et al. "Intramuscular low flow vascular malformations: treatment by means of direct percutaneous embolization." *European journal of radiology* 27.2 (1998): 161-165.

Do YS, Yakes WF, Shin SW et al (2005) Ethanol embolization of arteriovenous malformations: interim results. *Radiology* 235:674–682

P-22. LARINGITIS PROLONGADA POR CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO

Ortega Torres P^{*1}, Méndez Gallart R², Rodríguez Barca P², García Palacios M², Miguez Fortes L², Bautista Casanovas A²

¹*Cirugía pediátrica, Hospital clínico universitario de Santiago.* ²*Cirugía pediátrica, Hospital Clínico Universitario de Santiago.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La ingesta de cuerpos extraños (CE) es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias pediátricas, especialmente en menores de 5 años. Casi todas las ingestas son accidentales y el esófago es el lugar más frecuente de impactación de CE. Las manifestaciones clínicas pueden ser digestivas o de tipo respiratorio.

CASOS CLÍNICOS

Paciente de 2 años y 8 meses que presenta desde hace 3 meses ruidos respiratorios tipo ronquera intermitente, disfagia a sólidos, vómitos, hiporexia con pérdida de 3 kg de peso y fiebre ocasional. Fue valorada por distintos médicos con diferentes diagnósticos (virosis, hipertrofia adenoidea...). Acude de nuevo a urgencias, donde presenta roncus dispersos bilaterales con hipofonesis en campos izquierdos. La RX de tórax muestra cuerpo extraño compatible con pila de botón en tercio superior del esófago, confirmándose en TC torácico, y objetivando ensanchamiento mediastínico medio y posterior de aspecto inflamatorio y osteolisis de cuerpos vertebrales T1-T4. Se practica endoscopia digestiva evidenciando pila de botón con necrosis coagulativa importante a 12 cm de arcada dental, empotrada en una úlcera de aproximadamente 2 cm de diámetro con comunicación a mediastino. Se logra desimpactar, movilizar a estómago y extraer con cestillo. Un mes después, una nueva endoscopia digestiva comprueba la integridad de la mucosa esofágica en toda su extensión, sin zonas de estenosis ni fístulas. La evolución fue favorable con buen estado general y local al alta, con controles clínicos, analíticos, radiológicos y endoscópicos con curación de la lesión esofágica.

DISCUSIÓN

La ingestión de pilas de botón es la forma más peligrosa de ingestión de CE en pediatría. La atención médica correcta de estos pacientes, es decisiva para su pronóstico. La evaluación debe comprender

una minuciosa historia clínica, exploración física, y enfoque multidisciplinario. El diagnóstico debe sospecharse ante pacientes con un cuadro de regurgitación, vómito, rechazo a la alimentación o síntomas respiratorios que no ceden. Un CE esofágico puede causar síntomas de las vías respiratorias, por lo que en los pacientes con patología respiratoria crónica la evaluación digestiva es obligada.

P-23. DOLOR ABDOMINAL: NO SIEMPRE APENDICITIS

Ortega Torres P^{*1}, García Palacios M¹, Ramallo Varela S¹, Méndez Gallart R¹, Rodríguez Barca P¹, Miguez Fortes L¹, Bautista Casanovas A¹

¹*Cirugía pediátrica, Hospital clínico universitario de Santiago.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El himen imperforado es la malformación obstructiva más frecuente de la vagina con una incidencia de 1 de cada 200 mujeres. Se debe al fallo de la canalización del seno urogenital. Se manifiesta clínicamente en la pubertad tardía con dolor pélvico cíclico asociado a la ausencia de menstruación y la distensión del himen que adquiere una pigmentación azulada en la exploración física. En ocasiones, en periodo neonatal puede manifestarse como una acumulación mucosa y masa tumoral abdominal.

CASOS CLÍNICOS

Niña de 13 años y 1 mes derivada por sospecha de apendicitis. No antecedentes personales de interés, no menarquia. Refiere dolor abdominal de 5 días de evolución, de inicio a nivel periumbilical, haciéndose continuo progresivamente y de manera difusa. No mejoría tras analgesia. No presentaba otra sintomatología acompañante. La ecografía abdominal muestra una marcada distensión de cavidad vaginal, con el contenido interior ecogénico sugestivo de hematocolpos. En la inspección perineal se observa una membrana gruesa, lisa y abultada en el introito, dolorosa al tacto, realizándose el diagnóstico de himen imperforado. Se realiza una himenotomía mediante incisión en cruz con evacuación del contenido menstrual retenido. Evolución postoperatoria favorable y sin incidencias.

DISCUSIÓN

El himen imperforado es la malformación más frecuente de la vagina, sin embargo, a menudo no se detecta en la exploración de la recién nacida. El diagnóstico es casual en el 90% de los casos de niñas menores de 10 años; en el caso de las adolescentes, se manifiesta con síntomas de dolor abdominal recurrente, presión abdominal, masa pélvica y amenorrea primaria en el 100% de los casos. Una correcta anamnesis, exploración física y una ecografía abdominal son suficientes para el diagnóstico. En la mayoría de los casos, el himen imperforado es un hallazgo aislado y no precisa ampliar estudios diagnósticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Holcomb G, Murphy J, St. Peter S. Holcomb y Ashcraft. Cirugía pediátrica, 7.^a ed. ©2021 Elsevier España.
2. Salvat J, Slamani L. Hématocolpos [Hematocolpos]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1998 Jun;27(4):396-402. French. PMID: 9690158.
3. Marino G, Alfieri N, Tessitore IV, Barba M, Manodoro S, Frigerio M. Hematocolpos due to imperforate hymen: a case report and literature systematic review. Int Urogynecol J. 2023 Feb;34(2):357-369. doi: 10.1007/s00192-022-05270-x. Epub 2022 Jun 17. PMID: 35713674.
4. González Bosquet, E. González-Merlo. Ginecología. Chapter: 14 Enfermedades benignas de la vagina. Elsevier. 2020

P-24. SANGRADO UROGENITAL DE ORIGEN INFRECUENTE

Ortega Torres P^{*1}, García Palacios M¹, Rodríguez Barca P¹, Méndez Gallart R¹, Miguez Fortes L¹, Blanco Portals C¹, Bautista Casanovas A¹

¹*Cirugía Pediátrica, Hospital Clínico Universitario de Santiago.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El prolapso uretral es una entidad poco habitual en nuestro medio. Se presenta con más frecuencia en niñas con una edad media de 5 años y en la raza africana. La clínica se caracteriza por disuria, escaso sangrado genital (“spotting”) y un anillo concéntrico protuberante de color púrpura de tejido uretral prolapsado en el meato.

CASOS CLÍNICOS

Niña de 22 meses de origen subsahariano que consulta por sangrado genital, no refiere incontinencia ni otra clínica acompañante. En la exploración física: genitales femeninos normoconfigurados, no clitoromegalia ni signos de virilización, no telarquia, ano bien posicionado y destaca una pequeña protrusión mucosa edematosa circunferencial con meato urinario central (comprobado mediante sondaje) con restos sanguinolentos diagnosticándose de prolapso uretral. Tras recibir tratamiento tópico con estradiol presentó mejoría clínica con disminución de los episodios de sangrado y prolapso intermitente.

DISCUSIÓN

El prolapso uretral es una entidad anecdótica en nuestro medio. Ocurre con mayor frecuencia en niñas negras prepúberes y en mujeres blancas posmenopáusicas. Su etiopatogenia no está clara y se han planteado diferentes causas como hipoestrogenismo, conexiones anormales entre las capas musculares de la uretra distal, y aumentos episódicos de la presión intraabdominal. La presentación clínica más frecuente es el sangrado de la mucosa que se encuentra edematosa y friable, con spotting. Generalmente implica una eversión circunferencial completa de la mucosa uretral al nivel del meato que se observa como una masa en forma de rosquilla con el meato uretral en el centro. El tratamiento puede ser conservador, médico con corticosteroides tópicos y estrógenos o bien quirúrgico. Al ser poco frecuente puede estar infradiagnosticada, por lo que se debe realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras causas de sangrado genital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Holcomb G, Murphy J, St. Peter S, Holcomb y Ashcraft. Cirugía pediátrica, 7.^a ed. ©2021 Elsevier España. 2. Anveden-Hertzberg L, Gauderer MW, Elder JS. Urethral prolapse: an often misdiagnosed cause of urogenital bleeding in girls. *Pediatr Emerg Care.* 1995 Aug;11(4):212-4. doi: 10.1097/00006565-199508000-00004. PMID: 8532563. 3. Kaefer M. Management of Abnormalities of the Genitalia in Girls. *Campbell-Walsh-Wein Urology*, 47, 973-989.e3. Twelfth Edition. Copyright © 2021 by Elsevier, Inc. 4. Fernandes ET, Dekermacher S, Sabadin MA, Vaz F. Urethral prolapse in children. *Urology.* 1993 Mar;41(3):240-2. doi: 10.1016/0090-4295(93)90565-r. PMID: 8442306.

P-25. EL SECRETO DE SKENE. A PROPÓSITO DE UN QUISTE

Varela Alonso D*¹, Rubinos Galende L¹, Alonso Gago P¹, Vázquez López E¹, Amil Pena T¹
¹, *Hospital Universitario Lucus Augusti.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El quiste del conducto de Skene es una anomalía congénita neonatal descrita en pacientes de sexo femenino. Se trata de un aumento del volumen ovoideo de una glándula de Skene. Tiene una incidencia aproximada de uno de cada 2000-3000 recién nacidos. Si bien su etiología es desconocida, los últimos estudios sugieren como factor causal la estimulación hormonal materna, que provoca una secreción glandular y la formación de quistes, los cuales suelen ir desapareciendo durante el periodo neonatal. Entre su diagnóstico diferencial se incluyen el himen imperforado, el quiste del conducto de Gartner y el prolapso uretral.

CASOS CLÍNICOS

Recién nacido a término de peso adecuado para edad gestacional y sin antecedentes obstétricos de interés que presenta lesión quística amarillenta de aproximadamente 0.5 cm de diámetro localizada en introito vaginal, sin otros hallazgos. Presenta diuresis espontánea. Se comprueba permeabilidad vaginal y uretral mediante sondaje. Ante la benignidad de los hallazgos se decide alta a domicilio con control evolutivo, y se realiza interconsulta al servicio de cirugía infantil para valoración.

DISCUSIÓN

Los quistes de Skene son benignos y su diagnóstico es clínico, siendo suficiente una minuciosa exploración física. Es importante descartar obstrucción urinaria ya que sería indicación de intervención quirúrgica urgente. La mayoría de los quistes regresan de forma espontánea, aunque si no se resuelven en los primeros meses de vida, se debe drenar el mismo bajo anestesia local. En casos recurrentes puede ser necesaria la exéresis completa.

P-26. PACIENTE CON HEMATEMESIS Y ANEMIA GRAVE: NO SIEMPRE HEMORRAGIA DIGESTIVA PRESENTACIÓN CLÍNICA DE UNA HERNIA DIAFRAGMÁTICA FUERA DEL PERÍODO NEONATAL HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA POR DESLIZAMIENTO COMO CAUSA DE ANEMIA MICROCÍTICA HIPOCRÓMICA EN PREESCOLARES

Galán Coteló L*¹, Ortega Torres P², Iglesias Aldea M³, Dagraza Perez M³, Penas Iglesias T³, Marquès Bagus C⁴, Fernández Iglesias N³, Rey García S³, Lopez Franco M³, Lojo Rodriguez M³, Carreira Sande N³, Busto Cuiña M⁵, Afonso Carrasco I³, Garcia Fontao C³, Gomez Vieites C³, Suarez Camacho R³, García Zuazola I³, Dorado Lopez P³, Bautista Casasnovas A³, Trabazo Rodriguez S³

¹*Pediatría, CHUS.* ²*Cirugía pediátrica, Chus.* ³*Pediatría, Chus.* ⁴*Pediatría, chus.* ⁵*Pediatría, Montecelo.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hernia diafragmática congénita consiste en el deslizamiento de las vísceras abdominales hacia el tórax debido a una debilidad en el tejido diafragmático. Su incidencia es de 1 de cada 3000 nacidos vivos. El diagnóstico de esta entidad se realiza de forma precoz gracias al screening ecográfico prenatal. Su principal manifestación continúa siendo la dificultad respiratoria en periodo neonatal. En periodos posteriores, las manifestaciones clínicas suelen ser síntomas respiratorios y digestivos, especialmente en el primer y segundo año de vida. La anemia no suele ser un hallazgo habitual. Se presenta el caso de un paciente preescolar cuyo cuadro de presentación de esta entidad fue la presencia de vómitos y anemia grave.

CASOS CLÍNICOS

Paciente varón de 2 años y 5 meses, sin antecedentes personales de interés, derivado para realización de endoscopia digestiva alta tras presentar un cuadro de 15 días de evolución de vómitos oscuros y presencia de anemia grave (hemoglobina de 5,9 mg/dL). En la exploración física destaca la palidez cutánea y un soplo sistólico II/IV en borde esternal izquierdo. Precisó transfusión sanguínea de hematíes tras lo cual se mantuvo estable clínicamente.

Ante la sospecha de hemorragia digestiva como primera hipótesis diagnóstica se decide la realización de pruebas complementarias dirigidas (sangre oculta en heces, ecografía abdominal, endoscopia digestiva alta y gammagrafía con pertecnectato de tecnecio 99) observándose como único hallazgo una localización anómala del estómago y evidenciándose en la gammagrafía la captación de mucosa gástrica en región torácica inferior. Se decide completar estudio con la realización de tránsito gastrointestinal, en la que se confirma la presencia de una hernia diafragmática congénita con estómago herniado hacia tórax en su mayor parte. Se programa intervención quirúrgica por parte del Servicio de Cirugía Pediátrica, que se realiza sin incidencias presentando el paciente buena evolución posterior.

DISCUSIÓN

La presencia de síntomas digestivos y anemia grave en el paciente pediátrico obliga a un despistaje amplio de posibles etiologías. En el caso de este paciente, el diagnóstico final de hernia diafragmática resulta llamativo tanto por la edad de presentación de los síntomas como por las manifestaciones clínicas referidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Glader B. Las anemias. En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, ed. Nelson. Tratado de Pediatría. 18ª edición, Barcelona. Elsevier España; 2009. p. 2003-6.
2. Elhalaby EA, Abo Sikeena MH. Delayed presentation of congenital diaphragmatic hernia. *Pediatr Surg Int.* 2002 Sep;18(5-6):480-5. Newman BM, Afshani E, Karp MP, Jewett TC Jr, Cooney DR. Presentation of congenital diaphragmatic hernia past the neonatal period. *Arch Surg.* 1986 Jul;121(7):813-6.
3. Salas GL, Otaño JC, Canizzaro CM, Mazzucchelli MT, Goldsmit GS. Congenital diaphragmatic hernia: postnatal predictors of mortality. *Arch Argent Pediatr.* 2020 Jun;118(3):173-179.
4. Jiménez Muñoz M, Benítez Gómez IL. Congenital mixed giant hiatal hernia in a four-month-old infant. *Cir Pediatr.* 2020 Jan 20;33(1):47-50.

P-27. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DE ORIGEN INUSUAL

Ortega Torres P*¹, Rodríguez Barca P¹, García Palacios M¹, Méndez Gallart R¹, Míguez Fortes L¹, Blanco Portals C¹, Bautista Casanovas A¹

¹*Cirugía pediátrica, Hospital clínico universitario santiago.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La obstrucción intestinal en la infancia puede ser de tipo funcional o mecánico. Clínicamente se manifiestan por dolor abdominal, vómitos, estreñimiento y distensión abdominal. Presentamos un caso de obstrucción intestinal mecánica de origen inusual.

CASOS CLÍNICOS

Varón de 14 años y 10 meses, con Sd. Gilbert, TDAH, TEA y estreñimiento crónico (dolico megasigma). Acude por dolor abdominal, encopresis, enuresis y vómitos de una semana de evolución. En la exploración física destaca: mal estado general, deshidratación, tinte icterico, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, con ampolla rectal vacía en el tacto rectal. La Rx simple presenta niveles hidroaéreos con abundante contenido fecal en rectosigma, sugestivo de cuadro

suboclusivo, y se objetiva un cuerpo extraño (CE) puntiforme radiopaco, de 0.6cm a nivel de íleon terminal. En las rx de control posteriores el CE metálico permanece fijo, proyectado sobre el flanco izquierdo presumiblemente en el intestino delgado. Se inició tratamiento conservador con SNG, dieta absoluta, antibioterapia, y enemas. Ante la falta de respuesta, se reevalúa clínica y radiológicamente, y ante la sospecha de obstrucción por cuerpo extraño, se decide exploración quirúrgica, hallando un bolígrafo tipo "bic" perforando intestino medio (yeyuno distal) y adherencias en colon descendente, íleon y pared en fosa ilíaca izquierda. Se practicó su extracción, resección yeyunal con anastomosis terminoterminal y reparación de lesiones en íleon y colon descendente. La evolución fue favorable y sin complicaciones.

DISCUSIÓN

Existe un grupo de mayor riesgo para la ingestión accidental de cuerpos extraños: niños, pacientes con discapacidad intelectual y cognitiva, entre otros. El intestino delgado es el punto de obstrucción en el 60-80% de los casos. La sintomatología es variable, desde dolor abdominal anodino, obstrucción intestinal por impactación del cuerpo extraño, o abdomen quirúrgico por la perforación de una víscera hueca. Las complicaciones pueden ser: perforación intestinal, peritonitis, absceso, fístula, obstrucción intestinal, hemorragia digestiva e intoxicación. Es frecuente que los pacientes no recuerden o no refieran la ingestión, por lo que es importante tener un elevado índice de sospecha clínica y realizar una evaluación metódica de las pruebas de imagen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Holcomb G, Murphy J, St. Peter S. Holcomb y Ashcraft. Cirugía pediátrica, 7.ª ed. ©2021 Elsevier España.
2. Conan W, Turnage R. Obstrucción intestinal. Sleisenger y Fordtran. Enfermedades digestivas y hepáticas, 123, 2021-2038. 11.ª Edición. Copyright © 2022 Elsevier España.
3. Crain MA, Lakhani DA, Kuhnlein R, Balar AB, Neptune S, Parrish D, Shorter N, Adelanwa A, Nguyen TP, Hailemichael E. Small bowel obstruction from hollow foreign body ingestion: A case report and brief review of literature. Radiol Case Rep. 2021 Apr 30;16(7):1628-1632. doi: 10.1016/j.radcr.2021.04.025. PMID: 33995754; PMCID: PMC8105595.

P-28. LACTOBEZOAR NEONATAL: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Ortega Torres P*¹, Rodríguez Barca P¹, García Palacios M¹, Méndez Gallart R¹, Miguez Fortes L¹, Blanco Portals C¹, Bautista Casanovas A¹

¹Cirugía Pediátrica, Hospital Clínico Universitario de Santiago.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El lacto bezoar es una entidad bien conocida aunque relativamente rara, más frecuente en neonatos con bajo peso al nacer o con patología neonatal. Suele presentarse en las primeras semanas de vida, con incidencia máxima en las tres primeras semanas de edad. En recién nacidos ingresados o con patología grave, se presenta más tardíamente, requiriendo una vigilancia continuada. Presentamos dos casos característicos de lacto bezoar: con presentación temprana y tardía

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: prematuro varón de 30 semanas, de 18 días de vida, recibiendo alimentación enteral con leche materna y fortificada, inicia clínica de distensión abdominal sin mejoría tras estimulación rectal. Inicia dieta absoluta, nutrición parenteral y antibioterapia empírica por sospecha de enteritis aguda. Análiticamente destaca leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda, las pruebas de imagen son compatibles con obstrucción intestinal. Ante el empeoramiento de la distensión abdominal, abdomen doloroso, circulación colateral y datos radiográficos de asas fijas, se decide intervención quirúrgica objetivando oclusión intestinal yeyunoileal por lacto bezoar, practicándose resección y

anastomosis intestinal. La evolución postoperatoria fue favorable, con buen estado general y correcta tolerancia oral al alta.

Caso 2: niña prematura de 30+2 semanas intervenida al 2º día de atresia de esófago con fístula traqueoesofágica distal. Se aumenta progresivamente el aporte enteral con disminución simultánea de la alimentación parenteral, hasta alcanzar alimentación enteral exclusiva a los 17 días de vida. Presentó episodio de enterocolitis necrotizante solucionado con medidas conservadoras, reintroduciendo gradualmente la alimentación enteral. Por cuadro compatible con reflujo gastroesofágico recibe tratamiento con domperidona, amalgato y omeprazol. A los dos meses de vida presenta episodio de inestabilidad hemodinámica, distensión abdominal y radiografía abdominal compatible con obstrucción/pseudoobstrucción intestinal. Se realiza laparotomía observando lactobezoar a nivel distal del íleon y la válvula ileocecal, practicándose enterostomía, aspirado y lavado intestinal, sin resección. La evolución posoperatoria fue favorable siendo alta a los 3 meses de vida.

DISCUSIÓN

El lactobezoar es una causa rara de obstrucción intestinal neonatal. Su etiología es incierta, sin embargo, la prematuridad, el bajo peso al nacer, las fórmulas espesas enriquecidas con grasa, caseína y calcio, la adición de fortificantes, medicamentos orales, los métodos de alimentación rápida y la hipomotilidad gástrica/intestinal son factores de riesgo. Hay varias presentaciones clínicas como inestabilidad hemodinámica, emesis, distensión abdominal, diarrea, masas abdominales y sepsis. El manejo temprano agresivo con nutrición parenteral y la interrupción de la alimentación enteral es muy efectivo. El tratamiento quirúrgico se reserva para casos donde fracasa el tratamiento médico o se asocia perforación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Holcomb G, Murphy J, St. Peter S, Holcomb y Ashcraft. Cirugía pediátrica, 7.ª ed. ©2021 Elsevier España. 2. Dingeldein M. Selected Gastrointestinal Anomalies in the Neonate .Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine. Eleventh Edition. Copyright © 2020 by Elsevier. 3.Heinz-Erian P, Gassner I, Klein-Franke A, Jud V, Trawoeger R, Niederwanger C, Mueller T, Meister B, Scholl-Buergi S. Gastric lactobezoar - a rare disorder? Orphanet J Rare Dis. 2012 Jan 4;7:3. doi: 10.1186/1750-1172-7-3. PMID: 22216886; PMCID: PMC3307440. 4.Elkhoul M, Aleali F, Alzamrooni A, Chiu P, Gauda E. Ileal lactobezoar in extreme premature infant complicated by intestinal perforation: A case report. Int J Surg Case Rep. 2022 Jul;96:107303. doi: 10.1016/j.ijscr.2022.107303. Epub 2022 Jun 14. PMID: 35724503; PMCID: PMC9218373. 5. Zeidan S, Akkary R, Jawad N, Al Hamod D, Haidar Z, Diab N. Lactobezoar causing neonatal gastric perforation. Journal of Pediatric Surgery Case Reports, 2019-05-01, Volumen 44, Artículo 101192, Copyright © 2019

P-29. PROLAPSO URETRAL EN LACTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Lugo Adán E*¹, García Gomez P², Fernández Filgueira M², Busto Cuiñas M¹, Otero Pérez L³, García González M³

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

³*Pediatría, Complejo Hospitalario de Pontevedra.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El prolapso uretral en niñas es una entidad rara, cuya etiología no está del todo clara, Se cree que la debilidad de la musculatura pélvica, defectos en tejido periuretral y la deficiencia de estrógenos podrían ser algunas de las causas (1); es más frecuente en niñas prepuberales (2-10 años) y en la raza negra(2). Su clínica más habitual es la hemorragia vaginal asociando una masa vaginal normalmente no dolorosa.

El diagnóstico diferencial incluye ureteroceles, himen imperforado y tumores malignos uretrales o vaginales(1), sin excluir el abuso sexual. El tratamiento puede ser conservador con estrógenos y/o corticoides tópicos y si este fracasa suele ser quirúrgico,(3) realizando una resección circular de la mucosa prolapsada.

CASOS CLÍNICOS

Lactante de 20 meses, raza negra; como único antecedente destaca tendencia a estreñimiento sin tratamiento farmacológico. Acude a urgencias por sangrado genital intermitente desde hace 4 días, al objetivar sangre roja fresca al desnudarla para bañarla. Niegan traumatismo previo, o presencia de cuerpo extraño.

Exploración física general normal. En zona genital presentaba una masa circular de coloración rojiza, ocupando la parte central del introito vulvar, con restos sanguinolentos en presencia de meato uretral central que se confirma con sondaje uretral.

Se descarta origen urológico del sangrado (urianálisis por sondaje normal) y se amplía estudio con analítica sanguínea y ecografía abdominal (riñones de tamaño normal, con parénquima de grosor normal, y la vía excretora no dilatada).

Se pauta tratamiento con pomada de promestrieno 2 veces al día, y baños de asiento así como manejo farmacológico del estreñimiento, con mejoría clínica parcial; resolución del sangrado pero persistencia de masa prolapsada intermitente, por lo que se deriva a cirugía pediátrica y actualmente ante clínica leve se mantiene vigilancia evolutiva.

DISCUSIÓN

Ante un sangrado genital debemos confirmar el origen del mismo (vaginal/ urológico) y tener en cuenta entidades como el prolapso uretral. El diagnóstico es clínico y puede ser confirmado al realizar un sondaje (meato localizado en la masa prolapsada signo del donut). En la mayoría de los casos no es necesaria la realización de pruebas complementarias (1). El tratamiento es médico principalmente y de manera excepcional, quirúrgico.

IBLIOGRAFÍA

1. Novoa-Carballal, R., Rey, R. C., García, I. A., & Besada, O. V. (2019). Prolapso uretral: imagen diagnóstica de una enfermedad poco frecuente. *Anales de Pediatría: Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría (AEP)*, 91(3), 212-213.
2. C. Gonzalez Mieres, S Fuentes Carretero, Prolapso uretral en una niña con sangrado urogenital. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(1):26-29.
3. Hillyer S, Mooppan U, Kim H, Gulmi F. Diagnosis and treatment of urethral prolapse in children: experience with 34 cases. *Urology*. 2009 May;73(5):1008-11.

P-30. ABSCESO CEREBRAL EN EL PACIENTE ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Torrealea Gabiola G*¹, Díaz Vieiro R¹, Díaz Soto R², Ferrer Barba Á², González Rivera I², Ogando Martínez A², Ramil Fraga C², Castro Aguiar S³, Pardo Vázquez J⁴

¹Médico Residente de Pediatría, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera de A Coruña. ²Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera de A Coruña. ³Unidad de Escolares, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera de A Coruña. ⁴Jefe de servicio del S de Pediatría, Hospital Materno Infantil Teresa Herrera de A Coruña.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El absceso cerebral es una infección poco frecuente en la infancia, pero de una alta morbimortalidad que actualmente ha disminuido gracias al diagnóstico precoz gracias a los avances en la neuroimagen y en la antibioterapia. Son más frecuentes en el sexo masculino, entre 4 y 8 años, y los factores predisponentes son las cardiopatías congénitas y los procesos infecciosos otorrinolaringológicos. Presentamos el caso de un varón de 12 años diagnosticado de absceso cerebral fronto-basal izquierdo, en contexto de cuadro de fiebre y alteración del nivel de consciencia.

CASOS CLÍNICOS

Es traído por el 061 por desconexión del medio e hipoactividad. Refieren picos febriles intermitentes en los 15 días previos, asociando cefalea frontal, pulsátil, con sonofobia. En las horas previas refieren intensificación de la cefalea, con imposibilidad de conciliar el sueño, presentando episodio consistente en movimientos oculares erráticos, inestabilidad en la marcha y rigidez generalizada en contexto de pico febril. A su llegada presenta estado general afectado, estando hipoactivo y con escasa respuesta a las órdenes, asociando marcada rigidez de nuca. En la analítica sanguínea presenta leucocitosis, neutrofilia y ascenso de la PCR a 6.06. Se realiza estabilización inicial, se administra dosis cefotaxima IV y se realiza TC craneal observándose lesión quístico necrótica de 55 x 34 mm en el lóbulo frontal anterobasal compatible con absceso cerebral, así como datos de sinusopatía fronto-etmoidal bilateral. A su ingreso en la UCIP se inicia antibioterapia con cefotaxima, vancomicina y metronidazol y se realiza neurocirugía urgente con craneotomía y exéresis del absceso, sin incidencias y con un postoperatorio favorable.

Buena evolución en la planta de hospitalización, completando antibioterapia con cefotaxima durante 22 días, que se cambia a meropenem por sospecha de toxicidad medicamentosa y que recibe durante 15 días. En los cultivos del pus drenado y de la biopsia cerebral se aísla un *S.pneumoniae* sensible a la cefotaxima, sin microorganismos anaerobios, pudiendo suspender la vancomicina y el metronidazol tras 2 y 8 días de administración, respectivamente.

Al alta exploración neurológica normal, sin secuelas, con seguimiento posterior en las consultas de Neurocirugía.

DISCUSIÓN

Es importante tener sospecha clínica de un absceso cerebral para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz. La TC con contraste es la prueba de elección. El tratamiento se basa en una antibioterapia de amplio espectro y cirugía en los casos que lo precisen. actualmente fallecen hasta el 5-10 % de los casos. Además, presentan una elevada morbilidad con secuelas neurológicas hasta en el 50 %.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carazo Gallego B, Cardelo Autero N, Moreno Pérez D. Meningitis. Absceso cerebral. Encefalitis aguda. Protoc diagn ter pediatr. 2023;2:309-328.
2. Luis Rafael Moscote-Salazar, Marticela Cabeza-Morales, Hernando Raphael Alvis-Miranda, Gabriel Alcalá-Cerra. Absceso cerebral en pacientes pediátricos. Rev. Chil. Neurocirugía. 2005; 41:14-20.

3. Brizuela M, Pérez G, Martiren S, et al. Absceso cerebral en niños: experiencia en diez años en un hospital pediátrico de alta complejidad. Arch Argent Pediatr 2017;115(4):e230-e232.
4. RR. Borrego Domínguez, M. Navarro Gómez, JA. Gómez-Campderá, J. Carreras Fernández. Absceso cerebral infantil. Anales de Pediatría. 2005; Vol. 63. Núm. 3: 253-258.

COMUNICACIONES PÓSTER

PANEL 4

P-31. TERAPIA GÉNICA CON ONASEMNOGÉN ABEPARVOVEC EN ATROFIA MUSCULAR ESPINAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: CASO CLÍNICO

Márquez López M^{*1}, Penedo González M¹, López Pérez G¹, Yáñez López M¹

¹EIR PEDIATRÍA, HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Paciente de 29 días de vida diagnosticado de atrofia muscular espinal (AME) por el cribado metabólico realizado al nacer. La AME es una enfermedad neuromuscular hereditaria autosómica recesiva que causa mutaciones del gen SMN, afectando al asta anterior de la médula espinal provocando la muerte de motoneuronas, con la consiguiente pérdida progresiva de fuerza muscular. Es la mayor causa genética de mortalidad en lactantes, por lo que es importante incluirla en el cribado neonatal. No hay ningún tratamiento para la cura, pero existen tres fármacos aprobados por la FDA que disminuyen la velocidad de progresión, entre los que se incluye la terapia génica (TG) con Onasemnogén Abeparvovec.

CASOS CLÍNICOS

El proceso del tratamiento de TG se divide en tres fases: fase previa a la infusión, de infusión y de seguimiento.

En la primera fase, el paciente se somete a determinaciones previas a la solicitud de la TG y estudios complementarios, destacando la valoración de la función motora (Test CHOP INTEND), respiratoria y deglutoria, colocación de vías periféricas y administración de la primera dosis de corticoesteroide oral 24 horas antes de la infusión.

En la fase de infusión, el paciente debe estar en ayunas una hora antes de la administración (recomendable mantener en ayunas durante la infusión e iniciar tolerancia 1 hora después), se administra la segunda dosis de corticoesteroide oral y se monitoriza. La administración se realiza en 60 minutos con técnica estéril y desechando como residuo de riesgo biológico.

Previo al alta, es importante la educación a la familia para el peso de pañales y aplicación de tira de orina, cuidado de catéter, control de constantes y peso del niño, administración de medicación y medidas para evitar el riesgo de infección y evitar contactos con residuos (el fármaco se puede eliminar por heces durante un mes). Se informa sobre los posibles efectos adversos (sangrado o hematomas por disminución de plaquetas, mucosas amarillentas o disminución del estado de alerta por alteración hepática, convulsiones o oliguria por microangiopatía trombótica), las citas de seguimiento y ajuste de calendario de vacunación.

La fase de seguimiento incluye los siguientes 5 años.

DISCUSIÓN

La TG es la única opción terapéutica para los pacientes con AME. Por lo tanto, como enfermeras pediátricas debemos conocer los cuidados antes, durante y después del tratamiento. Así, podremos ofrecer una atención de calidad y una buena educación sanitaria a los cuidadores de cara al alta domiciliaria, teniendo en cuenta la vulnerabilidad de los pacientes con este tipo de patología.

BIBLIOGRAFÍA

Kirschner, J., Butoianu, N., Goemans, N., Haberlova, J., Kostera-Pruszczyk, A., Mercuri, E., van der Pol, W. L., Quijano-Roy, S., Sejersen, T., Tizzano, E. F., Ziegler, A., Servais, L., Muntoni, F. (2020). European ad-hoc consensus statement on gene replacement therapy for spinal muscular atrophy.

European journal of paediatric neurology: EJPN: official journal of the European Paediatric Neurology Society, 28, 38-43. [Consultado en Septiembre 2023]. Disponible en: European ad-hoc consensus statement on gene replacement therapy for spinal muscular atrophy - PubMed (nih.gov)

Aprobación de Onasemnogén Abeparvovec FDA. [Consultado en Septiembre 2023]. Disponible en: ZOLGENSMA | FDA

Ficha técnica Onasemnogén Abeparvovec. [Consultado en Septiembre 2023]. Disponible en: :: CIMA :: FICHA TECNICA ZOLGENSMA 2 x 10e13 GENOMAS VECTORIALES/ML SOLUCION PARA PERFUSION (aemps.es)

Munell, F. et al. Protocolo de seguimiento Hospital Vall d'Hebron. [Consultado en Septiembre 2023].

Ziegler, A., Wilichowski, E., Schara, U. et al. Recommendations for gene therapy of spinal muscular atrophy with onasemnogene abeparvovec-AVXS-101 : Consensus paper of the German representatives of the Society for Pediatric Neurology (GNP) and the German treatment centers with collaboration of the medical scientific advisory board of the German Society for Muscular Diseases (DGM). [Consultado en Septiembre 2023]. Disponible en: [Recommendations for gene therapy of spinal muscular atrophy with onasemnogene abeparvovec-AVXS-101 : Consensus paper of the German representatives of the Society for Pediatric Neurology (GNP) and the German treatment centers with collaboration of the medical scientific advisory board of the German Society for Muscular Diseases (DGM)] - PubMed (nih.gov)

P-32. MÁS ALLÁ DE LAS ENCEFALITIS AGUDAS FEBRILES

Formoso Leal L^{*1}, Rivas Vázquez M¹, Manso Gómez M¹, Suarez Sanmartín A¹, Lendoiro Fuentes M¹
¹*Pediatría, Complejo hospitalario universitario de Ferrol.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las encefalitis son un proceso inflamatorio agudo del parénquima cerebral que genera una disfunción neuropsicológica evidenciada clínicamente. Puede ser consecuencia de una infección directa del tejido cerebral, un evento postinfeccioso o un proceso inmune.

El diagnóstico se basa en la clínica, el estudio del LCR y los hallazgos electrofisiológicos. El tratamiento se realiza con medidas de soporte, antibióticos/antivirales, corticoterapia y/o inmunoglobulinas intravenosas.

CASOS CLÍNICOS

Mujer de 2 años y 9 meses que presenta clínica de alteraciones conductuales fluctuantes (labilidad emocional con llanto injustificado y agresividad alternado con períodos de normalidad), regresión en el lenguaje y movimientos orofaciales anormales (chupeteo, guiño de ojos..) de 5 días de evolución. Ante sospecha clínica de encefalitis se realiza analítica urgente, tóxicos en orina, estudio bioquímico de LCR y TAC craneal con resultado normal, ante estos resultados se inicia tratamiento empírico con aciclovir y cefotaxima intravenosa.

A las 24 horas, ante resultados microbiológicos de virus neurotrópicos negativos, anticuerpos antitiroideos positivos y EEG compatible con sufrimiento encefálico difuso se inicia, ante sospecha de encefalitis autoinmune, inmunoglobulinas y corticoterapia intravenosa. A las 72 horas del ingreso, se repite análisis de LCR, constatando negatividad de virus neurotrópicos y cultivo de LCR por lo que se retira aciclovir y cefotaxima.

Posteriormente presenta mejoría clínica y electroencefalográfica lentamente progresiva hasta producirse un estancamiento en la evolución, en la 3ª semana del ingreso, por lo que se asocia Rituximab (una dosis semanal durante 4 semanas) y pauta descendente de corticoterapia.

Paralelamente se completa el estudio de encefalitis, con RM cerebral normal y ecografía ginecológica normal. Finalmente se hallan anticuerpos contra el receptor NMDA en suero y en LCR positivos, confirmando el diagnóstico de encefalitis anti NMDAR.

Tras 2 meses de mejoría neurológica, presenta nuevamente un estancamiento por lo que se administró una nueva tanda de inmunoglobulinas y corticoterapia intravenosa a altas dosis durante 5 días.

A los doce meses del diagnóstico nuestra paciente presenta una evolución muy favorable reiniciando integración en el ámbito escolar, consiguiendo un lenguaje sencillo y normalización progresiva a nivel psicomotor.

DISCUSIÓN

La mayoría de los niños con encefalitis anti NMDAR tienen una respuesta casi completa al tratamiento inmunomodulador, aunque con riesgo de recaída en torno al 25%. El pronóstico de esta patología es muy variable, dependiendo de la edad, las manifestaciones clínicas y la respuesta al tratamiento realizado en cada paciente. Conocer las características clínicas de este cuadro nos permitirá realizar un diagnóstico y tratamiento precoces.

BIBLIOGRAFÍA

E. Rincón López, H. Rodríguez Vega, D. Pietropaolo, A. Mejías. Encefalitis por anticuerpos anti-NMDA en pediatría: una entidad potencialmente tratable. *Anales de pediatría*. 2015. DOI: 10.1016/j.anpedi.2014.08.007

R. Erazoa, J. González et al. Encefalitis subaguda por anticuerpos anti receptor de N-metil-D-aspartato. Serie de 13 casos pediátricos. *Elsevier*. 2016. DOI: 10.1016/j.rchipe.2016.06.006

P-33. ALTERACIÓN DE LA MIRADA VERTICAL Y CATAPLEJÍA GELÁSTICA: ENFERMEDAD DE NIEMANN PICK TIPO C

Formoso Leal L^{*1}, Rivas Vázquez M¹, Manso Gómez M¹, Suarez Sanmartín A¹, Monteagudo Vilavedra E², Castro López M³, Carballeira González I⁴

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.* ²*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.* ³*Unidad de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Metabólicas Congénitas, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.* ⁴*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario Ferrol.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad de Niemann-Pick tipo C (NPC) está causada por un defecto en el transporte intracelular de colesterol que produce un acúmulo lipídico en los lisosomas de diversos tejidos. Es una enfermedad rara, de herencia recesiva, debido generalmente a mutaciones en el gen NPC1.

Frecuentemente se manifiesta en la edad pediátrica, pudiendo presentarse como colestasis neonatal transitoria o con deterioro neurológico (alteraciones en la motilidad ocular, disfagia, disartria, ataxia, distonía, crisis epilépticas, daño cognitivo progresivo, síntomas psiquiátricos y crisis de cataplejía gelástica).

El diagnóstico es clínico y bioquímico, confirmándose mediante estudio genético. El miglustat es un tratamiento para las manifestaciones neurológicas.

CASOS CLÍNICOS

Varón de 3 años, sin antecedentes de interés salvo sobrecrecimiento ($p > 97$ en peso, talla y perímetro craneal). Presenta un cuadro de retraso en la adquisición de habilidades del neurodesarrollo (fundamentalmente lenguaje, habla escandida) y regresión psicomotriz de 4 meses de evolución. En los últimos meses, presenta inestabilidad para la marcha progresiva con incremento de la base de sustentación y pérdida de la carrera y el salto (habilidades ya adquiridas). Asociando múltiples episodios en los días previos de cataplejía gelástica.

En la exploración destaca marcha torpe, habla escandida y limitación de la mirada vertical hacia arriba. Al ingreso se realiza despistaje inicial con: analítica urgente, tóxicos en orina, estudio bioquímico de LCR con resultado normal. A las 24 horas, se realiza EEG con un trazado basal deficientemente organizado, lentificado y simétrico, por lo que se inicia tratamiento con Levetiracetam. Tras iniciar tratamiento anticrisis se aprecia discreta mejoría clínica a nivel motor.

Bajo la sospecha de un posible trastorno lisosomal, se solicita desde centro de referencia estudio genético y bioquímico para una posible enfermedad de Niemann Pick tipo C, que posteriormente se confirma. Se detecta elevación de oxisteroles en sangre y que es portador en heterocigosis de mutaciones en gen NPC1 (variantes p.Gln775Pro y C.2770t>C). En RM cerebral se observa retraso en la mielinización bilateral en coronas radiatas y centros semiovais.

Tras la confirmación genética se retira progresivamente el tratamiento anticrisis y se inicia Miglustat (inhibidor de la enzima glucosilceramida sintetasa, responsable del primer paso de la síntesis de la glucosilceramida) y posteriormente para intentar disminuir los episodios de cataplejía, Venlafaxina, siendo muy efectivo.

DISCUSIÓN

Debemos pensar en el NPC en cuadros neurodegenerativos en los que apreciamos conjuntamente regresión del desarrollo y alteración de la marcha, cataplexia gelástica y afectación de la mirada vertical (siendo estos dos últimos signos cardinales del NPC).

BIBLIOGRAFÍA

P. Quijada Fraile, E. Martín Hernández, A. Martínez de Aragón, J. Macias-Vidal, M.J. Coll, A. Nogales Espert, M.T. García Silva. Enfermedad de Niemann-Pick tipo C: desde una colestasis neonatal hacia un deterioro neurológico. Variabilidad fenotípica. Anales de pediatría. 2010. DOI: 10.1016/j.anpedi.2010.07.008

L. López de Frutos, J. Romero-Imbroda, V. Rodríguez-Sureda, P. Giraldo. Nueva variante asociada a enfermedad de Niemann-Pick tipo C: manifestaciones neurológicas y caracterización bioquímica, molecular y celular. Anales de pediatría. 2020. DOI: 10.1016/j.nrl.2017.07.010

P-34. SÍNDROME DE RUBINSTEIN-TAYBI: A PROPÓSITO DE UN CASO.

San Martín Barroso R*¹, Rodríguez González L¹, Sardina Ríos A¹, Fernández Cebrian S¹

¹*Pediatría y sus Áreas Específicas, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome de Rubinstein-Taybi (RSTS) es una enfermedad genética que se caracteriza por malformaciones congénitas, discapacidad intelectual y alteraciones a nivel físico, siendo muy característica la presencia de pulgares anchos con angulación radial. Está causada por una microdelección del cromosoma 16p13.3 (CREBBP) o del cromosoma 22q13.2 (EP300) y su identificación es de gran utilidad para realizar el diagnóstico definitivo, así como derivar a consejo genético en futuras gestaciones.

El diagnóstico inicial es principalmente clínico, aunque puede apoyarse de estudios de imagen y analítica de sangre. El pronóstico es variable en función de las complicaciones que desarrolle el

paciente, aunque la esperanza de vida no está comprometida. No hay un tratamiento específico de la enfermedad, sino que se basa en el tratamiento individual de cada una de las alteraciones clínicas que la caracterizan.

CASOS CLÍNICOS

Se presenta el caso de una neonata a término que ingresa en la Unidad Neonatal por retraso del crecimiento intrauterino tipo 1 con alteración hemodinámica. A la exploración física presenta epicanto bilateral, fisuras palpebrales inclinadas hacia abajo y nariz picuda. Además, el primer dedo de ambas manos está ensanchado, presentando desviación radial de la falange distal no reductible. Ante la sospecha de RSTS, se solicita un estudio genético en el cual se identificó una mutación mono-alélica en el gen CREBBP (16p13.3).

Al alta, tanto el cribado auricular como las otoemisiones no fueron superados bilateralmente, pero los potenciales evocados auditivos de tronco cerebral a los 6 meses de vida fueron normales. Por otro lado, los estudios cardiológico y oftalmológico de control no presentaron alteraciones. La paciente recibió un seguimiento multidisciplinar para el resto de las complicaciones tales como retraso en el desarrollo psicomotor y del lenguaje y estreñimiento. Por último, fue candidata a tratamiento quirúrgico por su anomalía de los pulgares.

DISCUSIÓN

A pesar de que el síndrome de Rubinstein-Taybi es una enfermedad poco frecuente, es importante prestar atención a los signos clínicos que la caracterizan con el fin de hacer un diagnóstico temprano. De esta forma, podremos plantear un estudio genético y aplicar los tratamientos adecuados para cada una de sus complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

Burkardt DD, Graham JM. Abnormal body size and proportion. In: Pyeritz RE, Korf BR, Grody WW, eds. Emery and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics and Genomics: Clinical Principles and Applications. 7th ed. Cambridge, MA: Elsevier Academic Press; 2019:chap 4.

Nussbaum RL, McInnes RR, Willard HF. Developmental genetics and birth defects. In: Nussbaum RL, McInnes RR, Willard HF, eds. Thompson & Thompson Genetics in Medicine. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 14.

Stevens CA. Rubinstein-Taybi Syndrome. 2002 Aug 30 [updated 2019 Aug 22]. In: Adam MP, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJH, Gripp KW, Amemiya A, editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993–2023. PMID: 20301699.

Rivadeneira-Dueñas, J. et al. (2021). Rubinstein - Taybi syndrome: phenotypic characteristics, case report. Revista Ecuatoriana de Pediatría, 22(2), 7.

P-35. APLICACIÓN PRÁCTICA DEL TEST DE HIELO

Alvarez Diaz M^{*1}, Vilas Vazquez C², Alonso Fernandez J², García González M², Otero Perez L², Couceiro Gianzo J²

¹Pediatría, Hospital Provincial de Pontevedra. ²Pediatría, Hospital Provincial Pontevedra.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Miastenia Gravis (MG) es una enfermedad neuromuscular y autoinmune inducida por la formación de anticuerpos contra los receptores de la acetilcolina (AChR) que ausan su bloqueo y su destrucción. Las manifestaciones clínicas son la debilidad muscular y la fatiga de musculatura voluntaria que son fluctuantes, aumentando a lo largo del día o tras actividad física y que mejoran con el reposo. La ptosis ocular es una presentación habitual. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se apoya en el estudio neurofisiológico, serológico y los tests farmacológicos. Típicamente el electromiograma (EMG) presenta un patrón de la alteración de la transmisión de tipo postsináptico. La clínica junto con la presencia de los diferentes anticuerpos antirreceptores de acetilcolina (ACh2, etc) confirma el diagnóstico de manera específica. Los niños frecuentemente son seronegativos, lo que obliga descartar un síndrome de miastenia congénita.

El tratamiento se aborda desde la educación para detectar las crisis miasténicas, los fármacos anticolinesterásicos para el control de los síntomas e inmunosupresores como tratamiento de base. La timectomía mejora la clínica en algunos pacientes.

CASOS CLÍNICOS

Adolescente varón de 12 años, sano y deportista. Madre con artritis psoriásica. Presenta desde hace tres meses, astenia y cefalea casi constantes. La cefalea respeta el sueño, responde a analgesia oral y la relaciona con cansancio. No genera cambios de humor ni otra clínica (respiratoria, disfagia, ni diplopia). Presenta cansancio con ejercicio, como subir escaleras o ir en bicicleta, de predominio vespertino y de carácter intenso con dolor durante los paseos. Precisa realizar siestas diurnas.

En la exploración física presenta fatigabilidad con el ejercicio y ptosis ocular con la repetición de parpadeo.

Se inicia estudio con valoración oftalmológica y cardiológica normal y análisis de sangre (con serologías) y orina (incluidos tóxicos) sin alteraciones. Se completa estudio EMG sin signos miopáticos y resto actividad normal; Rx de tórax con especial atención a timo y AChR negativos y resto de autoinmunidad negativo.

Debido a la sospecha clínica y afectación ocular, se realiza test de hielo ocular con resultado positivo. Es una técnica reproducible, válida, fiable, económica y sensible para mejorar la ptosis.

En la actualidad, la recuperación clínica es completa sin cefalea ni fatigabilidad al llegar a dosis adecuada de piridostigmina oral con adecuada tolerancia de actividad física habitual e intensa con terapia y está reinsertado en escolarización. No ha presentado crisis miasténicas.

DISCUSIÓN

La Miastenia Gravis es una enfermedad infrecuente en niños.

Las manifestaciones clínicas incluyen fatiga y debilidad de musculatura voluntaria, variables y fluctuantes, siendo la ptosis palpebral una presentación común en pediatría.

El diagnóstico es esencialmente clínico, siendo útiles pruebas diagnósticas específicas, incluida la prueba del hielo ocular, que rara vez se utiliza en pacientes de edad pediátrica.

P-36. PARÁLISIS FACIAL...Y ALGO MÁS

Álvarez Díaz M^{*1}, Bauluz Bárcena M², Fernández Filgueira M³, Alonso Fernández J⁴, Lugo Adán E⁵, Couceiro Gianzo J⁵

¹Pediatría, Hospital Provincial de Pontevedra. ²Pediatría, Hospital Públido do Salnés. ³Pediatría, Hospital Provincial de pontevedra. ⁴Pediatría, Hospital Provincial de pontevedra. ⁵Pediatría, Hospital Provincial de Pontevedra.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La parálisis facial (PF) más frecuente en Pediatría es la idiopática o de Bell: de afectación periférica, instauración rápida y habitualmente buen pronóstico. Presentamos el caso de una paciente que, en contexto de gripe A, inicia de forma aguda PF izquierda con sospecha de causa periférica y diplopia hacia la mirada extrema ipsilateral.

CASOS CLÍNICOS

Mujer de 9 años y 3 meses que acude a Urgencias por cuadro de 2 horas de evolución de fiebre, cefalea frontal y diplopia en visión binocular hacia la izquierda. En exploración se aprecia: limitación en abducción de ojo izquierdo, PF izquierda (desviación labial hacia la derecha al sonreír, ausencia de arruga frontal izquierda, incapacidad de ocluir ojo izquierdo) sugestivo de parálisis periférica. No afectación sensitiva. Resto de exploración neurológica completamente normal: Glasgow 15, ROT conservados, no déficits focales ni ataxia. Se realizan estudios complementarios: analítica normal, antígeno de Influenza A positivo, TAC craneal normal, fondo de ojo normal. Se decide ingreso para vigilancia y estudio. La diplopia remite sin tratamiento en las primeras 72 horas, persistiendo limitación sutil a la abducción extrema del ojo izquierdo.

Se barajan varios diagnósticos: PF por infección gripal, HTIC idiopática, neuropatía craneal múltiple, síndrome de Gradenigo (descartado por ORL). Se amplía estudio con autoinmunidad (ANA+), serologías virales (negativas), potenciales evocados visuales (normales: integridad II par craneal) y punción lumbar (presión de apertura normal, presencia de bandas oligoclonales tipo II; ac antiNMO y antiMOG-).

Se completa estudio con RM con gadolinio de SNC y médula, objetivando lesiones de probable etiología desmielinizante en hemibulbo izquierdo, hemiprotuberancia derecha y 8-9 lesiones en sustancia blanca supratentorial, sospechosas de Esclerosis Múltiple (EM). Se instaura tratamiento con corticoide intravenoso durante 3 días por la persistencia de PF.

Se realiza seguimiento ambulatorio por Neurología y Pediatría, solicitando RM 3 meses después: objetivamos progresión de las lesiones hiperintensas de sustancia blanca y desarrollo de 3 nuevas lesiones. A nivel medular aparecen varias lesiones desmielinizantes. Se confirma EM y se solicita interferón- beta como terapia, actualmente pendiente de ser aprobado.

DISCUSIÓN

La PF más frecuente en pediatría es periférica e idiopática. Si ésta coexiste con afectación de otros pares craneales, debemos sospechar lesión a nivel nuclear y buscar etiología vascular, tumoral, infecciosa, autoinmune o sistémica. La EM, infrecuente en edad pediátrica, es una enfermedad desmielinizante neuroinflamatoria de etiología autoinmune. El 10% del total debutan antes de los 18 años, predomina el tipo remitente-recurrente. La evolución es generalmente menos agresiva debido a la neuroplasticidad tisular en niños sanos. La base del tratamiento agudo son los glucocorticoides, que actúan reduciendo la inflamación y acelerando la recuperación. A largo plazo, existen fármacos modificadores de la enfermedad, como interferón-beta, útiles en estadios iniciales de la EM.

P-37. DETECCIÓN AL NACIMIENTO EN ATROFIA MUSCULAR ESPINAL: UN CAMBIO DE RUMBO

García Freire R^{*1}, Mazaira Schreck T¹, Blanco Barca M², Concheiro Guisán A¹

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Atrofia Muscular Espinal (AME) es una enfermedad genética neuromuscular caracterizada por una degeneración progresiva de las motoneuronas de la médula espinal. Su curso natural es inexorablemente progresivo, causando debilidad, atrofia muscular e importante discapacidad, pudiendo comprometer la vida. El patrón de herencia es autosómico recesivo, con delección, en más del 95% de los casos, del exón 7 del gen SMN1 (Survival Motor Neuron 1), localizado en el cromosoma 5q. Dependiendo del número de copias del gen SMN2 (altamente homólogo), los síntomas varían en gravedad e inicio de presentación, constituyendo en función de ello 5 tipos de presentación. En los últimos años han surgido distintas terapias que han demostrado eficacia clínica. En 2021 se aprobó en España el tratamiento con terapia génica (Onasemnogén Abeparvovec), que aporta mediante una única infusión intravenosa una copia funcional del gen SMN1, mediante un vector adenoviral. Esto conlleva una mayor supervivencia y un mejor alcance de hitos motores. El desarrollo de nuevas terapias y la demostración del beneficioso impacto de un tratamiento en fase presintomática ha creado la necesidad de incorporar esta enfermedad en los programas de cribado neonatal.

CASOS CLÍNICOS

Dos pacientes con sospecha diagnóstica de AME a partir del screening neonatal. Ambas presentan una delección homocigótica en el exón 7 del gen SMN1, y tres copias del gen SMN2.

Caso 1: mujer de siete días de vida con síntomas clínicos en el momento de la valoración inicial: importante hipotonía generalizada, afectación de la movilidad y arreflexia, sin compromiso respiratorio ni deglutorio. Se administra al día 27 de vida terapia génica, sin complicaciones clínicas. A los cuatro meses de edad, no se objetiva empeoramiento clínico, con progresos positivos en el tono muscular y movilidad de extremidades, sin disfagia ni alteraciones respiratorias.

Caso 2: mujer de cinco días con normalidad neurológica, fase presintomática. Se administra Onasemnogen Abeparvovec a las seis semanas de vida, sin complicaciones clínicas, manteniendo normalidad neurológica (a las diez semanas de vida).

DISCUSIÓN

Aunque falta tiempo evolutivo para comprobar la evolución clínica de los casos expuestos, con la experiencia en vida real de las series publicadas no hay duda al afirmar lo siguiente:

1. Un diagnóstico y tratamiento tempranos especialmente en periodo presintomático, mejora la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con AME.
2. La implementación de un cribado neonatal permite el diagnóstico precoz, pudiendo modificar la historia natural de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Butterfield RJ. Spinal Muscular Atrophy Treatments, Newborn Screening, and the Creation of a Neurogenetics Urgency. *Semin Pediatr Neurol.* 2021 Jul;38:100899.
2. Schorling DC, Pechmann A, Kirschner J. Advances in Treatment of Spinal Muscular Atrophy - New Phenotypes, New Challenges, New Implications for Care. *J Neuromuscul Dis.* 2020;7(1):1–13.
3. Day JW, Howell K, Place A, Long K, Rossello J, Kertesz N, et al. Advances and limitations for the treatment of spinal muscular atrophy. *BMC Pediatr [Internet].* 2022;22(1):1–15. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03671-x>.
4. Stevens D, Claborn MK, Gildon BL, Kessler TL, Walker C. Onasemnogene Abeparvovec-xioi: Gene Therapy for Spinal Muscular Atrophy. *Ann Pharmacother.* 2020;54(10):1001–9.

5. Munell F, Pitarch I, Nascimento A, Martínez MJ, López M, Calvo R, et al. Documento de Manejo Clínico-Práctico de la Terapia Génica con Onasemnogén Abeparvovec en Atrofia Muscular Espinal. 2022;1–12.

P-38. UNA IMAGEN SORPRENDENTE ACOMPAÑADA DE UNOS SINTOMAS SILENTES

Varela Fontán S*¹, Díaz García M¹, Melcón Crespo C¹, Concheiro Guisán A¹

¹*Pediatría, Hospital Alvaro Cunqueiro.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El quiste de la bolsa de Blake es una malformación quística de fosa posterior que se produce debido a una imperforación del foramen de Magendie entre las semanas 24 y 26 de vida, lo que da lugar a un abombamiento posterior del velo medular superior hacia la cisterna magna.

Su presentación clínica varía desde casos asintomáticos hasta una presentación precoz de hidrocefalia; formas tardías de hidrocefalia en el adulto; o epilepsia.

El diagnóstico se lleva a cabo a través de estudios de neuroimagen en donde la RMN ofrece mayor precisión anatómica, a pesar de que la ecografía puede utilizarse como prueba complementaria.

La ventriculocisternotomía endoscópica es una técnica efectiva y segura para su tratamiento, y evita los problemas de la derivación ventriculoperitoneal, pudiendo mantener una actitud expectante y realizarse de forma diferida en los pacientes asintomáticos.

CASOS CLÍNICOS

Niña de 12 años remitida a Neuropediatría por síncope vasovagales de repetición. Valorada en cardiología en este contexto con estudio cardiológico normal. Entre sus antecedentes familiares destaca abuela materna con episodios de pérdida de conocimiento durante la adolescencia secundarios a malformación vascular cerebral.

En la exploración física presenta una macrocefalia de +4 SDS (PC: 62.2 cm), con peso, talla y tensión arterial en percentiles acordes a la edad. No estigmas cutáneos. Exploración neurológica y oftalmológica dentro de la normalidad.

Se solicita RMN cerebral en la que se objetiva una hidrocefalia supratentorial detenida/compensada. En la fosa posterior se demuestra un quiste de la bolsa de Blake con relativa compensación por los agujeros de Luschka.

Actualmente en seguimiento ambulatorio en Neurocirugía, sin precisar intervención quirúrgica dado que se encuentra asintomática y en situación de hidrocefalia crónica compensada.

DISCUSIÓN

El quiste de Blake es una malformación quística embrionaria cuyo espectro clínico es variado, pudiendo estar el paciente asintomático, hasta el desarrollo de una hidrocefalia o incluso epilepsia.

La RMN es la prueba de elección para su diagnóstico. Su detección temprana es importante, tanto para un adecuado seguimiento clínico como para descartar otras alteraciones estructurales asociadas.

No es infrecuente mantener una actitud expectante en los casos asintomáticos a pesar de que la ventriculocisternotomía endoscópica es un procedimiento eficaz en los pacientes con esta malformación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cornips, E. M., Overvliet, G. M. (2010). The clinical spectrum of Blake's pouch cyst: report of six illustrative cases. *Child's nervous system : ChNS : official journal of the International Society for Pediatric Neurosurgery*, 26(8), 1057–1064.

2. Ortiz González L, Ortiz Peces L, Ortiz Peces C. Tortícolis como forma de presentación de quiste de la bolsa de Blake. Diagnóstico ecográfico en atención primaria. Arch Argent Pediatr 2020;118(5):e495-e498.

P-39. NEURITIS VESTIBULAR POR RINOVIRUS

Suárez Sanmartín A*¹, Formoso Leal L¹, Rivas Vázquez M¹, Manso Gómez M¹, Lendoiro Fuentes M¹
¹*Pediatría, CHUF.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La neuritis vestibular es un tipo de vértigo periférico que se presenta en las primeras 2 semanas posteriores a una infección viral. Se manifiesta con sensación de giro de objetos y cortejo vegetativo, que aparece de forma brusca. La duración del cuadro suele ser superior a 24 horas y en pediatría ocurre sobre todo en adolescentes.

Su diagnóstico es clínico, basado en la demostración de un vértigo de características periféricas, con nistagmo horizonto-rotatorio que bate hacia el lado sano. Se caracteriza por la ausencia de hipoacusia y focalidad neurológica.

El tratamiento se realiza con corticoides a pesar de la escasa evidencia de su utilidad en pacientes pediátricos.

El objetivo de la presentación de este caso clínico es exponer las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de esta enfermedad.

CASOS CLÍNICOS

Varón de 2 años que presenta alteración de la marcha de 24 horas de evolución. Los padres describen una caída esa mañana al girar la cabeza hacia el lado derecho, precisando ayuda para levantarse. Asociaba clínica catarral las semanas previas, con rinorrea en el momento actual del cuadro.

En la exploración llamaba la atención la presencia de múltiples hematomas, sobre todo en miembro inferior derecho, en relación con caídas similares a la descrita anteriormente. La exploración neurológica era normal, salvo la marcha con mayor base de sustentación y cierta inestabilidad relacionada con los giros, especialmente hacia el lado derecho.

Se realiza un estudio que incluye analítica, TC cerebral, ecografía abdominal y tóxicos en orina que no muestran alteraciones. En el estudio de virus respiratorios se aísla un rinovirus.

En la valoración por otorrinolaringología, se evidenciaba un nistagmo horizonto-rotatorio a la izquierda al inhibir la fijación visual. Además, el test de impulso cefálico era positivo hacia la derecha, por lo que se diagnostica una probable neuritis vestibular derecha.

Se inicia tratamiento con corticoides con el objetivo de mejorar la función vestibular, a dosis de 1mg/kg/día durante 3 días, con pauta descendente posterior. La sintomatología disminuyó progresivamente hasta su desaparición tras 48 horas de tratamiento.

DISCUSIÓN

El diagnóstico final fue una neuritis vestibular en relación con el rinovirus aislado en las pruebas microbiológicas, proceso que se produce por la alteración de la microcirculación del nervio o por la activación de virus neurotropos latentes. Se trata de una patología infrecuente en la edad pediátrica y anecdótica en edad de lactante, pero debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de paciente con clínica similar.

P-40. ¿VARIANTE ANATÓMICA VASCULAR COMO CAUSA DE VÉRTIGO?

Afonso Carrasco I^{*1}, Gómez Vieites M¹, Dorado López P¹, Redondo Cervantes V¹, Bustelo Fernández M¹, García Iglesias F², Álvarez Rodríguez I¹, López Vázquez A¹

¹, Centro Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. ², Centro Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La arteria cerebelosa anteroinferior es una rama de la arteria basilar que irriga la región anteroinferior del cerebelo. Entre el 25% y el 50% de los casos, variantes anatómicas en su trayecto pueden condicionar que un asa vascular se introduzca en el conducto auditivo interno, donde se encuentra en íntimo contacto con el VIII par craneal. Según la clasificación anatómica de Chavda podemos distinguir:

Asas vasculares tipo I: contacta con el nervio coclear en el ángulo pontocerebeloso, pero no entra al conducto auditivo interno.

Asas vasculares tipo II: entra al conducto auditivo interno y se extiende menos de 50% de su longitud.

Asas vasculares tipo III: se extiende más de 50% de la longitud del conducto auditivo interno.

El contacto directo de un vaso con un nervio craneal puede desencadenar síntomas como ocurre en la neuralgia del trigémino y el espasmo hemifacial. En el caso del nervio cócleo-vestibular, la relación clínicamente significativa entre el contacto de la arteria cerebelosa anteroinferior y este nervio está menos demostrada, pero se han descrito casos de hipoacusia neurosensorial, acúfenos y vértigo asociados a este hallazgo.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos el caso de una paciente mujer de 12 años que es derivada a consulta de Neurología Pediátrica por episodios de inestabilidad con lateralización a la izquierda y mareo con giro de objetos, sin náuseas ni vómitos asociados, con una periodicidad mensual y autolimitados. No refiere acúfenos ni hipoacusia. Presenta en ocasiones cefalea frontal sin clara relación temporal con estos episodios. A la exploración física presentaba buen estado general, con exploración de pares craneales normal, sin disimetría, marcha normal, sin nistagmo. Como pruebas complementarias se solicitó una analítica general que no mostró alteraciones y una resonancia magnética craneoencefálica que mostró una tortuosidad en el trayecto cisternal de la arteria cerebelosa anteroinferior bilateralmente, insinuándose en el conducto auditivo interno derecho (Chavda tipo I) e introduciéndose menos del 50% de la longitud del conducto auditivo interno del lado izquierdo (Chavda tipo II).

La paciente inició tratamiento con flunarizina, con disminución de los episodios, por lo que se puso en relación con una migraña vestibular.

DISCUSIÓN

A pesar de que las asas vasculares pueden causar diferentes manifestaciones neurootológicas, son un hallazgo poco frecuente y en ocasiones incidental y sin correlación clínica. En la actualidad, la resonancia magnética es una herramienta diagnóstica fundamental pero los hallazgos en la misma, como en el resto de pruebas complementarias, deben ser valorados en conjunto y no perder de vista la clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mina RE, Bravo VJ, Gómez PMG. Prevalencia de asas vasculares de la arteria cerebelosa anteroinferior, en el conducto auditivo interno, identificadas por resonancia magnética, en el Hospital Angeles Pedregal. Acta Med GA. 2023; 21 (1): 12-15. <https://dx.doi.org/10.35366/109014>

2. Yardany Rafael Méndez-Fandiño, Lina María López-Sáenz, Carolina Moreno-Mancipe, Crithian L. Ochoa Sanabria, Diana K. Peñalosa-Villamizar, Angélica Johana Pérez-Hernández. Vértigo como presentación clínica de asa vascular de la arteria cerebelosa antero inferior. Acta Médica Colombiana. 2018; Vol. 43 N°4.

3. V. Mejía-Quiñones, J.A. Valderrama-Chaparro, S. Paredes-Padilla, J.F. Orejuela-Zapata, A.M. Granados-Sánchez. Correlación clínico-radiológica del asa vascular del ángulo pontocerebeloso. Radiología. 2022; Vol. 64, Num. 5, p 393-494.

P-41. CEREBELITIS AGUDA: LA IMPORTANCIA DE SU DIAGNÓSTICO.

Anegón García M*¹, Díaz García C¹, González Paz H¹, Rodríguez Rodríguez C², Fernández Cebrián S³

¹Residente de Pediatría, CHUO. ²Pediatría Hospitalización, CHUO. ³Jefe de Servicio de Pediatría, CHUO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La cerebelitis aguda es un proceso inflamatorio con clínica muy variable de sintomatología cerebelosa que, en ocasiones, puede manifestarse como un cuadro grave con signos importantes de disfunción encefálica e hipertensión endocraneal.

Inicialmente, también puede asociarse a fiebre y signos de irritación meníngea. La etiología puede ser infecciosa, postinfecciosa, inmunomediada o posvacunal. En ocasiones no se llega a un diagnóstico etiológico cierto, como en la paciente que presentamos.

CASOS CLÍNICOS

Mujer de 6 años que consulta por cuadro de dos o tres semanas de evolución de dolor abdominal y apatía, asociando en la última semana inestabilidad de la marcha y enlentecimiento del habla. No refieren antecedentes de traumatismo craneo-encefálico (TCE), clínica infecciosa, ni inmunizaciones recientes.

Antecedentes personales sin relevancia y entre los antecedentes familiares tía paterna con esclerosis múltiple.

En el examen físico al ingreso destaca leve disartria, bipedestación con ampliación base sustentación, marcha inestable, imposibilidad para marcha en tándem y dismetría, tendencia a la hipertensión arterial (HTA) y bradicardia. Se realiza neuroimagen urgente RM cerebral que evidencia hiperintensidad en córtex cerebeloso en secuencias T2 y restricción de la difusión. En el estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) destacar pleocitosis con predominio de linfomonocitos y bandas oligoclonales (BOC) en LCR, no en suero, síntesis de IgG intratecal. Ac antineuronales y acde neuromielitis óptica negativos. Resto de estudios bioquímica, hemograma, coagulación, tóxicos en orina, estudio de autoinmunidad y metabólico sin alteraciones. Electroencefalograma y ecografía abdominal normal. IC Oftalmología y potenciales evocados sin alteraciones.

Estudio microbiológico PCR virus respiratorios positivo para rhinovirus. Cultivo LCR negativo. PCR en LCR negativo. Serologías negativas. Con la sospecha de cerebelitis aguda se inicia tratamiento con corticoides y aciclovir que se suspende al conocer las PCR, a pesar del tratamiento persiste la clínica cerebelosa, asociando al tercer día tendencia a somnolencia y cierta bradipsiquia, además de HTA y bradicardia, por lo que se realiza fondo de ojo y TAC craneal urgente que descarta HIC. Ante la evolución descrita se inicia pauta de Ig G endovenosa durante cinco días. Inicia mejoría al segundo día de Ig y evoluciona con recuperación lentamente progresiva de la clínica descrita. Al tercer mes esta asintomática y con exploración normal.

DISCUSIÓN

Destacar la importancia ante cuadro de sintomatología cerebelosa aguda de sospechar esta entidad y realizar neuroimagen urgente ya que la evolución es variable pero puede ser grave llegando a tener un desenlace fatal. El hecho de que nuestra paciente presente un patrón de BOC de síntesis intratecal nos obliga a realizar seguimiento a largo plazo para descartar que se trate de primer episodio desmielinizante. Dada la ausencia de evidencia de los tratamientos en edad pediátrica en los estudios publicados con pequeño tamaño muestral necesitamos realizar revisiones y estudios multicéntricos con mayor tamaño muestral.

BIBLIOGRAFÍA

A. Rossi, C. Martinetti, G. Morana, M. Severino, D. Tortora. Neuroimaging of Infectious and inflammatory diseases of the pediatric cerebellum and brainstem. *Neuroimag Clin N Am.*, 26 (2016), pp. 471-487.

L. Kornreich, V. Shkalim-Zemer, Y. Levinsky, W. Abadía, E. Ganelin-Cohen. Acute cerebellitis in children: A many-faceted disease. *J Child Neurol.*, 31 (2016), pp. 991-997

Chacón Pascual A, Arrabal Fernández L, Miranda Herrero MC. Ataxia aguda. *Protoc diagn ter pediátr.* 2022;1:331-339.

P-42. “MI BEBÉ SE MUEVE RARO”. CRISIS CONVULSIVAS EN PERIODO NEONATAL

Aguilar Gutiérrez D^{*1}, Gallego Vázquez S¹, Paytubí Fernández J¹, Santana Monzón S¹, Juberías Alzueta C¹, López Conde I¹, Vázquez López E¹

¹PEDIATRIA, HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las convulsiones neonatales (CN) suponen el síntoma más frecuente de disfunción neurológica durante los primeros años de vida. Su incidencia oscila entre 0,7 y 2,7 por cada 1000 nacidos vivos, siendo más frecuente en recién nacidos pretérminos.

La encefalopatía hipóxico - isquémica es la principal causa, seguida de accidentes cerebrovasculares y hemorragias intracraneales. Las infecciones del sistema nervioso central, malformaciones cerebrales, enfermedades metabólicas congénitas y encefalopatías epilépticas son otras posibilidades más infrecuentes.

CASOS CLÍNICOS

Neonata que ingresa a las 53 horas de vida por crisis convulsivas. Gestación controlada sin incidencias. Cesárea urgente a las 40 + 2 semanas ante riesgo de pérdida de bienestar fetal. APGAR 9/10. pH de cordón 7,30. Sin antecedente traumático, factores de riesgo (FR) infeccioso ni antecedentes familiares reseñables.

Sus padres refieren episodios consistentes en clonías de miembro superior e inferior izquierdos de 30 segundos de duración. No asocian desconexión del medio, desviación de la mirada ni afectación facial. Constantes vitales en rango. A la exploración únicamente destaca microsomía armónica.

Analítica sanguínea con hemograma, bioquímica, gasometría venosa y coagulación normal. Tóxicos, PCR de CMV en orina y hemocultivo negativos. Monitorización con EEGa y EEG basal sin actividad paroxística epileptiforme. Cribado de metabolopatías, fondo de ojo y ecografía transfontanelar sin alteraciones. La RMN cerebral muestra signos compatibles con hematoma subdural agudo / subagudo, con mínima compresión de parénquima adyacente sin desplazamiento de estructuras de la línea media.

Durante el ingreso permanece neurológicamente estable sin nuevos episodios sugestivos de crisis clínicas sin iniciar tratamiento. Se decide alta a los 11 días de vida con diagnóstico de convulsiones focales motoras clónicas secundarias a hematoma subdural agudo / subagudo. Actualmente mantiene seguimiento en consultas de Neonatología y Neurocirugía; RMN de control pendiente. Permanece asintomática en domicilio con desarrollo psicomotor normal.

DISCUSIÓN

Las hemorragias subdurales suelen ser asintomáticas en los recién nacidos; ocasionalmente provocan CN. Pueden ser aparentemente espontáneas o estar relacionadas con FR identificables como trombosis de senos venosos cerebrales, traumatismo obstétrico, malformaciones vasculares o coagulopatías, entre otros.

La diversidad etiológica de las CN supone un gran reto que precisa diferentes pruebas complementarias. Un diagnóstico precoz determina el pronóstico ya que es necesario para establecer un tratamiento adecuado. Es imprescindible descartar alteraciones metabólicas y electrolíticas, tratar enfermedades subyacentes, y administrar tratamiento precoz para prevenir nuevas convulsiones si precisa.

La RMN y los estudios genéticos avanzados han disminuido significativamente el porcentaje de CN idiopáticas.

P-43. MIDRIASIS UNILATERAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS: LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Aneón García M¹, González Paz H¹, Ortiz López I¹, Rodríguez González L², González Freiría N², Capelo Míguez J³

¹Residente de Pediatría, CHUO. ²Servicio de Neonatología, CHUO. ³Atención Primaria, C.S.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las patologías oculares son un motivo de consulta frecuente en el servicio de urgencias pediátricas. Ante un paciente que acude por midriasis debemos clasificar esta en función de si es bilateral, unilateral, reactiva o arreactiva. Una midriasis unilateral arreactiva de instauración aguda puede deberse a causas potencialmente graves de origen cerebral pero también al uso de colirios midriáticos, broncodilatadores o patología ocular.

CASOS CLÍNICOS

Escolar de 7 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor ocular izquierdo. Refieren que esa tarde se rascó con el dedo, presentando desde ese momento molestias. No cefalea ni alteraciones visuales. Niega otra sintomatología.

A su llegada a Urgencias se objetiva midriasis pupilar izquierda arreactiva con resto de exploración neurológica rigurosamente normal. Se detectan restos de tinción amarillenta circundante al ojo izquierdo. La madre niega utilización de colirios en domicilio y solo tras insistir varias veces nos confirma que acudieron a un centro privado donde le aplicaron unas gotas, pero no dispone de informe. Contactamos con dicho centro que nos confirma la aplicación de fluoresceína pero refieren que la midriasis ya estaba presente previamente. Dada la estabilidad clínica de la paciente se insiste varias veces a la madre, quien finalmente dice haber aplicado unas gotas que tenía en casa y que le habían recetado con anterioridad. Se comprueba que el colirio administrado se trataba de un ciclopléjico. La paciente acude a revisión con su pediatra en a las 24 y 48 horas con normalización de la exploración.

DISCUSIÓN

La midriasis arreactiva unilateral es un signo que puede indicar enfermedad grave.

La exploración física y la anamnesis son fundamentales para el diagnóstico y para evitar pruebas complementarias innecesarias

En ocasiones la anamnesis puede resultar dificultosa y tendremos que insistir para conseguir toda la información.

Debemos dirigir la anamnesis en función de nuestros hallazgos, ya que puede haber datos importantes que para la familia pueden pasar desapercibidos por no considerarlos importantes.

Es importante tener en cuenta los efectos secundarios de los fármacos y preguntar por la administración de estos.

BIBLIOGRAFÍA

Sachin Kedar S, Biousse V, Newman NJ, Approach to the patient with anisocoria.

F.D. Bremner, S.E. Smith. Bilateral tonic pupils: Holmes Adie syndrome or generalised neuropathy?.

Br J Ophthalmol, 91 (2007), pp. 1620-1623

P-44. HIPEREXCITABILIDAD POR FLUIDASA, NO SOLO UN JARABE PARA LA TOS.

Suso Sánchez P*¹, Garcia Alvarez P¹, Gómez A¹, Millan Omil T¹, García Paz J¹, Cachaldora Losada M¹, Pardo Vazquez J¹

¹PEDIATRÍA, Hospital Teresa-Herrera.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La tos es uno de los motivos de consulta más frecuentes en pediatría, generando gran ansiedad en los padres. En la mayoría de ocasiones, este síntoma se produce de forma aguda y es secundario a infecciones respiratorias víricas leves conocidas como catarro común. La posición por parte de la OMS y los diferentes organismos pertenecientes al ámbito de la pediatría es unánime en contra del uso en esta patología de fármacos sintomáticos como los antitusivos, expectorantes, antihistamínicos o antimucolíticos. Esto se debe a que no han demostrado mayor eficacia que el placebo en ensayos clínicos aleatorizados y que pueden tener efectos secundarios graves especialmente en niños menores de 2 años. A pesar de ello su uso sigue siendo muy común en la práctica médica habitual en nuestro entorno.

CASOS CLÍNICOS

Lactante varón de dos meses de edad, sin antecedentes perinatales ni familiares de interés, que acude a Urgencias por movimientos anormales iniciados en los 3 días previos a acudir. Describen los movimientos como rítmicos, de ambas extremidades superiores, acompañados de parpadeo de ojos y habitualmente seguidos de llanto consolable. Realizaba sobre 2-3 episodios por día, de segundos de duración, estando el resto del tiempo más adormilado e irritable. A la exploración física presentaba buen estado general y exploración neurológica normal. En la anamnesis referían cuadro catarral concurrente para el que estaban administrando desde hacía 4 días un tratamiento para la tos (Fluidasa®). Se solicita un electroencefalograma convencional (EEG) y una valoración por parte de Neuropediatría de forma preferente y se recomienda retirada del tratamiento siendo dado de alta. Tras la suspensión del fármaco presenta una evolución favorable sin presentar nuevos episodios. Se realiza el electroencefalograma con trazado no patológico y es valorado por Neuropediatría con exploración neurológica sin alteraciones, siendo diagnosticado de hiperexcitabilidad secundaria a toma de Fluidasa®.

DISCUSIÓN

Los medicamentos del grupo de los antihistamínicos como la mepifilina (Fluidasa ®) no han demostrado ser más eficaces que el placebo en el tratamiento sintomático de la tos y se han relacionado con efectos adversos importantes como la sedación, hiperexcitabilidad, depresión respiratoria y alucinaciones. Es importante recordar que el hecho de ser fármacos de dispensación libre (sin receta) en las Farmacias no es sinónimo de su inocuidad y, por tanto, los profesionales sanitarios debemos conocer y controlar su uso y hacernos valer de la educación sanitaria como herramienta fundamental para concienciar a las familias.

BIBLIOGRAFÍA

- Yin S. Over-the-counter cough and cold preparations: approach to pediatric poisoning. In: UpToDate, Burns MM (Ed).
- Pappas DE. The common cold in children: management and prevention. In: UptoDate, Edwards MS (Ed).
- Urgellés Fajaro E, Barrio Gómez de Agüero M^ªI, Martínez Carrasco M^ªC, Antelo Landeira M^ªC. Tos persistente. Protocolos diagnósticos terapéuticos de la AEP: Neumología. 2008.

COMUNICACIONES PÓSTER

PANEL 5

P-45. ¿QUÉ HAGO CON ESTA LENGUA?

Suárez Camacho *¹, García Zuazola I¹, Navarro Gonzalo C¹, Dorado López P¹, Galán Cotelo L¹, Marqués Bagur C¹, Iglesias Aldea M¹, López Franco M², Rivero Calle I², Caamaño Viña F², Dacosta Urbieto A²

¹Pediatría, Hospital clínico universitario de Santiago de Compostela. ²Infectología pediátrica, Hospital clínico universitario de Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La lengua negra vellosa es una entidad benigna y autolimitada cuya prevalencia oscila entre el 0,6 y el 11%. Existe pocos casos descritos en la edad pediátrica por la baja prevalencia de factores de riesgo (como el tabaquismo) en este grupo de edad. Consiste en la hipertrofia de las papilas filiformes de la lengua en su porción dorsal adquiriendo un aspecto veloso debido a la hiperqueratinización, y la proliferación de bacterias y levaduras cromógenas, pudiendo adquirir distintas tonalidades desde negro, marrón, verde hasta a amarillo. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, reservándose las pruebas complementarias para aquellos casos refractarios a tratamiento. El tratamiento consiste en evitar factores de riesgo y adecuada higiene oral. En casos refractarios se emplean agentes queratolíticos (ácido retinoico al 0,1% o urea al 10-40%).

CASOS CLÍNICOS

Paciente de 2 meses y 22 días sin antecedentes perinatales, infecciosos o familiares de interés, actualmente a tratamiento con simeticona, que acude al servicio de urgencias por lengua negra de 1 mes y medio de evolución. Había recibido tratamiento durante 1 semana con miconazol, posteriormente inició tratamiento con nistatina durante 10 días. Finalmente, se indicó en su área sanitaria de origen tratamiento combinado con miconazol y nistatina durante 1 semana. Ningún tratamiento logró remisión de los síntomas.

A la exploración destacaba orofaringe normocoloreada sin exudados, placa negra en lengua que no se desprende con el raspado, y el resto de la exploración dentro de la normalidad. Se toman cultivos de exudado lingual siendo estos negativos para bacterias y hongos. Se realizó interconsulta con servicio de dermatología que indica actitud expectante realizando cepillado de lengua con cepillo dental por mala tolerancia de agentes queratolíticos linguales en este grupo de edad.

DISCUSIÓN

La lengua negra vellosa es una entidad poco frecuente, pero a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial, para evitar tratamientos y pruebas complementarias innecesarias.

El tratamiento debe ser individualizado en cada caso dado, que en ocasiones bastaría con eliminación del agente desencadenante y una buena higiene oral.

El uso de queratolíticos linguales no está recomendado en pacientes de corta edad debido que son mal tolerados y pueden interferir con la alimentación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Serrano ER. Nota clínica. 2020;31-4.
2. Torres JA, Fernández SM, Álvarez LS, López Toro ML. Black hairy tongue in infant. Rev Cubana Pediatr. 2022;94(2):1-10.

P-46. NO TODO ES PIELONEFRITIS

Anegón García M¹, Junco Plana A², Díaz García C¹, González Paz H¹, Vadillo González F¹, López Fernández A¹, Fernández Cebrián S³

¹Pediatría Hospitalización, CHUO. ²Pediatría Hospitalización, CHUO. ³Jefe de Pediatría, CHUO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La nefritis focal aguda o nefronía lobar es una infección bacteriana aguda que afecta al parénquima renal, involucrando uno o más lóbulos. La prevalencia es escasa. Es considerado una entidad intermedia entre la pielonefritis aguda y el absceso renal, englobado dentro de las infecciones del tracto urinario. Tiene un curso insidioso y el urocultivo es negativo en algunas ocasiones. La prueba diagnóstica de elección es la ecografía ,reservándose la tomografía computarizada ante una mala evolución o en casos dudosos.

CASOS CLÍNICOS

Lactante de 15 meses que ingresa por sospecha de pielonefritis ante un cuadro clínico caracterizado por fiebre, dolor abdominal y hematuria macroscópica de 72 horas de evolución. Recibía desde el inicio del cuadro clínico Amoxicilina oral. En las pruebas complementarias solicitadas, se objetiva leucocitosis a expensas de neutrófilos y elevación significativa de los reactantes de fase aguda con función renal conservada en todo momento. En la ecografía renal se observa alteración en la diferenciación corticomedular del riñón derecho a nivel del polo superior y tercio medio, con franca hipovascularización en el estudio Doppler color en esa zona. Hallazgos que podrían estar en relación con una nefritis focal aguda. Se inicia tratamiento con Cefotaxima endovenosa, previa recogida de hemocultivo y urocultivo, con mejoría clínica inicial. Hasta el 6º día se mantiene febril, con empeoramiento del dolor abdominal y elevación significativa de los reactantes de fase aguda, siendo el urocultivo y hemocultivo negativos. Ese día se sustituye la Cefotaxima por Meropenem y Vancomicina endovenosos con los que completa un total de 14 días. Disminuye la fiebre hasta su desaparición al 4º día del inicio de estos dos antibióticos. Se objetiva así mismo normalización de la fórmula leucocitaria y descenso progresivo de los parámetros de infección. La ecografía de control realizada al mes del alta muestra alteraciones ecográficas en polo superior compatibles con cicatrices renales, pendiente de completar estudio de imagen para descartar definitivamente nefropatía cicatricial.

DISCUSIÓN

La nefritis focal aguda es una infección del tracto urinario febril localizada poco frecuente, con necesidad de un correcto diagnóstico radiológico a veces sin aislamiento microbiológico. Es preciso sospecharlo ante una evolución tórpida de una pielonefritis y alteraciones de la ecoestructura renal. El tratamiento médico es suficiente y el pronóstico suele ser bueno.

BIBLIOGRAFÍA

Lucas García J, Oltra Benavent M, Ferrando Monleón S, Marín Sierra J, Rabasco Álvarez MD, Benito Julve P; en representación del Grupo de Trabajo para el estudio nefritis focal aguda (NFA); Componentes del Grupo de Trabajo para el estudio nefritis focal aguda (NFA). Marcadores predictivos de nefritis focal bacteriana aguda. Estudio multicéntrico casos-control [Predictive markers of acute focal bacterial nephritis. A multicentre case-control study]. An Pediatr (Engl Ed). 2020 Aug;93(2):77-83. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2020.01.018. Epub 2020 Mar 21. PMID: 32205055.

Ruíz Domínguez JL, Chicharro Molero JA, Marchal Escalona C, Fuentes Lupiañez C, Burgos Rodríguez R. Nefritis aguda bacteriana focal. Patología mimetizante de masas renales [Acute focal bacterial nephritis. Pathology mimicking renal masses]. Actas Urol Esp. 1994 Apr;18(4):308-11. Spanish. PMID: 7976720.

Falcón MV, Finn BC, Korin L, Emery NC, Young P. Nefritis bacteriana focal aguda por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente [Acute focal bacterial nephritis by methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*]. *Medicina (B Aires)*. 2013;73(3):288-90. Spanish. PMID: 23732214.

Cheng CH, Tsau YK, Lin TY. Effective duration of antimicrobial therapy for the treatment of acute lobar nephronia. *Pediatrics*. 2006

P-47. CITOMEGALOVIRUS COMO CAUSA DE ADENITIS DE MALA EVOLUCIÓN.

Rivas Vazquez M*¹, Formoso Leal L¹, Manso Gomez M¹, Suárez Sanmartín A¹, García Fernández E¹
¹*Pediatría, CHUF.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Una adenitis es el aumento del tamaño e inflamación de un ganglio linfático, patología frecuente en pediatría y cuyo origen suele ser infeccioso o tumoral, predominando la etiología bacteriana.

CASOS CLÍNICOS

Nuestro caso es un lactante de 1 año sin antecedentes relevantes con adenopatía inguinal izquierda y ecografía compatible con colección/adenopatía necrosada. Recibió tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral en domicilio durante 4 días sin mejoría.

Ingresa para tratamiento con amoxicilina-clavulánico y claritromicina intravenosos con mejoría parcial de la clínica, por lo que se decide alta completando hasta 15 días con antibioterapia oral. Serologías y mantoux negativos. A los 16 días del alta presenta adenopatía inguinal contralateral con fisura cutánea asociada, pautándose de nuevo tratamiento con claritromicina, cefuroxima y antiinflamatorios.

Se realiza serología con IgM e IgG positivas para CMV. Se suspende claritromicina, con mejoría parcial de la clínica y alta a domicilio.

Acude de nuevo a urgencias por empeoramiento de los signos inflamatorios, trasladándose a centro de referencia para valoración por cirugía pediátrica, iniciándose tratamiento con clindamicina y cefotaxima. Durante el ingreso se realiza exéresis quirúrgica de la adenopatía. Desarrolló exantema micropapular eritematoso generalizado, anemia y neutropenia. Se descartó inmunodeficiencia primaria y malignidad. Se detectó PCR positiva para CMV en sangre y en muestra de la adenopatía. Se inicia tratamiento con hierro oral y factor estimulador de colonias de neutrófilos con buena evolución clínica y analítica sin llegar a precisar tratamiento antiviral.

DISCUSIÓN

El CMV es un patógeno frecuente en edad pediátrica, que cuando afecta a lactantes sanos suele dar un cuadro leve similar a la mononucleosis infecciosa o incluso podría no provocar síntoma alguno.

Sin embargo, también podría dar lugar a adenopatías aisladas de evolución tórpida, que obligarían a un amplio diagnóstico diferencial, como es el caso presentado.

P-48. A PROPÓSITO DE UN CASO DE MENINGITIS POR REACTIVACIÓN DE VARICELA ZOSTER

Rivas Vazquez M*¹, Formoso Leal L¹, Manso Gomez M¹, Suárez Sanmartín A¹, García Fernández E¹
¹*Pediatría, CHUF.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El virus varicela zoster (VVZ) es una causa frecuente de enfermedad exantemática en la infancia. Tras una primoinfección en la primera infancia puede presentar una reactivación en forma de Herpes Zóster o incluso de meningitis aséptica. Presentamos el caso de un paciente de 13 años que ingresa por meningitis viral, por reactivación de virus varicela zóster.

CASOS CLÍNICOS

Paciente de 13 años que es traído a la Unidad de Urgencias por cefalea frontal de 24 horas de evolución, de características opresivas, sin sono ni fotofobia, con regular respuesta a analgesia convencional en pauta. Permanece afebril en todo momento, sin presentar cuadro catarral, vómitos ni otra sintomatología. El día previo, los padres objetivan lesiones microvesiculares en tronco. Como antecedentes personales de interés presenta una primoinfección por varicela zoster a los 7 años, sin dosis de recuerdo posterior.

A su llegada a nuestra Unidad de Urgencias presenta rigidez de nuca y lesiones microvesiculares arracimadas en tronco coincidentes con dermatoma. Se extrae hemocultivo y analítica sanguínea, sin alteraciones, y se procede a la realización de punción lumbar, enviando muestras de LCR para cultivo, estudio de virus neurotrofos y citoquímica, objetivando leucorraquia con predominio linfocitario e hiperproteorraquia. Dada la sospecha de meningitis vírica, sin poder descartar etiología herpética, se decide ingreso hospitalario e inicio de tratamiento con Aciclovir intravenoso.

Al día siguiente del inicio del aciclovir se obtiene resultado de virus neurotrofos en LCR, obteniendo PCR positiva para Virus Varicela Zóster.

Presenta una evolución clínica favorable. Se completaron los estudios con analítica sanguínea ampliada y estudio de inmunidad, dentro de la normalidad. Se amplía estudio con la realización de TC craneal, sin alteraciones agudas en el encéfalo.

Se completa tratamiento con aciclovir intravenoso durante 14 días y dada la buena evolución se decide alta hospitalaria con control por su pediatra.

DISCUSIÓN

Debemos tener en cuenta el VVZ como una posible causa de la meningitis, cuando tenemos un niño con exantema vesicular y la historia de varicela en la primera infancia. El diagnóstico de sospecha resulta importante ante la necesidad de iniciar el tratamiento con aciclovir de manera precoz para reducir en todo lo posible las complicaciones secundarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buitrago Gómez, Nathalia, et al. "Meningitis Aséptica Por Varicela Zóster Sin Rash Vesicular Previo En Paciente VIH Positivo. Presentación de Caso." *Revista Médicas UIS*, vol. 34, no. 1, 2 June 2021, <https://doi.org/10.18273/revmed.v34n1-2021009>. Accessed 23 Nov. 2021
2. "Meningitis Causada Por El Virus Varicela-Zóster En Un Niño Inmunocompetente." *Www.elsevier.es*, www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-pdf-S021348531630113X. Accessed 11 Oct. 2023.

P-49. OSTEOMIELITIS DEL ASTRÁGALO SECUNDARIA A LA PRUEBA DE GUTHRIE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sena Herrero L¹, Aneón García M^{*1}, Junco Plana A¹, Graña Silva F¹, Sardina Ríos A¹, González Freiría N¹, Rodríguez González L¹, Fernández Cebrián S¹

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La osteomielitis hematogena aguda es una afección poco común en los recién nacidos. Su diagnóstico puede ser difícil ya

que los signos clínicos suelen ser inespecíficos. Entre los factores de riesgo para su aparición se encuentran la

prematuridad, el bajo peso y los procedimientos mínimamente invasivos como la punción del talón.

CASOS CLÍNICOS

Neonato de 24 días de vida que presenta edema de pierna izquierda con escasa movilidad de 24 horas de evolución. Niegan traumatismos o heridas recientes, salvo realización de cribado endocrino-metabólico por punción de talón izquierdo hace 20 días en su centro de salud. Está afebril y no presenta otra sintomatología.

Pretérmino tardío de 35+5 semanas con peso adecuado. Preciso ingreso por taquipnea transitoria del recién nacido, sin otros antecedentes de interés.

En la exploración física destaca tumefacción de tobillo izquierdo y tibia distal, con dolor selectivo a la palpación. Pierna en flexoabducción con escasa movilidad activa. No hematomas ni heridas. Resto de la exploración anodina.

Se realiza ecografía que muestra tumefacción de partes blandas pretibiales izquierdas y moderada cantidad de líquido articular con ecos internos a nivel tibioastragalino anterior, así como lesión lítica de 2 mm en astrágalo izquierdo. Ante la sospecha de infección osteoarticular se inicia antibioterapia endovenosa con cloxacilina y cefotaxima. A las 48 horas se detecta *Enterococcus faecalis* en hemocultivo, por lo que se ajusta tratamiento según antibiograma a vancomicina y cefotaxima. El resto de cultivos son negativos. Analítica sanguínea y de orina, LCR, ecografía transfontanelar y abdominal normales.

Se completa estudio con resonancia magnética nuclear de la pierna, detectando un foco de 6 mm en metafisis tibial distal con edema de tejidos blandos, que confirma el diagnóstico de osteomielitis aguda.

Revisando los datos se identifican como posibles factores de riesgo la prematuridad y la punción del talón en miembro inferior izquierdo para cribado endocrino-metabólico, siendo este último el origen más probable en nuestro caso. Tras el diagnóstico se traslada a su hospital de área para completar tratamiento con antibioterapia durante 4 semanas.

Remisión clínica total al alta sin necesidad de limpieza quirúrgica.

DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial de impotencia funcional y edema de un miembro en neonatos es complejo, siendo fundamentales la exploración y las pruebas de imagen. Entre las posibles causas se encuentra la osteomielitis aguda, siendo la realización de la punción del talón un factor de riesgo a recordar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barriocanal, M. B., Jiménez, M. R., Amador, J. T. R., Insuga, V. S., Sánchez, A. H., & Jareño, M. L. L. (2013). Osteomielitis aguda: epidemiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. *Anales de Pediatría*, 78(6), 367-373. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.09.020>
2. Saavedra-Lozano, J., Calvo, C., Carol, R. H., Corrêa-Oliveira, R., Núñez, E., Pérez, C., Merino, R., Rojo, P., Obando, I., Downey, F., Colino, E., De Santiago García, J., Cilleruelo, M. J., Torner, F., & García, L. (2015). Documento de consenso SEIP-SERPE-SEOP sobre Etiopatogenia y diagnóstico

de la osteomielitis aguda y artritis séptica no complicadas. *Anales de Pediatría*, 83(3), 216.e1-216.e10. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.08.006>

3. T, T. K., Erat, T., Özdemir, H., Yahşi, A., Fıtöz, S., Çiftçi, E., & Şence, E. (2016). Calcaneus osteomyelitis secondary to Guthrie test. case report. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 114(04). <https://doi.org/10.5546/aap.2016.eng.e260>

P-50. ISLAS BLANCAS EN UN MAR ROJO

Piñeiro Feal L^{*1}, Barreiro Carballo L¹, Rodríguez Chitiva H¹, Otero Pérez L¹, Martínez Lorenzo R¹, Loureiro Faro M¹, Couceiro Gianzo J¹

¹*Pediatría, Hospital Provincial de Pontevedra.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El dengue es una infección viral (arbovirus, familia Flaviviridae) transmitido al ser humano por el mosquito *Aedes aegypti* y *albopictus*, endémico en la zona de procedencia de nuestro paciente. En las últimas décadas ha adquirido gran relevancia por sus brotes epidemiológicos y su efecto en las tasas de morbilidad y mortalidad de múltiples países. La infección puede ser asintomática, o cursar con síntomas como fiebre, cefalea intensa, dolor retroocular, mialgias, artralgias y exantema. La enfermedad puede presentar complicaciones como distrés respiratorio agudo, manifestaciones hemorrágicas y/o fallo multiorgánico.

CASOS CLÍNICOS

Paciente de 7 años procedente de Chaco (Argentina), en Europa desde hace 7 días, traído a urgencias por fiebre (máx. 39.5°C) de cuatro días de evolución. Valorado al inicio del cuadro por fiebre, cefalea con dolor retroocular y vómitos. A las 72 horas presenta exantema eritematoso generalizado en tronco y extremidades que afecta a palmas y plantas y desaparece a la vitropresión, presenta zonas de piel respetada en tronco, no pruriginoso. Asocia mialgias, astenia, decaimiento, náuseas y rechazo de la ingesta. No dolor abdominal ni a otros niveles. Varios familiares con clínica infecciosa en semanas previas.

En exploración física destaca el exantema descrito y prueba de torniquete positiva (petequias tras poner el compresor). Resto de exploración sin alteraciones.

En pruebas complementarias se objetiva plaquetopenia (70.000/mm³), leucopenia y discreta elevación de transaminasas. No datos de hemólisis.

Ante clínica compatible y contexto epidemiológico se solicita serología y PCR de Dengue, con resultado positivo.

Ingresa para observación por riesgo de complicación hemorrágica, permanece hemodinámicamente estable sin presentar otras alteraciones.

DISCUSIÓN

-El dengue debe considerarse en el diagnóstico diferencial del viajero internacional con fiebre dentro de los 14 días de volver de área endémica.

-La aparición de casos autóctonos en Europa y la presencia del mosquito (*Ae. Albopictus*) en Galicia nos indica que debemos estar preparados para la prevención, diagnóstico y control de la enfermedad.

-Aunque suele presentarse como una enfermedad autolimitada, debemos tener presente la existencia de complicaciones, sobre todo hemorrágicas, por lo que se debe mantener vigilancia estrecha.

-El tratamiento del dengue es inespecífico, con medidas de sostén e hidratación. Se deben evitar antiinflamatorios no esteroideos por riesgo de hemorragia.

BIBLIOGRAFÍA

Pavlicich Viviana. Dengue: revisión y experiencia en pediatría. Arch. Pediatr. Urug. [Internet]. 2016 Jun [citado 2023 Oct 13] ; 87(2): 143-156. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000200011&lng=es.

Tayal A, Kabra SK, Lodha R. Management of Dengue: An Updated Review. Indian J Pediatr. 2023 Feb;90(2):168-177. doi: 10.1007/s12098-022-04394-8. Epub 2022 Dec 27. PMID: 36574088; PMCID: PMC9793358.

P-51. ENFERMEDAD DE KAWASAKI. ¿CUÁNDO SOSPECHARLA?

Alonso Gago P^{*1}, Judith P¹, Regueiro Pombo M¹, López Vázquez E¹

¹*Pediatría y Áreas Específicas, Hospital Universitario Lucus Augusti.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis aguda y autolimitada que afecta a vasos de pequeño y mediano calibre, siendo la causa más común de enfermedad cardíaca adquirida en niños en nuestro medio. Afecta principalmente a menores de 5 años, con máxima incidencia entre los 18 y 24 meses, teniendo ligero predominio en varones y mayor prevalencia en países asiáticos. Se postula un agente causal infeccioso que produciría enfermedad en pacientes genéticamente predispuestos, caracterizándose por la aparición fiebre, conjuntivitis bilateral no purulenta, eritema orolabial, cambios en las extremidades, exantema y adenopatías latero-cervicales. El diagnóstico se realiza mediante criterios clínicos y la inmunoglobulina intravenosa (IGIV) a altas dosis en fase precoz es la base del tratamiento, pudiendo requerir casos resistentes el uso de corticoides y fármacos biológicos.

CASOS CLÍNICOS

Niño de 3 años y 8 meses que acude a Urgencias por fiebre de 8 días de evolución, con picos cada 4 horas. Como antecedentes personales destacaba seguimiento en Cardiología por un soplo sistólico detectado hacía 8 meses.

Refería linfadenopatía laterocervical izquierda desde el inicio del cuadro, con aparición tras 48 horas de otra sintomatología acompañante: inyección conjuntival bilateral, fisuras labiales, artralgias edema y eritema en dorso de manos y pies, dolor lumbar y dolor abdominal tipo cólico. Valorado previamente en cuatro ocasiones, descartándose EK por no cumplir criterios diagnósticos. En la exploración física, además de los hallazgos citados previamente, destacaban líneas de Beau, adenopatía laterocervical dolorosa de 2 cm y postura antiálgica en bipedestación con anteroflexión del tronco e imposibilidad para la deambulación.

Analíticamente se objetiva leucocitosis con neutrofilia, VSG 48 mm y PCR 89 mg/L, sin otras alteraciones en pruebas ECG, microbiológicas ni de orina. Ante hallazgos clínicos y cumpliendo criterios de EK completa se decide ingreso y se inicia tratamiento con IGIV en infusión continua durante 12 horas así como dosis antiinflamatorias de ácido acetilsalicílico (AAS), que se rotan a dosis antiagregantes a los 3 días. Mejoría clínica significativa con desaparición de la fiebre y resolución de síntomas articulares en las primeras 24 horas, descartándose aneurismas coronarios en ecocardiograma y siendo alta a domicilio a los 5 días, completando tratamiento ambulatorio con AAS.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la EK se realiza mediante criterios clínicos, pudiendo confirmarlo únicamente con la identificación de aneurismas coronarios o en otros territorios. La base del tratamiento es la IGIV a altas dosis, que ha demostrado mejorar el pronóstico coronario, asociándose conjuntamente con AAS que se mantendrá hasta la reversión completa de indicadores de enfermedad (normalización de plaquetas, negativización de reactantes de fase aguda, ecocardiograma normal..). Es de vital importancia identificar formas incompletas e instaurar un tratamiento precoz para evitar comorbilidades futuras.

BIBLIOGRAFÍA

Barrios Tascón A., Centeno Malfaz F., Rojo Sombrero H., et al. Consenso Nacional Sobre Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento Cardiológico de la Enfermedad de Kawasaki. Anales de Pediatría 2018; 89(3): 188.e1-188.e22

McCrinkle BW, Rowley AH, Newburger JW, Burns JC, Bolger AF, Gewitz M, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: A scientific statement for health professionals from the American Heart Association. Circulation. 2017;135:927-99.

S. Chen, Y. Dong, M.G. Kiuchi, J. Wang, R. Li, Z. Ling, et al. Coronary artery complication in Kawasaki disease and the importance of early intervention: A systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatr, 170 (2016), pp. 1156-1163

P-52. OSTEOMIELITIS AGUDA: ¿UNA PATOLOGÍA EN AUMENTO?

Marquès Bagur C^{*1}, Iglesias Aldea M¹, Galán Coteló L¹, Fernández Iglesias N¹, Penas Iglesias T¹, Dagraza Pérez M¹, Rey García S², López Franco M³, Suárez Camacho R¹, García Zuazola I¹, Navarro Gonzalo C¹

¹, Residente de Pediatría Hospital Clínico Universitario De Santiago De Compostela. ²Servicio de Planta de Hospitalización del Hospital Clínico Universitario De Santiago de Compostela, Hospital Clínico Universitario De Santiago de Compostela. ³Servicio de Infectología del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Hospital Clínico Universitario De Santiago de Compostela.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La osteomielitis aguda hematógena tiene una incidencia de 1.2 casos por cada 100.000 niños al año, con mayor incidencia en varones. La sintomatología cardinal suele ser fiebre y palpación de un punto doloroso óseo. Suele afectar a menos de dos huesos y la localización más común suele ser en los huesos largos.

El diagnóstico se basa en la anamnesis y la exploración física, con el apoyo de pruebas complementarias como la analítica sanguínea con reactantes de fase aguda, hemocultivo y pruebas de imagen, siendo el Gold Standard la Resonancia Magnética debido a su elevada sensibilidad y especificidad.

CASOS CLÍNICOS

Varón de 11 años correctamente vacunado, sin antecedentes personales destacables, que consulta en urgencias por gonalgia izquierda de 36 horas de evolución, acompañada de fiebre de 39°C y cojera en las últimas 24 horas. Ausencia de traumatismos o patología infecciosa previa.

A la exploración física destacaba leve tumefacción y calor en región inferior de la rodilla izquierda, sin datos de derrame articular ni impotencia funcional.

Se realizó análisis de sangre, hemocultivo, PCR de virus respiratorios y Rx de rodilla. Ante la normalidad radiológica, con elevación de reactantes, se realizó interconsulta al Servicio de Traumatología que descartó datos de artritis séptica; por lo que se indicó reposo domiciliario, analgesia oral y control clínico en 24 horas. Dada la persistencia de la fiebre y la cojera, se decidió ingreso y antibioterapia empírica intravenosa con cloxacilina, ante el hallazgo de cocos Gram positivos en hemocultivo. Se completó el estudio con una ecografía articular, sin datos sugestivos de derrame articular, y una gammagrafía ósea donde se objetivó una lesión focal en el extremo proximal de la tibia izquierda con componente inflamatorio e infeccioso activo compatible con la sospecha clínica de osteomielitis.

Desde el inicio de la antibioterapia, el paciente permaneció afebril con disminución del dolor a las 48 horas del inicio del tratamiento.

DISCUSIÓN

El agente microbiológico más frecuentemente aislado en esta patología es el *Staphylococcus aureus*. La antibioterapia empírica debe iniciarse precozmente, inicialmente intravenosa y posteriormente paso a vía oral. El tratamiento no debe tener una duración inferior a las tres semanas.

La osteomielitis aguda presenta una rápida mejoría clínica desde el inicio de la antibioterapia. Cuando asocia bacteriemia, se suelen negativizar los hemocultivos tras 48 horas de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Woods CR, Bradley JS, Chatterjee A, Copley LA, et al. Clinical Practice Guideline by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America: 2021 Guideline on Diagnosis and Management of Acute Hematogenous Osteomyelitis in Pediatrics. *J Pediatric Infect Dis Soc.* 2021;10(8):801-844.
2. Disch K, Hill DA, Snow H, Dehority W. Clinical outcomes of pediatric osteomyelitis. *BMC Pediatr.* 2023;23(1):54.
3. Gigante A, Coppa V, Marinelli M, Giampaolini N, Falcioni D, Specchia N. Acute osteomyelitis and septic arthritis in children: a systematic review of systematic reviews. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2019;23(2 Suppl.):145-158.
4. McNeil JC, Vallejo JG, Kok EY, Sommer LM, Hultén KG, Kaplan SL. Clinical and Microbiologic Variables Predictive of Orthopedic Complications Following *Staphylococcus aureus* Acute Hematogenous Osteoarticular Infections in Children. *Clin Infect Dis.* 2019;69(11):1955-1961.

P-53. BRONQUIOLITIS OBLITERANTE COMO SECUELA DE NECROLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Martin Andres L¹, Berrocal Castañeda M², Parejo Rodríguez A*²

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario de Ourense (CHUO).* ²*Pediatría, Complejo Hospitalario de Ourense (CHUO).*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La bronquiolitis obliterante (BO) es una neumopatía rara, que se produce como consecuencia de una agresión grave a la vía aérea pequeña ocasionando un estrechamiento y/o una obliteración completa. Su etiología es muy variada, destacando la causa infecciosa y postrasplante alogénico de médula ósea o de pulmón. Los hallazgos clínicos y radiológicos son inespecíficos, por lo que para determinar la posible etiología es imprescindible una exhaustiva historia clínica.

CASOS CLÍNICOS

Ingreso en Hospital de Ourense (CHOU) por necrolisis epidérmica tóxica (NET) probablemente post-infecciosa. PCR de virus respiratorios positiva para Rhinovirus/enterovirus. Antecedente de toma de dos dosis previas de ibuprofeno. No antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas. Evolución respiratoria: Al ingreso en unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) de CHOU síntomas de obstrucción de vía aérea alta que precisan tratamiento con dexametasona intravenosa y adrenalina

nebulizada. Derivado por su afectación cutánea a la Unidad de Quemados de referencia en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Inicialmente en UCIP síntomas de obstrucción de vía aérea superior que precisan tratamiento con adrenalina y budesonida nebulizada y dexametasona oral. En planta de hospitalización inicia episodios de tos productiva y fiebre destacando en la auscultación subcrepitantes en bases pulmonares. Radiografía de tórax donde se objetivan hallazgos compatibles con infiltrado parenquimatoso leve. Antibioterapia empírica con azitromicina oral con evolución favorable hasta el alta.

Derivado a consulta de neumología infantil de CHOU seis meses después para estudio de alergia.

Síntomas de fatiga y sibilancias con el deporte y cuadros infecciosos en tratamiento con salbutamol inhalado y budesonida inhalada con mejoría parcial. Exploración respiratoria inicial: Auscultación pulmonar con hipoventilación generalizada, sibilancias y roncus diseminados. Aumento dosis de budesonida inhalada. Segunda consulta en un mes persistencia disnea y sibilancias con el deporte. Exploración respiratoria: Auscultación pulmonar con subcrepitantes en bases. Radiografía de tórax: Probables atelectasias laminares retrocardíacas izquierdas. Cambio a tratamiento con salmeterol/fluticasona inhalado, azitromicina, montelukast y salbutamol inhalado. Mejoría generalizada presentando únicamente disnea con grandes esfuerzos. Se realiza TAC de tórax ante sospecha de bronquiolitis obliterante secundaria a epidermólisis epidérmica tóxica que confirma la sospecha.

DISCUSIÓN

La bronquiolitis obliterante es una enfermedad pulmonar obstructiva crónica que se produce como consecuencia de una agresión al epitelio de vía aérea inferior. Es una complicación infrecuente de la NET.

El inicio es insidioso, debiendo sospecharla tras inicio sintomatología respiratoria crónica después de una infección respiratoria grave. Su diagnóstico suele ser tardío predominando componente de fibrosis pulmonar. No hay evidencia en su tratamiento, siendo fundamental el soporte respiratorio fases tardías.

BIBLIOGRAFÍA

E. L. Seccombe, M. Ardern-Jones, W. Walker, S. Austin, S. Taibjee, S. Williams, P. Hossain, D. Shenoy and A. Fityan. (2019) Bronchiolitis obliterans as a long-term sequela of Stevens–Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in children. Department of Dermatology; Paediatric Respiratory Department; Department of Paediatrics; Department of Ophthalmology, University Hospital. Southampton NHS Foundation Trust, Southampton, Hampshire, UK; and Department of Dermatology, Dorset County Hospital NHS Foundation Trust, Dorchester, Dorset, UK.

Lauren M. Carpenter, BS, Jason P. Weinman, MD, Yeva Aleksanyan, MA, Alix K. Mizoue, MD, Robin R. Deterding, MD and Deborah R. Liptzin, MD, MS. (2021) Stevens-Johnson Syndrome in Children: Consider Monitoring for Bronchiolitis Obliterans. The journal medicine.

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/08_bronquiolitis_obliterante.pdf

P-54. TUMEFACCIÓN DE PARTES BLANDAS EN LACTANTE

Ortiz López I¹, Míguez González A^{*1}, Mourelle Vázquez N¹, Pazos Diz N¹, Sarmiento Carrera N¹, Novoa Illanes A¹, Fernández Cebrián S¹

¹*Pediatría, CHUO.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las lesiones osteoarticulares en lactantes se deben en general a cuadros banales como traumatismos. Se debe plantear el diagnóstico diferencial con cuadros de mayor gravedad, principalmente infecciones. Las osteomielitis son más frecuentes en los niños menores de 5 años y asientan habitualmente en las metáfisis de huesos largos, *S. aureus*, *K. kingae* y *S. pyogenes* son los patógenos más frecuentes.

CASOS CLÍNICOS

Paciente de 13 meses con cuadro de impotencia funcional del miembro superior derecho, antecedente de traumatismo leve 24 horas antes, asocia fiebre en los últimos 3 días. A la exploración física presenta edema y tumefacción de antebrazo derecho con calor local, eritema y dolor a la movilización. Radiografía sin hallazgos, la ecografía objetiva tumefacción de partes blandas y colección subperióstica de 3 mm en radio derecho. Ante sospecha de osteomielitis se decide ingreso con antibioterapia empírica (cefotaxima y cloxacilina iv). Progresión rápida en primeras horas con aparición de foco de celulitis en tobillo izquierdo y sepsis clínica precisando ingreso en UCIP, se añade clindamicina iv al tratamiento. Posteriormente estable, se aísla en hemocultivo *S. pyogenes* sensible y se confirma osteomielitis en antebrazo derecho y tobillo izquierdo en gammagrafía ósea.

Mejoría rápida del estado general, cese de la fiebre y descenso de reactantes de fase aguda pero con evolución muy tórpida a nivel local. A la semana de ingreso en resonancia magnética se objetiva aumento de absceso subperióstico hasta 7 mm con miositis asociada, subsidiario de lavado quirúrgico, realizado por parte de traumatología. Precisa cirugía en dos ocasiones más para desbridamiento y lavado dada persistencia de absceso a pesar de ampliar espectro antibiótico (meropenem y vancomicina). Antibioterapia prolongada, inicialmente intravenosa y posteriormente oral. Como complicación presenta a los dos meses del inicio del cuadro fractura patológica del radio así como acortamiento del mismo. Buena evolución con tratamiento conservador (férula de reposo), objetivando en radiografía callo de fractura a los 4 meses con lo que se finaliza el tratamiento antibiótico.

DISCUSIÓN

Las infecciones osteoarticulares son relativamente frecuentes en la infancia y la hematógena la vía de adquisición más habitual. La osteomielitis requiere un alto índice de sospecha para realizar un tratamiento antibiótico precoz que disminuye tanto las complicaciones agudas como el riesgo de secuelas ortopédicas graves. En la mayoría de los casos es suficiente con tratamiento médico pero se debe realizar un manejo multidisciplinar desde el inicio, valorando la necesidad de asociar tratamiento quirúrgico según evolución.

BIBLIOGRAFÍA

<https://www.upiip.com/sites/upiip.com/files/Infecci%C3%B3n%20osteoarticular%202020.pdf>

https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/18_infecciones_osteoarticulares.pdf

Documento de consenso SEIP-SERPE-SEOP sobre el tratamiento de la osteomielitis aguda y artritis séptica no complicadas. J. Saavedra-Lozano, C. Calvo, R. Huguet Carol, C. Rodrigo, E. Núñez, I. Obando, P. Rojo, R. Merino, C. Pérez, F.J. Downey, E. Colino, J.J. García, M.J. Cilleruelo, F. Torner, L. García. Anales de Pediatría. 2014.

P-55. PREVENCIÓN DEL DAÑO RENAL MEDIANTE PROTOCOLO DE HIPERHIDRATACIÓN EN GASTROENTERITIS ENTEROINVASIVA POR TOXINA SHIGA

Fernández González L*¹, Quijada Celis C¹, Álvarez Expósito N¹, Suárez Otero G¹, Concheiro Guisán A¹

¹*Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La infección por *Escherichia coli* productor de toxina Shiga (STEC) es la causa más frecuente de síndrome hemolítico urémico típico (SHU). Este forma parte del espectro de las microangiopatías trombóticas, cursando con anemia hemolítica, insuficiencia renal y trombopenia.

Suele desarrollarse entre el 5º y 14º día desde el inicio de la infección gastrointestinal.

Se presentan dos casos clínicos que ilustran la potencial eficacia de un protocolo de hidratación en fases tempranas ante una infección por STEC a la hora de prevenir el fallo renal en pacientes pediátricos.

Se recogen los pacientes hospitalizados por gastroenteritis enteroinvasiva STEC desde la puesta en marcha del protocolo (agosto 2022). Este consiste en expansión inicial con SSF al 0,9% y posteriormente hiperhidratación con Ringer Lactato a 2L/m²/día, acompañado de control analítico y vigilancia clínica (diuresis y tensión).

CASOS CLÍNICOS

Caso 1:

Mujer de 10 años que consulta por diarrea de 4 días de evolución con heces sanguinolentas en las últimas 24 horas. En coprocultivo se aísla STEC stx1/stx2. Se ingresa para protocolo de hidratación. A las 24 horas presenta signos leves de sobrecarga hídrica por lo que se disminuyen los aportes de sueroterapia a basales con descenso progresivo hasta retirada completa el 4º día de ingreso. Presenta adecuada evolución, con analítica estable sin datos de hemólisis (plaquetas 200.000, Hb:12,5 g/dl, LDL 200 UI/L) ni de insuficiencia renal aguda (creatinina máxima 0.65 mg/dl).

Caso 2:

Mujer de 2 años con diarrea de 7 días de evolución y deposiciones de color negro desde hace 48 horas, aislándose en coprocultivo STEC stx1/stx2. Se inicia hiperhidratación según protocolo. A lo largo del ingreso presenta mejoría paulatina por lo que se disminuye la velocidad de infusión suspendiéndose la misma al 5º día de ingreso. Mantiene constantes en rango y controles analíticos sin alteraciones, conservando una adecuada función renal con creatinina máxima de 0.3 md/dl y albúmina entorno a 4 d/dl, sin datos de hemólisis manteniendo plaquetas en 450000/nnL y hemoglobina estable en 10,5 g/dl.

DISCUSIÓN

- Una adecuada hidratación podría reducir tanto la aparición como la gravedad de SHU. Es necesario confirmar esta hipótesis mediante amplias series de pacientes y/o estudios aleatorizados.
- El protocolo de hidratación parece seguro pero debe acompañarse de un exhaustivo control clínico y analítico. Este seguimiento debe prolongarse durante los 15 primeros días tras el inicio de los síntomas.

IBLIOGRAFÍA

1. Grisar S, Xie J, Samuel S, et al. Asociaciones entre el estado de hidratación, la administración de líquidos intravenosos y los resultados en pacientes infectados con *Escherichia coli* productora de toxina Shiga: una revisión sistemática y un metanálisis. *JAMA Pediatr* 2017; 171:68.
2. Bonany P, Bilkis MD, Iglesias G, et al. Restricción de líquidos versus expansión de volumen en niños con SUH asociado a diarrea: un estudio observacional retrospectivo. *Pediatr Nephrol* 2021; 36:103.
3. Loos S, Oh J, van de Loo L, et al. Hemoconcentración y predictores en el síndrome urémico hemolítico de *E. coli* productora de toxina Shiga (STEC-HUS). *Pediatr Nephrol* 2021; 36:3777.
4. Ardissino G, Tel F, Possenti I, et al. Expansión temprana del volumen y resultados del síndrome urémico hemolítico. *Pediatría* 2016; 137.

P-56. NEFRONÍA EN PEDIATRÍA, REVISIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

Santana Monzón S*¹, Paytubí Fernández J¹, Aguilar Gutiérrez D¹, Gallego Vázquez S¹, Padín Vázquez V¹, Amil Pena T¹, Vázquez López E¹

¹*Pediatría y áreas específicas, Hospital Univeristario Lucus Augusti.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La nefronía es una infección bacteriana aguda poco frecuente, se presenta como una masa inflamatoria localizada en parénquima renal. Es una entidad a caballo entre la pielonefritis aguda no complicada y el absceso renal. La vía de infección suele ser ascendente a través del tracto urinario, aumentando en paciente con uropatías, siendo menos común por vía hematológica. La *Escherichia Coli* es el patógeno aislado más frecuente, aunque en la mayoría de los casos los cultivos suelen ser negativos. El diagnóstico es ecográfico, con hallazgo de una lesión focal, hipoeoica, con borde irregular poco definido, pudiéndose asociar nefromegalia. A pesar de esto la prueba Gold Standard es la tomografía computarizada (TC), reservada a casos de duda ecográfica o no respuesta a tratamiento.

CASOS CLÍNICOS

Niña de 9 años con antecedentes de reflujo vesicoureteral izquierdo grado IV intervenido, infecciones de repetición del tracto urinario y nefropatía cicatricial bilateral, con función renal conservada. Presentaba cuadro febril de 36 horas de evolución, asociado a dolor abdominal/lumbar. En ecografía abdominal, hallazgo de región hipoeoica en corteza renal derecha.

Niña de 6 años, con antecedente de pielonefritis aguda. Inició cuadro febril de 3 días de evolución, asociando dolor abdominal y vómitos. Durante ingreso, inició dolor agudo en hipocondrio derecho, con hallazgo de ecogenicidad alterada en polo superior derecho renal en ecografía de abdomen.

Varón de 7 años, sin antecedentes de patología urinaria. Presentaba síndrome febril de 36 horas y coxalgia izquierda. A la exploración presentaba puñopercusión renal izquierda positiva. Ecografía abdominal y de cadera no patológicas. Se amplió estudio con TC durante ingreso, presentando nefromegalia izquierda, con aéreas hipodensas en polo superior.

Todos los casos fueron clínica y radiológicamente compatibles con nefronía, presentando elevación de reactantes de fase aguda, y precisando ingreso en planta de hospitalización, para antibioterapia intravenosa. Recibieron una cefalosporina de tercera generación asociada a gentamicina durante 8-10 días, con adecuada respuesta al tratamiento, completando 21 días totales de antibioterapia con cefalosporina oral en domicilio.

DISCUSIÓN

La nefronía es una entidad poco frecuente, en ocasiones infradiagnóstica. Un alto nivel de sospecha es clave en el diagnóstico de esta entidad, precisando sospecharla ante una evolución tórpida de una pielonefritis o alteraciones en la ecoestructura renal, puesto que su clínica es insidiosa y las pruebas de laboratorio insustanciales. Precisa antibioterapia intravenosa agresiva y seguimiento estrecho por el riesgo de evolucionar a absceso renal. El tratamiento médico es suficiente y el pronóstico suele ser favorable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Granados Molina A, Espino Hernández M, Gancedo Baranda A, Albillos Merino JC, Álvarez-Cortinas JF, Molina Amores C. Nefronía focal aguda bacteriana: diagnóstico, tratamiento y evolución. *An Pediatr (Barc)*. 2007;66(1):84–6.
2. Piñera C, Loyola F, Hernández P. Nefronia en pediatría: dentro del espectro de las infecciones urinarias. Serie clínica y revisión de la literatura. *Rev Chilena Infectol*. 2015;32(5):564–8.
3. Sieger N, Kyriazis I, Schaudinn A, Kallidonis P, Neuhaus J, Liatsikos EN, et al. Acute focal bacterial nephritis is associated with invasive diagnostic procedures - a cohort of 138 cases extracted through a systematic review. *BMC Infect Dis*. 2017;17(1).

P-57. ESPONDILODISCITIS: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Dorado López P*¹, Gómez Vieites C¹, Afonso Carrasco I¹, Gómez Vieites M¹, Pisón Marcos I¹, García Fontao C¹, Iglesias Aldea M¹, Galán Coteló L¹, Marqués Bagur C¹, Pérez López A¹, López Franco M¹
¹*Pediatría, CHUS.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La espondilodiscitis en pediatría es un proceso poco frecuente que afecta al disco intervertebral y la superficie de los cuerpos vertebrales, causando disminución del espacio discal. La incidencia es de 0,2-2 casos/100.000 al año. Tiene un pico de presentación en menores de 3 años y otro en la adolescencia. La columna lumbar es la más afectada. Etiología principalmente infecciosa, inflamatoria o traumática. En la infecciosa predomina el *S. Aureus* en todas las edades, no identificándose germen en el 50%.

La clínica es variable y dependiente de la edad. Se debe sospechar en niños con alteraciones agudas en la deambulación, rechazo de la bipedestación o marcha, irritabilidad con la flexión de caderas o palpación de la región lumbar, contractura de los músculos paraespinosos y disminución de la lordosis lumbar.

Puede asociar leucocitosis leve en 1/3 de los casos y elevación de la VSG y PCR en un 50%, útil para monitorizar el tratamiento.

La prueba de elección es la resonancia magnética.

El tratamiento consiste en antibioterapia, analgesia e inmovilización.

El retraso en el diagnóstico puede conllevar secuelas.

CASOS CLÍNICOS

Lactante de 13 meses, previamente sano, con cojera de 10 días de evolución.

Antecedente de cuadro catarral febril 5 días antes del inicio de la cojera, diagnosticado inicialmente de posible sinovitis de cadera y recibiendo ibuprofeno pautado con mejoría parcial en los primeros días del cuadro. Persiste rechazo de la deambulación y cojera, con dolor que en ocasiones lo despierta durante el sueño. Afebril. No traumatismo desencadenante. Pérdida de 0,5 Kg de peso.

EF: irritable, con postura antiálgica. Quejoso con la sedestación. Rechaza la bipedestación. Impresiona de dolor con los movimientos de miembros inferiores. No signos inflamatorios locales. No tumefacciones ni hematomas. No dolor a la palpación de la columna.

La analítica muestra discreta leucocitosis con predominio de neutrófilos, VSG 54 mm, PCR 1,13 mg/dL. Autoinmunidad, serologías y Mantoux negativos. Hemocultivo negativo. Ecografía y Rx de caderas normal.

La gammagrafía ósea muestra hallazgos sugestivos de osteomielitis/discitis a nivel de L4, confirmándose en RM espondilodiscitis L3-L4.

Recibió cefuroxima intravenosa durante 3 semanas, presentando mejoría progresiva clínica y analítica. Afebril en todo momento y asintomático al alta. Completó 3 semanas más de antibioterapia oral.

DISCUSIÓN

La espondilodiscitis es una entidad infrecuente en pediatría, por lo que requiere un elevado índice de sospecha. Suele producirse retraso en el diagnóstico por su sintomatología inespecífica y las pocas alteraciones analíticas y radiográficas en fases iniciales. Debe incluirse en el diagnóstico diferencial ante cualquier alteración de la marcha e irritabilidad, sobre todo en niños pequeños. La RM es la prueba de elección. La evolución suele ser favorable pero puede haber secuelas ortopédicas graves, por lo que es importante la detección y tratamiento precoz y el seguimiento a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno, R. T., Fernández, M. G., León, M. I. M., Gómez, J. J., & Pascual, P. M. (2009). Espondilodiscitis: diagnóstico y seguimiento a medio-largo plazo de 18 casos. *Anales De Pediatría*, 71(5), 391–399. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2009.06.032>
2. Esendagli-Yilmaz G, Uluoglu O. Pathologic Basis of Pyogenic, Onpyogenic, and Other Spondylitis and Discitis. *Neuroimaging Clin N Am*. 2015;25(2):159-61
3. Herring JA. Tachdjian's Pediatric Orthopaedics: From the Texas Scottish Rite Hospital for Children. 5th ed. Philadelphia: Saunders; 2014.
4. Brown R, Hussain M, McHugh K, Novelli V, Jones D. Discitis in young children. *J Bone Joint Surg Br* 2001;83(1):106-1115.
5. Lamb MC, Starr BM, Steele RW. A toddler refuses to walk. *Clin Pediatr* 2014;53(14):1406-8.
6. Ramphul M, Chawla K. Not walking? An uncommon spinal pathology. *BMJ Case Rep* 2015;2015.

P-58. OJO PARECE, CELULITIS NO ES.

Suso Sánchez P¹, García Alvarez P^{*1}, Pardo Cao A¹, García Martínez M¹, Díaz Vieiro R¹, Pardo Vázquez J¹, Castro Aguiar S¹

¹PEDIATRÍA, Hospital Teresa Herrera.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Si se nos presenta un paciente con exoftalmos, nuestra primera sospecha diagnóstica suele ser la celulitis orbitaria. A pesar de ser menos frecuentes, y sobre todo si no se obtiene una buena respuesta tras la instauración de tratamiento, debemos tener en cuenta otras causas en nuestro diagnóstico diferencial. Entre ellas se incluyen la patología tiroidea, la traumática, o la presencia de una tumoración intraorbitaria que desplace el globo ocular, como una lesión linfático-venosa.

Los linfangiomas orbitarios son muy infrecuentes en la edad pediátrica. Se trata de malformaciones congénitas que se diagnostican debido a su crecimiento progresivo, desplazando las estructuras adyacentes. No suelen asociar déficit visual, y son de carácter benigno, pero tienden a recidivar pese al tratamiento.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos el caso de un niño de 6 años que acude a la unidad de Urgencias por proptosis derecha de 36 horas de evolución, en contexto de cuadro febril con clínica catarral. A la exploración física se observa protrusión del globo ocular derecho, con movimientos extraoculares conservados y pupilas normales. Se inicia tratamiento con antibioterapia y corticoterapia, y se realiza TC en el que se observa tumoración intraconal, sugestiva de glioma de nervio óptico sin poder descartar origen infeccioso. Durante su ingreso se realiza resonancia magnética que demuestra lesión quística que engloba pero no invade nervio óptico derecho, sugestiva de linfangioma orbitario intraconal. Permanece ingresado una semana, con mejoría progresiva de la proptosis gracias al tratamiento antiinflamatorio. En seguimiento posterior por cirugía maxilofacial y oftalmología, se decide inicio de tratamiento como terapia de uso compasivo con sirolimus, un fármaco inmunosupresor empleado en ocasiones para el tratamiento de este tipo de tumores. Presenta disminución progresiva del tamaño de la lesión tras 8 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

Ante un paciente con proptosis, pese a que la causa más frecuente es la infecciosa, debemos incluir en nuestras hipótesis las malformaciones congénitas como el linfangioma orbitario. Pueden ser causa de un exoftalmos brusco si se produce un sangrado en su interior. El tratamiento de esta malformación es conservador debido a su carácter benigno, ya que una cirugía erradicadora implica con frecuencia

la enucleación ocular. Están en estudio tratamientos inmunomoduladores que podrían demostrar su utilidad en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

Gómez Campdera JA, Navarro Gómez ML, García-Mon Marañes F, Aranguez Moreno G, Casanova Morcillo A. Celulitis orbitarias y periorbitarias en la infancia. Revisión de 116 casos [Internet]. Aeped.es. [citado el 20 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/44-1-8.pdf>

Orbital lymphangioma M.D. VillalbaPérez a,?, C.M. Toledo Morales a, M. Oltra Benavent a M.B. Ferrer Lorente a , M.A. Harto Castano~ b y J.A. Avinó~ Martínez b a Servicio de Pediatría, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, Espana~ b Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, Espana

COMUNICACIONES PÓSTER

PANEL 6

P-59. ENANISMO PRIMORDIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

San Martín Barroso R^{*1}, Sena Herrero L¹, Junco Plana A¹, Nóvoa Gómez G¹, González Rodríguez L¹, Fernández Cebrián S¹

¹*Pediatría y sus Áreas Específicas, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El enanismo primordial osteodisplásico microcefálico tipo II (MOPDII) es una enfermedad de herencia autosómica recesiva, producida por mutaciones en el gen PCTN, y caracterizado por una restricción del crecimiento pre y posnatal, microcefalia, displasia esquelética, dentición anómala, un mayor riesgo de enfermedad cerebrovascular y resistencia a la insulina.

CASOS CLÍNICOS

Varón de 13 años remitido por su pediatra a consulta de Endocrinología por talla baja extrema. Como antecedentes personales, destaca prematuridad de 36 semanas con retraso del crecimiento intrauterino severo. En etapa preescolar se realizó una serie ósea siendo compatible con una displasia ósea espondilometafisaria.

A la exploración física presenta talla baja extrema asociada a microcefalia y micrognatia; Múltiples micromáculas hipopigmentadas en tronco, e hiperpigmentadas en cara posterior de las piernas, y acantosis cervical.

A nivel musculoesquelético presenta escoliosis, pies planos, dismetría en miembros inferiores, genu valgo y extremidades delgadas con rigidez articular en codos y tobillos.

En analítica sanguínea destaca una anemia microcítica e hipocrómica con hiperinsulinismo.

Se solicitó un estudio genético de displasias óseas con resultado compatible con enanismo primordial osteodisplásico microcefálico tipo II (2 mutaciones en heterocigosis en el gen PCNT).

DISCUSIÓN

Ante un paciente con talla baja extrema y microcefalia debemos pensar en la posibilidad diagnóstica de un enanismo primordial osteodisplásico microcefálico, dentro de los cuales, el tipo II es la forma más común. Una de las principales complicaciones por la cual es importante hacer un diagnóstico precoz es el riesgo de complicaciones cerebrovasculares, las cuales determinan el pronóstico de la enfermedad en muchos casos. El diagnóstico se basa en la clínica y las pruebas radiológicas, y se confirma mediante pruebas genéticas.

BIBLIOGRAFÍA

Duker A, Jackson A, Bober MB. Microcephalic Osteodysplastic Primordial Dwarfism Type II. 2021 Dec 30 [updated 2023 Mar 30]. In: Adam MP, Mirzaa GM, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJH, Gripp KW, Amemiya A, editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993–2023. PMID: 34978779.

Bober MB, Jackson AP. Microcephalic Osteodysplastic Primordial Dwarfism, Type II: a Clinical Review. *Curr Osteoporos Rep.* 2017 Apr;15(2):61-69. doi: 10.1007/s11914-017-0348-1. Erratum in: *Curr Osteoporos Rep.* 2017 Jul 15;: PMID: 28409412; PMCID: PMC5561166.

Eslava A, Garcia-Puig M, Corripio R. A 10-Year-Old Boy with Short Stature and Microcephaly, Diagnosed with Moyamoya Syndrome and Microcephalic Osteodysplastic Primordial Dwarfism Type II (MOPD II). *Am J Case Rep.* 2021 Dec 19;22:e933919. doi: 10.12659/AJCR.933919. PMID: 34923567; PMCID: PMC8693238.

Ruiz-Botero et al, F. (2017). Multiple vascular malformations in a patient with microcephalic osteodysplastic primordial dwarfism type ii. Elsevier, 32(2), 127–129.

P-60. UTILIDAD DE LA COPEPTINA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DIABETES INSÍPIDA.

López-guerra González R*¹, Lores González O¹, Rey Cordo C², González Cabaleiro I³, Álvarez Expósito N⁴, Concheiro Guisán A⁵

¹Residente *Pediatría, Hospital Alvaro Cunqueiro*. ²Endocrinología *Pediatrica, Hospital Alvaro Cunqueiro*. ³Endocrinología *Pediatrica, Hospital Alvaro Cunqueiro*. ⁴Nefrología *Pediatrica, Hospital Alvaro Cunqueiro*. ⁵Jefa de *Pediatría, Hospital Alvaro Cunqueiro*.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La diabetes insípida es una enfermedad caracterizada por un defecto en la síntesis o acción de la hormona antidiurética (ADH). El mecanismo fisiopatológico es el déficit de resorción tubular renal de agua por acción insuficiente de la ADH por dos posibles causas: déficit de síntesis (diabetes insípida central, DIC) o insensibilidad renal a su acción (diabetes insípida nefrogénica, DIN).

La copeptina constituye una herramienta útil en el diagnóstico. Se secreta desde la neurohipófisis mediante la proteólisis de la provasopresina, precursora común de vasopresina y copeptina.

CASOS CLÍNICOS

Lactante varón de 3 meses que acude a urgencias por estancamiento ponderal y rechazo a la lactancia, con gran avidez por el agua. En las últimas 24 horas presentó síndrome emético. No constan antecedentes perinatales ni familiares de interés.

Al ingreso, presenta taquicardia, palidez cutánea, aspecto distrófico y fontanela ligeramente hundida, sin otras alteraciones. Ante datos sugestivos de deshidratación se inicia rehidratación endovenosa. Destaca en la analítica hipernatremia, hiperosmolaridad plasmática e hiposmolaridad urinaria. Se traslada a UCIP para monitorización estrecha donde se constata poliuria de más de 8 ml/kg/h por lo que ante la sospecha de diabetes insípida se realiza prueba terapéutica con desmopresina endovenosa, con respuesta parcial (aumento de osmolaridad urinaria 15%). Se completa estudio con una RMN cerebral en la que destaca ausencia de hiperseñal en secuencias T1 de la neurohipófisis y estudio analítico de función adenohipofisaria con resultado normal. Se solicita copeptina y se asocia tratamiento con hidroclorotiazida.

Evolución: Progresiva disminución de la ingesta de agua y aumento de la ingesta de fórmula. Normalización de los niveles de natremia y osmolaridad plasmática con ganancia ponderal adecuada. Se recibe resultado de copeptina, que confirma el diagnóstico de DIN. Se retira desmopresina, manteniendo ritmo de diuresis y natremia normales.

Actualmente, a los 6 meses de edad recibe tratamiento con hidroclorotiazida. Se encuentra asintomático con curva ponderal en ascenso, pendiente del estudio genético.

DISCUSIÓN

La copeptina es un marcador de la secreción de ADH, fácil de medir y con pocos falsos positivos, sustituye en muchos casos a la determinación de ADH.

Un incremento de la osmolaridad urinaria menor al 15% y niveles de copeptina > 21 pmol/L sugieren una DIN.

Aunque la ausencia de hiperseñal en la RMN, sugiere una DIC, puede estar presente hasta en el 30% de los casos de DIN.

El tratamiento de la DIN incluye el uso de diuréticos como la hidroclorotiazida asociada o no con la indometacina.

BIBLIOGRAFÍA

- Loureiro, C., Martínez, A., Fernández, R., CATTANI, A., & GARCÍA, H. (2009). Diabetes Insípida en pediatría: Serie clínica y revisión de la literatura. *Revista chilena de pediatría*, 80(3), 245-255.
- Velásquez-Jones, L., & Medeiros-Domingo, M. (2014). Diabetes insípida nefrogénica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 71(6), 332-338.
- Uribe, J. C. V., Maya, G. C., & Velásquez, J. M. A. (2020). Diabetes insípida: generalidades y diagnóstico en pacientes pediátricos. *Medicina & Laboratorio*, 19(07-08), 353-380.

P-61. SITOSTEROLEMIA: NO TODOS LOS ESTEROLES SON IGUALES

Castaño Garrido M*¹, Lores González O¹, Rey Cordo C¹, Concheiro Guisán A¹

¹*Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La sitosterolemia es un trastorno poco común del metabolismo lipídico de base genética y herencia autosómica recesiva. La causa genética son mutaciones a nivel de los transportadores intestinales de los esteroides vegetales (ABCG5/ABCG8) que ocasionan un déficit en su excreción y consecuentemente el acúmulo de los mismos tanto en sangre como en tejidos. Dicho acúmulo ocasiona diversas manifestaciones clínicas como xantomas, artritis, alteraciones morfológicas de las células sanguíneas. Además se ha descrito un aumento significativo del riesgo de enfermedad cardiovascular precoz y muerte prematura. Los niveles de colesterol pueden estar elevados, incluso previamente a la elevación de los fitoesteroides a nivel sanguíneo. El tratamiento se basa en una dieta restrictiva en alimentos ricos en esteroides vegetales y tratamiento farmacológico con Ezetimibe. Las estatinas no son eficaces.

CASOS CLÍNICOS

Mujer de 10 años enviada a consulta tras detectarse en analítica sanguínea cifras elevadas de colesterol (CT 367-LDL 267 mg/dL, APO B 186 mg/dl). No presenta antecedentes personales de relevancia. Antecedentes familiares: no refieren hipercolesterolemia salvo el abuelo materno, padres sanos sin alteraciones lipídicas. No eventos cardiovasculares precoces en la familia. Exploración física sin hallazgos relevantes, talla, peso y tensión arterial en percentiles adecuados a su edad, sexo y talla diana, estadio prepuberal y sin objetivarse xantomas. Se solicita estudio genético ante la sospecha de hipercolesterolemia heterocigota. La paciente inicia tratamiento con cambios en la dieta y Atorvastatina 10mg/día realizando control a los 3 y 6 meses en los que persisten niveles elevados de colesterol (342 y 438 mg/dL respectivamente). Ante la ausencia de respuesta a las medidas instauradas y el resultado negativo en estudio genético, se amplía estudio evidenciándose elevación de fitoesteroides en sangre (Beta-colesterol 25.8mcmol/L, Sitosterol 35.3 mcmol/L y Campesterol 20.4 mcmol/L). A la vista de estos hallazgos, se suspende atorvastatina y se inicia Ezetimibe 10mg/día y dieta restrictiva en esteroides vegetales. La sospecha de Sitosterolemia se confirma genéticamente al hallarse en el estudio una mutación en el transportador ABCG5. En siguiente control analítico tras iniciar el tratamiento apropiado se objetiva una cifra de colesterol de 183 mg/dL con una normalización de las cifras previas de esteroides vegetales (Beta-colesterol 10.8mcmol/L, Sitosterol 5.3 mcmol/L y Campesterol 7.0 mcmol/L).

DISCUSIÓN

Ante una dislipemia detectada en la infancia es indispensable un adecuado diagnóstico que nos permita diferenciarla del resto de trastornos lipídicos para realizar un adecuado manejo terapéutico del mismo y evitar así las posibles complicaciones a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

.J. Nuñez Rodríguez, M.J. García Barcinab, I. Martínez de Lizarduyc, C. Fernandez Ramosa, E. Sanchez Gonzalez. Sitosterolemia en paciente de 2 años con xantomias y alteraciones hematológicas.

P-62. HALLAZGO INCIDENTAL DE ADENOPATÍA SUPRACLAVICULAR... ¿HAS OÍDO HABLAR DEL LEIOMIOMA?

González Fernández M¹, Santana Monzón S¹, Ruiz Márquez S¹, Regueiro Pombo M², Moreno Leira D², Vazquez Lopez E²

¹Pediatría, HULA. ²Pediatría, HULA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los leiomiomas son tumores benignos infrecuentes que se origina en células musculares lisas. Se presentan como pápulas o nódulos normocoloreados, rojizos o marrones, pudiendo ser únicos o múltiples. Son generalmente dolorosos al tacto y a los cambios de temperatura, localizándose habitualmente en las superficies extensoras de los miembros, el tronco, la cara y el cuello. Pueden aparecer en cualquier edad, aunque tienen mayor incidencia en adultos jóvenes. El diagnóstico presuntivo se realiza mediante la clínica y se confirma con el estudio histopatológico, siendo excepcional la malignización. El tratamiento depende del número de lesiones y de la presencia de dolor asociado, pudiendo realizarse la resección quirúrgica en casos concretos (dolor o componente estético).

CASOS CLÍNICOS

Niño de 9 años con hallazgo casual de tumefacción supraclavicular no dolorosa de 15 días de evolución, sin presentar traumatismos previos ni antecedentes infecciosos. Niega síndrome constitucional, síntomas B, convivencia con animales, viajes recientes, ingesta de leche sin pasteurizar o de carne poco cocinada. No contacto con tuberculosis, ni vacunación reciente, manteniéndose afebril en todo momento. A la exploración física destaca una tumefacción en tercio externo clavicular derecho de 1,5 cm de diámetro, con consistencia dura, adherida a zona clavicular, sin fluctuación, eritema y no dolorosa a la palpación. No adenopatías ni tumefacciones a otros niveles con testes en bolsa sin tumefacción.

Se realiza analítica con hematimetría, bioquímica y coagulación sin alteraciones, reactantes de fase aguda en rango normal y frotis sanguíneo sin hallazgos patológicos. Pruebas infecciosas (serologías de CMV, VIH, VEB, Bartonella, toxoplasma y Mantoux) negativas. Se llevaron a cabo distintas pruebas de imagen como radiografía de tórax y ecografía abdominal, sin patología aparente. Asimismo, en la ecografía cervical se evidenció una imagen nodular de bordes lobulados sólidos de 2x1,5 cms, vascularizada, por lo que se programa realización de punción-aspiración con aguja fina. Finalmente, la anatomía patológica confirmó una lesión fusocelular sin atipia ni mitosis, compatible con leiomioma subcutáneo, con actina de músculo liso positivo; S-100 y marcadores linfoides negativos. Nuestro paciente fue dado de alta con control en atención primaria, valorando posible exéresis si dolor persistente o motivos estéticos.

DISCUSIÓN

Los leiomiomas son lesiones de muy baja incidencia, comúnmente infradiagnosticados por su forma asintomática en la mayoría de los casos. El interés de su hallazgo reside en descartar una neoplasia maligna ante aparición de tumoraciones de características inciertas en regiones de alto riesgo, como en nuestro caso, puesto que el pronóstico es benigno y su tratamiento rara vez es necesario.

BIBLIOGRAFÍA

Dilek N, Yüksel D, Sehito?lu I, Saral Y. Cutaneous leiomyoma in a child: A case report. *Oncol Lett.* 2013 Apr;5(4):1163-1164. doi: 10.3892/ol.2013.1194. Epub 2013 Feb 15. PMID: 23599756; PMCID: PMC3629131.

Holst VA, Junkins-Hopkins JM, Elenitsas R. Cutaneous smooth muscle neoplasms: clinical features, histologic findings, and treatment options. *J Am Acad Dermatol.* 2002 Apr;46(4):477-90; quiz, 491-4. doi: 10.1067/mjd.2002.121358. PMID: 11907496.

P-63. COMPRESIÓN MEDULAR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Fernández González L*¹, Arosa Sineiro C¹, Ocampo Álvarez A¹, Tallón García M¹, Lorenzo Fírvida C¹, Concheiro Guisán A¹

¹*Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome de compresión medular, aunque inusual, es una urgencia oncológica, y su sospecha precisa de realización de prueba de imagen urgente. La compresión extradural es la más frecuente, siendo el neuroblastoma la principal causa en menores de 5 años y el sarcoma de Ewing en edades superiores.

Su manejo depende de la existencia o no de deterioro neurológico. Los pilares del tratamiento son: dexametasona a altas dosis y cirugía descompresiva, valorando también la radioterapia o quimioterapia urgente en tumores quimiosensibles como el neuroblastoma.

CASOS CLÍNICOS

1.Niña, 7 años, dolor de MII de 1 mes de evolución. Imposibilidad para bipedestación, alodinia y parestesias en pies y retención fecal y urinaria en las últimas 24-48 horas.

Exploración física: Paresia de predominio MII. Reflejo cutáneo plantar izquierdo ausente y ROTs abolidos.

RM medular: masa retroperitoneal izquierda L2-L4 con invasión del canal medular.

Se inicia corticoterapia a altas dosis y se realiza laminectomía y resección tumoral parcial urgente. Posteriormente inicia tratamiento quimioterápico dirigido (EuroEwing2012) con recuperación neurológica prácticamente completa.

2.Niña, 8 años, gonalgia y dolor en muslo derecho de un mes de evolución con aparición súbita de dificultad para la bipedestación, pérdida de fuerza, parestesias e hiperalgesia en pie izquierdo.

Exploración física: Debilidad de MMII y abolición de reflejos rotulianos y aquileos bilaterales.

RM medular: tumoración a nivel de L3 con invasión del canal medular.

Ante clínica compatible con compresión medular se inicia tratamiento con dexametasona Se realiza laminectomía L2-L3 y resección parcial tumoral urgente. Administración de radioterapia urgente por gran deterioro neurológico progresivo, a pesar de inicio de tratamiento quimioterápico dirigido (EuroEwing 2012).

En consecuencia, grandes dificultades de cicatrización de herida quirúrgica.

Mejoría neurológica progresiva. Secuela: pie izquierdo equino varo y cifosis lumbar.

3.Niño, 5 meses, disminución de la movilidad y debilidad de MMII en últimas 48 horas.

Exploración física: Paraplejía, hipotonía y arreflexia en MMII.

RM de columna: masa sólida extramedular T2-L4.

Se inician corticoides a altas dosis y se realiza laminectomía descompresiva urgente con exéresis parcial; exéresis completa diferida.

Se inicia tratamiento quimioterápico dirigido (neuroblastoma). Mejoría de la función motora. Secuela: vejiga e intestino neurógeno e incontinencia urinaria.

DISCUSIÓN

- La compresión medular es una urgencia oncológica, resultando su sospecha un criterio suficiente para la realización de prueba de imagen urgente.
- La RM es el método diagnóstico de elección.
- Ante su sospecha clínica es necesaria una rápida actuación, ya que el tratamiento precoz es decisivo especialmente en el pronóstico neurológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Posakowski, M; Cannone, D. Pediatric Oncologic Emergencies. Emerg Med Clin N Am. 2014; 1: 1-22.
2. Hernández, J; Fuentes, Z. Síndrome de compresión medular en el paciente con patologías oncológicas. CCM Holguín. 2015; 19: 85-97.
3. Sanz, M; Molinero, E. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la compresión medular en el paciente oncológico. Protocolos de práctica asistencial. 2013; 11 (27): 1681-1685.
4. Tantawy AAG, Ebeid FSE, Mahmoud MA, Shepl OE (2013) Spinal cord compression in childhood pediatric malignancies: Multicenter egyptian study. J Pediatr Hematol Oncol 35: 232-236. ?
5. Gemici C (2010) Lhermitte's sign: Review with special emphasis in oncology practice. Crit Rev Oncol Hematol 74: 79-86. ?
6. Hammack JE (2012) Spinal cord disease in patients with cancer. Continuum (Minneapolis) 18: 312-327.

P-64. DERMATITIS DEL PAÑAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Corral Martínez T¹, Rodeño Abelleira A², Rey Bouza M², Mouteira Vazquez M², Cendan Cabana T², Lopez Montero V³

¹UCI pediatría, CHUF. ²Uci Pediatría, CHUF. ³Obstetricia, CHUF.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La dermatitis del pañal (DP) es un proceso cutáneo irritativo e inflamatorio de la piel del área del pañal. Es uno de los trastornos más frecuentes en recién nacidos y lactantes. En la actualidad existe escasa evidencia sobre su prevención y tratamiento provocando una gran variabilidad entre profesionales a la hora de manejarla.

CASOS CLÍNICOS

Recién nacida a término pequeña para la edad gestacional. Recibe alimentación artificial con fórmula de bajo peso. Valoración al ingreso Escala EVE = 0, Escala NSRS = 15 puntos. Durante el ingreso presenta mala tolerancia digestiva, irritabilidad y deposiciones semilíquidas en gran número (13 días) que precisan cambio de fórmula por sospecha clínica de intolerancia a proteínas de leche de vaca. Al quinto día de vida, coincidiendo con el aumento del número de deposiciones se observa deterioro importante de la integridad de la piel perianal, hasta alcanzar un EVE = 4. Se inicia tratamiento con tocoferol acetato dos veces al día. Se mantiene el tratamiento durante 11 días, no apreciándose mejoría. A los 17 días de vida se pauta hidrocoloide en polvo + crema barrera con óxido de zinc + vaselina apreciándose mejoría a las 24 horas de iniciado el tratamiento. Recibe el alta a domicilio a los 32 días de vida con una valoración en la escala EVE = 1.

DISCUSIÓN

Para poder evitar la variabilidad a la hora de manejar la dermatitis del pañal es necesario disponer de una guía o protocolo escrito, conocido por todos los profesionales. Dentro del protocolo se debe establecer un tiempo mínimo para mantener un tratamiento y valorar su eficacia antes de retirarlo.

BIBLIOGRAFÍA

- Cuidados de la piel relacionado con la dermatitis del pañal en neonatos [Internet]. Available from: https://www.seenenfermeria.com/sites/default/files/documentos/220305_documento_consensu_dermatitis_panal_seen_2022_1.pdf
- 2.- Zambrano Pérez E, Fernández A, Zambrano A. Dermatitis del pañal [Internet]. Available from: <https://www.enfermeriaaaps.com/portal/wp-content/uploads/2012/02/Dermatitis-Panal-AEP.pdf>
- 3.- Suárez Sanz S. Dermatitis del pañal. Abordaje eficaz. Farmacia Profesional [Internet]. 2002 Dec 1;16(11):52–7. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-dermatitis-del-panal-abordaje-eficaz-13041486>
- 4.- Román T. Dermatitis del pañal y trastornos relacionados [Internet]. Available from: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx03/01/n3-151-158_TomasPozo.pdf
- 5.- Dermatitis de pañal en neonatos: estudio comparativo de eficacia entre dos productos tópicos. JNV [Internet]. Diciembre de 2022 en: [https://doi.org/file:///C:/Users/lvell/Downloads/JNV-1_DICIEMBRE_2022_Articulo-2%20\(6\).pdf](https://doi.org/file:///C:/Users/lvell/Downloads/JNV-1_DICIEMBRE_2022_Articulo-2%20(6).pdf)

P-65. GUIA CUIDADO CANGURO. UNIDAD NEONATAL DEL CHUF

Accion Rodriguez M^{*1}, Rodeño Abelleira A¹, Rey Bouza M¹, Mouteira Vazquez M¹, Corral Martinez T¹, Gabin Pena M¹
¹UCIPED, CHUF.

OBJETIVOS

El futuro y ya presente de los cuidados de los recién nacidos hospitalizados pasa por un modelo integral del cuidado del bebé, donde los padres no solo están presentes, mejoran su participación en el cuidado de su hijo. Su participación en los cuidados del día a día mejora los resultados de salud de los niños.

Parte fundamental de los cuidados es el cuidado canguro

Empoderar a los padres y transferirles gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser los cuidadores principales satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales.

Hacer que se sientan protagonistas de la recuperación de sus hijos.

MÉTODOS

Se ha hecho una búsqueda bibliográfica de los cuidados a los recién nacidos recomendados por la OMS, el Ministerio de Sanidad y los estándares europeos para la salud de los recién nacidos

RESULTADOS

Se ha elaborado una guía para padres del método canguro donde se indica:

¿Qué es?

Posición canguro

Las recomendaciones de su aplicación

¿Quién puede hacerlo?

Beneficios para el bebé y para los padres

Como interactuar con su bebé

CONCLUSIONES

Está demostrado la pertinencia y eficacia del cuidado canguro tanto en la estabilidad del recién nacido como en la confianza y empoderamiento de los padres.

El cuidado canguro será el hilo conductor hacia los cuidados integrales donde los padres adquieren la responsabilidad de convertirse en los principales cuidadores de sus hijos. Cuidado administrado siempre con una hoja de ruta y un aprendizaje guiado y apoyado por los profesionales de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

GUÍA PRÁCTICA SOBRE EL MÉTODO CANGURO DE LA OMS

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43083/9243590359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MÉTODO MADRE/PADRE CANGURO DE LA AEPED

<https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/metodo-madrepadre-canguro>

CUIDADOS DESDE EL NACIMIENTO. RECOMENDACIONES BASADAS EN PRUEBAS Y BUENAS PRÁCTICAS. MINISTERIO DE SANIDAD 2010

<https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDEsdeNacimiento>.

P-66. REVISIÓN DE LA DERMATITIS DE PAÑAL EN EL ÁREA NEONATAL DEL CHUF

Rodeño Abelleira A^{*1}, Mouteira Vázquez M², Tizón Bouza E³, Rey Bouza M⁴, Acción Rodríguez M⁴, Corral Martínez T⁴

¹UCI neonatal, CHUF. ²UCI Neonatla, CHUF. ³Consultas externas, CHUF. ⁴UCI Neonatal, CHUF.

OBJETIVOS

La dermatitis del pañal (DP) es uno de los trastornos de la piel más común en recién nacidos y lactantes y aunque rara vez causa problemas importantes, provoca un gran disconfort y estrés en el neonato.

En los últimos tiempos observamos un aumento de los casos de DP en el área neonatal, motivo por el cual realizamos una revisión en cuanto a su aparición, factores que puedan estar relacionados y evolución.

OBJETIVO

Determinar la incidencia de la dermatitis de Pañal en el área neonatal del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF), establecer posibles factores que puedan contribuir a su aparición, describir las medidas preventivas y tratamientos aplicados, así como valorar la efectividad de los cuidados prestados.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, prospectivo, de neonatos ingresados en los servicios de neonatología y UCI pediátrica del CHUF, entre febrero de 2022 y febrero de 2023. La recogida de datos se hizo por medio de una ficha Ad Hoc donde se recogían variables sociodemográficas, clínicas, de aspecto de la piel según Escala Visual del Eritema (EVE) y relacionadas con el cuidado de la zona perianal.

RESULTADOS

Registramos 185 pacientes, un 45,4% mujeres, 54,6% varones, media de edad gestacional de 38,08 y de 1,06 días de vida al ingreso. El 64,3% ingresaron en la unidad de neonatología y permanecieron

hospitalizados una media de 6,86 días. El 63,2% tomaban lactancia mixta. El 65.9% se mantuvo con un EVE = 0 puntos y el 16.2% alcanzaron un EVE = 4 en algún momento del ingreso. A un 47% se le aplicó como prevención crema barrera y a un 36,2% cuidados básicos. La prevalencia de DP fue del 19,5%, con una incidencia del 18,13%.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre: el desarrollo de dermatitis del pañal y la edad gestacional, el número de días de ingreso hospitalario y el número de deposiciones ($p > 0,001$). No se pudo encontrar asociación entre: la prescripción de sueroterapia, antibioterapia y fototerapia, el tipo de alimentación y el uso de cremas barrera y el desarrollo de dermatitis ($p > 0,005$). Si se encontró asociación entre el tratamiento preventivo aplicado y la puntuación máxima en la escala EVE.

CONCLUSIONES

El mejor manejo de la DP es la prevención. La escasez de consenso sobre las prácticas a llevar a cabo, han provocado una gran variabilidad de actitudes terapéuticas entre los profesionales. Se evidencia la necesidad de creación de un protocolo sobre prevención, evaluación y tratamiento de la DP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuidados de la piel relacionados con la dermatitis del pañal en [Internet]. Seenenfermeria.com. [citado el 29 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://www.seenenfermeria.com/sites/default/files/documentos/220305_documento_consenso_dermatitis_panal_seen_2022_1.pdf
2. Alonso C, Larburu I, Bon E, González MM, Iglesias MT, Urreta I, et al. Eficacia de la vaselina para la prevención de la dermatitis del pañal: un ensayo clínico aleatorizado. *J Spec Pediatr Nurs* [Internet]. 2013;18(2):123–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jspn.12022>
3. Blume-Peytavi U, Kanti V. Prevención y tratamiento de la dermatitis del pañal. *Pediatr Dermatol* [Internet]. 2018;35(T1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/pde.13495>
4. Lagunas MVO, López MDC, Navarro SM, Guillem CT, González BS, González MT. Dermatitis de pañal en neonatos: estudio comparativo de eficacia entre dos productos tópicos. *JOURNURVAL* [Internet]. 2022 [citado el 2 de octubre de 2023];(1). Disponible en: <https://www.journursval.com/index.php/jnv/article/view/3>
5. Esser MS, Johnson TS. An integrative review of clinical characteristics of infants with diaper dermatitis. *Adv Neonatal Care* [Internet]. 2020 [citado el 3 de octubre de 2023];20(4):276–85. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31895136/>
6. Ersoy-Evans S, Ak?nc? H, Do?an S, Atakan N. Diaper dermatitis: A review of 63 children. *Pediatr Dermatol* [Internet]. 2016;33(3):332–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/pde.12860>
7. Jani P, Mishra U, Buchmayer J, Maheshwari R, D'Çruz D, Walker K, et al. Global variation in skin injures and skincare practices in extremely preterm infants. *World J Pediatr* [Internet]. 2023 [citado el 5 de octubre de 2023];19(2):139–57. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12519-022-00625-2>

P-67. LA IMPORTANCIA DE ASPIRAR

Loureiro Faro M^{*1}, Piñeiro Feal L¹, Barreiro Carballo L¹, Martín Morales JM¹

¹ *Hospital Provincial de Pontevedra.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La infiltración anestésica con Mepivacaína es una práctica habitual, ampliamente extendida ante la realización de procedimientos de cirugía menor.

La intoxicación por anestésicos locales puede dar lugar a estimulación del sistema nervioso central y a depresión cardiaca refractaria a maniobras de RCP avanzada.

En caso de clínica grave se debe administrar emulsión lipídica al 20% intravenosa (bolo a 1,5 ml/kg, seguido de perfusión a 0,25 ml/kg/minuto) hasta lograr la estabilización hemodinámica.

En población pediátrica, la mayoría de los casos publicados son debido a inyección accidental al nacimiento durante la episiotomía practicada a la madre.

Sin embargo, puede producirse con otros procedimientos y más fácilmente cuando se aplica en lugares muy vascularizados, como es nuestro caso.

CASOS CLÍNICOS

Lactante de 10 meses sin antecedentes de interés que acude a clínica privada para tratamiento láser de hemangioma infantil excrecente de unos 5 cm de diámetro máximo localizado en región dorsal izquierda. Se realiza bajo anestesia local con 60mg de Mepivacaína al 2%.

Tras 5 minutos de la inyección del anestésico el paciente inicia movimientos tónico-clónicos con desviación de la mirada y espumeo por la boca. Los servicios de emergencias administran Diazepam rectal (5mg), cediendo la convulsión a los 5-10 minutos y es trasladado a nuestro hospital presentando vómitos abundantes e hiperexcitabilidad durante el traslado.

A su llegada persiste la hiperexcitabilidad, manteniendo Glasgow 15 y resto de exploración sin alteraciones. Se toman constantes, obteniendo tensión arterial 108/64 mmHg y frecuencia cardiaca 159 lpm.

Se coloca mascarilla con reservorio a 15 lpm y se canaliza vía venosa, administrando una expansión de suero fisiológico. Se realiza electrocardiograma donde no se objetivan alteraciones y se decide entonces ingreso para monitorización cardiorrespiratoria mediante pulsioximetría continua.

El paciente se mantiene hemodinámicamente estable, sin presentar nuevos episodios convulsivos, permitiendo retirar todo soporte a las pocas horas. Fue dado de alta 24 horas después sin secuelas.

DISCUSIÓN

-La intoxicación por anestésicos locales puede conllevar eventos graves a nivel neurológico y cardiovascular, pudiendo llevar incluso a la muerte.

-Hay que tener en cuenta las características del tejido a infiltrar y el riesgo de absorción sistémica.

-Se deben aplicar técnicas de inyección seguras para prevenir este cuadro: aspiración preinyección, inyección incremental...

-El uso de estos medicamentos debería realizarse en un lugar en el que se disponga de los medios necesarios para monitorizar y estabilizar al paciente en caso de intoxicación sistémica.

BIBLIOGRAFÍA

Local anesthetic systemic toxicity: A narrative review for emergency clinicians RSS. Brit Long MD, Summer Chavez DO, MPH, Michael Gottlieb MD, Tim Montrief MD, MPH y William J. Brady MD. American Journal of Emergency Medicine, 2022-09-01, Volumen 59, Páginas 42-48

Local Anesthetics, Local Anesthetic Systemic Toxicity (LAST), and Liposomal Bupivacaine, Clinics in Sports Medicine, 2022-04-01, Volumen 41, Número 2, Páginas 303-315

Local Anesthetic Systemic Toxicity RSS, Diana L. Wadlund MSN, ACNP-BC, FNP-C, CRNFA. AORN Journal (2007-2017), 2017-11-01, Volumen 106, Número 5, Páginas 367-377

P-68. ESCOMBROIDOSIS: UNA EXCUSA PARA NO COMER PESCADO

García Álvarez P^{*1}, Otero González A¹, Suso Sánchez P¹, Pardo Cao A², Parga Hervés A¹, García Martínez M¹, Pardo Vazquez J¹

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se conoce como escombroidosis a la intoxicación por ingesta de pescado más frecuente del mundo. Se debe a la producción de histamina en los procesos de descomposición bacteriana al producirse la decarboxilación del aminoácido histidina, en pescados en condiciones inadecuadas de conservación o refrigeración.

CASOS CLÍNICOS

Niña de 9 años y 4 meses que acude a nuestra Unidad de Urgencias por aparición de forma progresiva de rubefacción facial y cuello de 2 horas de evolución. Asocia cefalea fronto-temporal y sensación de calor. Refieren antecedente de ingesta de albóndigas de atún congeladas previamente. Sin otra clínica por aparatos y sistemas.

Acude acompañadas de sus padres, que tras la ingesta de la misma comida que la paciente, presentan mismo cuadro clínico consistente en rubefacción facial.

A su llegada a nuestra Unidad se encuentra con buen estado general y exploración física dentro de la normalidad salvo eritema facial. Se diagnóstica como escombroidosis y es dada de alta con antihistamínico oral con buena evolución y sin precisar volver a consultar por dicho motivo.

DISCUSIÓN

La escombroidosis es de diagnóstico clínico.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con la verdadera alergia al pescado y con procesos relacionados con Anisakis. No es una verdadera reacción alérgica, sino una intoxicación relacionada con un manejo inadecuado de los alimentos, por lo que debe ser notificada.

La clave de la prevención de la misma es la adecuada refrigeración del pescado (menos de 0°C) desde que es capturado hasta que es consumido. Es importante tener en cuenta el ambiente familiar para facilitar el diagnóstico de este tipo de cuadros.

BIBLIOGRAFÍA

Gargantilla, P., Arroyo, N., Montero, J., & Montero, G. (2016). Escombroidosis: causa frecuente de intoxicación alimentaria. *Semergen*, 42(5), 353. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.003>

Hijano Baola, A., Carreño Freire, P., Estévez Muñoz, J. C., & García de la Rasilla Cooper, C. (2005). Sospecha de escombroidosis. *Semergen*, 31(7), 329–330. [https://doi.org/10.1016/s1138-3593\(05\)72941-5](https://doi.org/10.1016/s1138-3593(05)72941-5)

Reyes Balaguer, J., Díez Gandía, A., & Villalonga Dobón, P. (2017). Consideraciones a la escombroidosis. *Semergen*, 43(6), 474. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.07.018>

P-69. MASA SUPRACLAVICULAR, NO TODO ES MALIGNIDAD

Paytubí Fernández J*¹, Rey Noriega C¹, Aguilar Gutiérrez D¹, Santana Monzón S¹, Alonso Gago P¹, Rubinos Galende L¹, Vázquez López E¹

¹Pediatría, Hospital Universitario Lucus Augusti.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La costilla cervical (o de Eva) es la variante anatómica costal más frecuente, con una incidencia del 0,05-3 %. Se trata de una costilla supernumeraria que surge de la séptima vértebra cervical. Puede ser unilateral o bilateral y presentarse como un rudimento o una costilla completa. Suele ser asintomática (90%) o presentarse como una masa palpable en fosa supraclavicular pudiendo asociar dolor cervical.

El diagnóstico diferencial incluye causas congénitas (quistes, fistulas branquiales y hematomas) y causas adquiridas (tumoral o infecciosa). El diagnóstico se realiza mediante ecografía doppler y radiografía de tórax. El manejo de la costilla cervical asintomática es conservador, evitando aquellos movimientos que incrementen las molestias y realizando ejercicios que fortalezcan la musculatura. Ante fracaso de dicho tratamiento estaría indicada la resección de la costilla y las bandas fibrosas acompañantes.

CASOS CLÍNICOS

Niña de 7 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por hallazgo incidental de masa supraclavicular derecha no dolorosa. Refieren apreciarlo tras caída accidental, sin relacionarlo con el propio traumatismo. Afebril y sin clínica infecciosa acompañante. Niegan pérdida de peso, cansancio, sudoración nocturna ni dolor abdominal. No refieren arañazos ni mordeduras de animales. En la exploración física se objetiva masa supraclavicular de 0,5cm de consistencia dura, no móvil ni dolorosa, sin signos flogóticos, impresionando de adherencia a planos profundos. Se completó estudio con analítica sanguínea (sin alteraciones), radiografía de tórax y ecografía-doppler con diagnóstico de costilla cervical, decidiéndose manejo conservador en domicilio.

DISCUSIÓN

A pesar de ser la variante anatómica más frecuente, la costilla cervical es una entidad rara en la infancia. Por ello, debería incluirse en el diagnóstico diferencial de masa cervical no inflamatoria e indurada o en el dolor cervical en el niño y así evitar, en estos casos, pruebas complementarias innecesarias.

Tras su diagnóstico, debería realizarse un seguimiento a largo plazo, por la posibilidad de complicaciones al crecer las estructuras que componen el desfiladero torácico que, en casos leves, podría realizarse desde atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesteros Lara T, Martínez Montes M.A, Delgado Sala A. Costilla cervical en el diagnóstico diferencial de una masa supraclavicular. Rev Pediatr Aten Primaria. 2014; 16 (61):45-48.
- Del Rosal Rabes T and Baquero Artigao F. Adenitis cervical. Pediatría Integral. 2018; (XXII): 307-315.
- Falero Gallego, M., Galán Arévalo, S., Crespo Rupérez, E., Losa Frías, V., et Ortiz Valentín, I. Masa supraclavicular: Anales de Pediatría. 2007; 67 (3): 283-284.
- Garín F, Notejane M, Kenny J. Costilla cervical en pediatría. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Arch. Pediatr. Urug. 2019; 90(3): 63-71.
- Martínez Chamorro M, Albañil Ballesteros R, Cocho Gómez P. Adenopatías cervicales. En: Guía de Algoritmos En Pediatría de Atención Primaria. AEPap. 2016.

P-70. DOLOR LUMBAR RECURRENTE Y HEMATURIA EPISÓDICA: PENSEMOS EN EL CASCANUECES

Peteiro Vidal L*¹, García Gómez S¹, Álvarez Expósito N², Portugués De La Red M³, Concheiro Guisán A⁴

¹MIR Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. ²Nefrología Pediátrica, Hospital Álvaro Cunqueiro. ³Jefa de Sección de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro. ⁴Jefa de Servicio de Pediatría, Hospital Álvaro Cunqueiro.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síndrome del cascanueces se define como la compresión extrínseca de la vena renal izquierda, habitualmente entre la arteria mesentérica superior y la arteria aorta, asociando episodios de dolor abdominal y hematuria.

CASOS CLÍNICOS

Paciente de 13 años que acude a urgencias por disuria de 3 días de evolución y dolor a nivel lumbar bilateral de predominio izquierdo. Refiere episodio de hematuria macroscópica aislada al inicio del cuadro sin presentar nuevos episodios en días posteriores.

En la exploración física destaca dolor intenso a la palpación abdominal en región suprapúbica y ambas fosas ilíacas y puñopercusión renal bilateral positiva más notoria en lado izquierdo.

Se realiza tira de orina y sedimento urinario que no muestran leucocituria ni nitrituria ni presencia de hematíes siendo la proteinuria en rango normal. La analítica sanguínea con hemograma, bioquímica y coagulación y la ecografía abdominal no mostraron alteraciones.

Se decide ingreso para control analgésico y completar estudio. Durante su estancia en hospitalización mantiene una función renal normal, se recibe urocultivo negativo y se repite ecografía de aparato urinario, sin cambios respecto a la previa. Presenta mejoría clínica persistiendo dolor a nivel de fosa lumbar izquierda. En control ambulatorio en Consulta de Nefrología pediátrica comenta episodios recurrentes de dolor en fosa lumbar izquierda con algún episodio puntual de hematuria acompañante. Se amplían los estudios de autoinmunidad y litiasis. Ante sospecha clínica de síndrome del cascanueces se solicita angio-RMN de arterias renales que resulta compatible presentando estrechamiento del ángulo aorto-mesentérico (pendiente de corrección quirúrgica).

DISCUSIÓN

El síndrome del cascanueces es una entidad poco frecuente y conocida pero ante la clínica de dolor recurrente en fosa lumbar izquierda acompañado de hematuria franca (episódica) es indispensable tener en cuenta y descartar esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cioffi, S., Di Domenico, F., Russo, G., De Nigris, A., Guarino, S., Miraglia del Giudice, E., Marzuillo, P., & Di Sessa, A. (2022). Diagnostic Clues in Pediatric Nutcracker Syndrome: From Two Clinical Cases to Current Literature Analysis. *Children*, 9(12). <https://doi.org/10.3390/children9121988>.
2. Miró, I., Serrano, A., Pérez-Ardavín, J., March, J. A., Polo, A., Conca, M. Á., Sangüesa, C., Veiga, D., Carazo, E., & Domínguez, C. (2020). Eighteen years of experience with pediatric nutcracker syndrome: the importance of the conservative approach. *Journal of Pediatric Urology*, 16(2), 218.e1-218.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2019.12.003>
3. Sablón González, N., Villalba, N. L., Parodis López, Y., González Díaz, P., Boda Díaz, J., & Kechida, M. (2019). Nutcracker syndrome. *Medicina*, 79(2), 150–153. <https://doi.org/10.5527/wjn.v3.i4.277>.
4. Iqbal, S., & Chaudhary, M. (2021). Nutcracker syndrome: Diagnosis and therapy. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, 11(5), 1172–1176. <https://doi.org/10.21037/cdt-20-160>.

5. Meyer, J., Rother, U., Stehr, M., & Meyer, A. (2022). Nutcracker syndrome in children: Appearance, diagnostics, and treatment - A systematic review. *Journal of Pediatric Surgery*, 57(11), 716–722. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2021.12.019>

P-71. ESFEROCITOSIS HEREDITARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Parejo Rodríguez A*¹, Vadillo González F²

¹*Pediatría, Complejo Hospitalario de Ourense (CHUO).* ²*Pediatría, Complejo Hospitalario de Ourense (CHUO).*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Esferocitosis hereditaria (EH) es la membranopatía más frecuente en Europa que afecta a las proteínas de la membrana del hematíe responsables del anclaje del citoesqueleto a la membrana lipídica del eritrocito originando disminución de su vida media causada por la destrucción de los hematíes a su paso por el bazo. Mayoritariamente, presenta un patrón de herencia autosómico dominante, aunque también puede presentar otros patrones o incluso mutación de novo.

Clínicamente se suele presentar como un síndrome hemolítico crónico extravascular con la triada anemia, ictericia y esplenomegalia. En algunos casos cursa de forma asintomática o leve sin anemia relevante por una eritropoyesis compensadora. La prueba inicial más utilizada para su diagnóstico es la prueba fragilidad osmótica del eritrocito, aunque la confirmación diagnóstica es por estudio genético.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos a un escolar de 7 años que acude al Servicio de Urgencias derivado de su pediatra por síndrome emético e ictericia de unas 24 horas de evolución. Se encontraba apirético y no presentaba coluria ni acolia. En la exploración física presentaba palidez de mucosas, tinte icterico en piel y conjuntivas y en la palpación abdominal, un bazo palpable de unos tres centímetros por debajo del reborde costal. En las pruebas analíticas se objetiva una anemia (9.2 mg/dl) con un porcentaje de reticulocitos aumentado (10.42), un test de Coombs negativo y un volumen corpuscular (VCM) bajo con una concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM) elevada. En la bioquímica sanguínea hiperbilirrubinemia (4 mg/dl) a expensas de la bilirrubina indirecta y la enzima lactato deshidrogenasa (LDH) alta (710 mg/dl). El frotis de sangre periférica destaca la presencia de anisocitosis marcada, policromasia y esferocitos. En la ecografía abdominal se objetiva esplenomegalia de ecoestructura homogénea. Ante estos hallazgos clínicos, radiológicos y analíticos, dada la orientación diagnóstica se testa por citometría de flujo el grado de hemólisis osmótica de los eritrocitos con un grado del 18% sugestivo de EH, pendiente de estudio genético definitivo.

DISCUSIÓN

La EH es un trastorno mayoritariamente de origen hereditario que cursa con una anemia hemolítica de origen extravascular asociada a ictericia recurrente y esplenomegalia. Es pertinente historiar correctamente a la familia, ya que formas leves pueden pasar desapercibidas. La suplementación de la dieta con ácido fólico y las transfusiones con concentrado eritrocitario está indicada para las formas moderadas-graves siendo la esplenectomía el tratamiento más efectivo para disminuir la hemólisis crónica en pacientes con requerimientos transfusionales periódicos.

BIBLIOGRAFÍA

Martín-Consuegra S, Sebastián E. GUÍA ESFEROCITOSIS HEREDITARIA. 2022;(1).

García HG. Anemias hemolíticas en la infancia.

Esferocitosis hereditaria. Revisión. Partell. Manifestaciones clínicas, evolución, complicaciones y tratamiento. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 1 de abril de 2015

P-72. SÍNDROME DE GITELMAN, LA RESPUESTA A UNA HIPOPOTASEMIA GRAVE.

Morenoruz F*1, Burgo M1, Álvarez Expósito. N1, Concheiro Guisan A1

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las tubulopatías son un grupo de enfermedades definidas por la afectación de la función del túbulo renal acompañada de alteraciones analíticas específicas. Pueden ser primarias o secundarias a otras patologías, fármacos, etc. Existen diversas clasificaciones, siendo la más frecuente la que diferencia en función de la porción tubular afectada.

El síndrome de Gitelman se define como una alteración genética que causa la inactivación del gen SLC12A3, encargado de codificar el transportador de NaCl del túbulo contorneado distal, sensible a tiazidas (codificado en cromosoma 16q). Las características típicas son: alcalosis metabólica, hipopotasemia, hipomagnesemia e hipocalciuria.

CASOS CLÍNICOS

Niña de 13 años sin antecedentes personales de interés; a excepción de una “anomalía renal” relatada por la familia (originaria de Rusia). Ingresó inicialmente en UCI pediátrica tras detección de hipopotasemia (K 2,1 mEq/L), hipomagnesemia (Mg 1,43 mg/dL) y alcalosis metabólica hipoclorémica (pH 7,54, HCO₃⁻ 32 mmol/L, Cl 94- mmol/L) de forma incidental en analítica solicitada en urgencias tras consultar por cuadro de cefalea y fiebre. Se realiza monitorización ECG continua donde destaca aplanamiento de onda T y depresión del segmento ST; y se procede a corrección hidroelectrolítica con perfusión intravenosa de cloruro potásico más aportes orales. Posteriormente pasa a planta de hospitalización donde se completa estudio: se realiza análisis de orina en el que se objetivan hipocalciuria (Ca/Cr 0.02 mg/mg Cr), excreción fraccional de K aumentada (EF K⁺ 16.7 % N<15, GTTK 8.7% N<2) y de Mg disminuida (1.8 % N<4). Se completa estudio con ecografía renal que no muestra alteraciones y se solicita estudio genético de tubulopatías.

La evolución fue favorable con adecuada corrección de la alcalosis y de la hipopotasemia por lo que pudo ser dada de alta hospitalaria con tratamiento domiciliario de aportes de potasio y magnesio.

Actualmente se encuentra en seguimiento por Nefrología Pediátrica con cifras de K y Mg en límite bajo de normalidad. Pendiente del resultado del estudio genético de tubulopatías

DISCUSIÓN

El Síndrome de Gitelman es una entidad rara que en muchas ocasiones pasa desapercibida hasta la edad adulta por su escasa clínica. Debe sospecharse ante la presencia de trastornos del equilibrio ácido-base junto con alteraciones iónicas tanto en orina como en sangre. El diagnóstico definitivo pasa por el estudio genético dirigido.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre Meñica M, Luis Yanes MI. Tubulopatías. Protocolo diagnóstico . 2014;1:135-53

